



Luciana da Conceição e Silva

**O Papel da residência
multiprofissional no sistema único de
saúde: perspectivas e contradições**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Orientador: Prof^a. Marcia Regina Botão Gomes

Rio de Janeiro
Abril de 2017



Luciana da Conceição e Silva

**O Papel da residência
multiprofissional no sistema único de
saúde: perspectivas e contradições**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social do Centro de Ciências Sociais da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Profª Marcia Regina Botão Gomes

Orientador

Departamento de Serviço Social – PUC-Rio

Profº Marcelo Luciano Vieira

Departamento de Serviço Social – PUC-Rio

Profª Mônica de Castro Maia Senna

UFF

Profª Mônica Herz

Vice-Decana de Pós-Graduação do
Centro de Ciências Sociais – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 27 de abril de 2017.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, do autor e do orientador.

Luciana da Conceição e Silva

Graduou-se em Serviço Social pela Universidade do estado do Rio de Janeiro – UERJ, em 2013. Cursou Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher na Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Especializou-se em Saúde da Mulher pela UFRJ, em 2015. Possui experiência profissional como Assistente Social atuando na saúde pública com ênfase em urgência e emergência e na alta complexidade.

Ficha Catalográfica

Silva, Luciana da Conceição e

O papel da Residência Multiprofissional no Sistema Único de Saúde : perspectivas e contradições / Luciana da Conceição e Silva; orientador: Marcia Regina Botão Gomes. – 2017.

256 f. 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Serviço social – Teses. 2. Residência. 3. Saúde. 4. Trabalho. 5. Educação. I. Gomes, Marcia Regina Botão. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Serviço Social. III. Título.

CDD: 361

À Deus, Familiares e amigos.
Será possível amar a coletividade sem nunca ter
amado profundamente criaturas humanas individuais?

(Antonio Gramsci)

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço a meu amigo, o Cristo chamado Jesus, pelo privilégio de ter sua companhia durante todo esse percurso e pela força para escrever esse trabalho. Eu sei que nenhum produto vindo de mim pode O impressionar, entretanto sou grata porque a grandeza de quem És me constrange na minha mediocridade, mas também impulsiona a querer ser excelente.

Agradeço á minha família por me dar apoio neste processo. À minha mãe, Maria Amália, por ser uma mulher carinhosa, trabalhadora guerreira. Agradeço às minhas irmãs, Natalia e Priscila, pelo afeto e pelo companheirismo. Minhas cúmplices em todo o tempo, alegria e apoio em situações difíceis. Ofereço essa vitória à minha sobrinha Sofia, presente alegre que recebi. Ofereço a Laura que está a caminho! Agradeço a meu Pai, Augusto César, por seu carinho e por seu sorriso cativante.

A meu padrasto, Alberto Luis, em memória.

Agradeço ao Antonio Rafael pelo carinho e amor demonstrado em cada palavra de incentivo e cuidado. Fostes um presente maravilhoso que recebi nesse tempo. Obrigada pelas aulas de Economia e por ampliar meu debate sobre questões étnico-raciais!

Quero agradecer aos meus parentes, minhas tias e tios e aos primos. Quero agradecer a meus amigos de sempre e aos amigos que tive oportunidade de conhecer devido a minha inserção no mestrado. Obrigada pela cumplicidade e por tudo! Quero dizer que a vida é mais colorida com vocês. Obrigada a meu amigo João Victor por ter me dado um conselho chave para que hoje eu estivesse concluído esse mestrado.

Gratidão ao meu trio da residência Carollyne Valle e Renata Aragão pessoas que vivenciaram as experiências contraditórias do curso de residência onde podemos aprender muito para o SUS e para a vida e que me inspirou a desenvolver esse estudo no mestrado. Lembranças também às demais residentes da turma “resistência” Daniela, Laís e Luciana.

Agradeço a minha turma de mestrado (turma 2015). A melhor turma que alguém poderia ter no mestrado! Ao Célio, Cris, Débora, Roberta, Andreia e em especial ao Hérculis, Ricardo, Luana, Edvaldo e Karla pelas longas conversas e companhia agradável. Levarei sempre no coração!

Agradeço a Professora Inez Stampa por ser tão generosa conosco na sua função como coordenadora e docente. Ensina muito mais que conteúdo acadêmico. Ensina a grandeza da sua humanidade, competência e profissionalismo.

Agradeço a querida professora Marcia Regina Botão que apareceu em um momento difícil para trazer calma, refrigério e grande contribuição. Fostes o melhor tipo orientadora que poderia ter neste momento tanto pela competência quanto pelo acolhimento. Gratidão à banca: Prof. Dr Marcelo Luciano e Profa. Dra Monica Senna pela rica discussão pelas contribuições, sugestões e críticas para aprimorar este trabalho.

Aprendi que muito mais que produtos e títulos acadêmicos é a forma como minha vida está se entrelaçando com outras vidas. Assim, me lembro como a minha vida se entrelaçou com a vida do querido professor e meu orientador Marcio Brotto: ainda no curso de especialização que fiz nos moldes da Residência Multiprofissional em Saúde onde o Marcio foi convidado a compor a banca. Após tivemos muitos momentos de conversa. Estímulo e acolhimento no mestrado na PUC-Rio. Acolhimento e companheirismo que me ensinou muito mais que conteúdo científico. O querido professor Marcio impactou a forma de pensar e me trouxe maturidade.

Dizia-lhe da minha gratidão. Muito orgulho de poder ter publicado artigos e participado de evento com ele. Colega das viagens de retorno da PUC à Niterói. Não esperava a despedida. Agora meu coração guarda a lembrança com muita saudade. Ofereço ao professor e amigo esse trabalho que é fruto das nossas reflexões e da sua orientação. Fruto do seu incentivo e de ter acreditado que este tema traria contribuições relevantes. Na certeza de que os frutos permanecem vivos e que, dessa forma, a vida permanece, Marcio Brotto, grata por tudo!

Resumo

Silva, Luciana da Conceição e; Gomes, Marcia Regina Botão. **O Papel da residência multiprofissional no sistema único de saúde: perspectivas e contradições.** Rio de Janeiro, 2017. 256p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Este trabalho discutirá as contradições que envolvem a implementação do programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A RMS no discurso oficial propõe fortalecer o SUS, entretanto, se insere em uma conjuntura de desmonte da política de saúde. Neste trabalho faremos um resgate histórico das contradições que envolvem a RMS e apresentaremos resultados de estudo realizado numa residência multiprofissional em saúde no município do Rio de Janeiro. Conclui-se que a RMS se insere num terreno de contradições face as disputas no seu interior por sua finalidade. Atualmente, ao mesmo tempo em que vivemos o incentivo político para a formação profissionais para o SUS, pela via da RMS, o que tem sido colocado como estratégia para sua reorganização numa direção mais alinhada aos preceitos constitucionais, percebemos, entretanto, a tendência da RMS em se inserir num campos de estratégia de estruturação da rede de serviços públicos por meio da oferta de um campo de trabalho precarizado para os profissionais da saúde e submetido a um modelo de saúde que prioriza a excelência privada. Sendo assim, a RMS pode reforçar a simplificação de recursos e a fragilização da articulação entre o serviço e a academia, reproduzindo a lógica é recorrente na formação. Finalmente, observamos dificuldades na garantia da interlocução entre formação, gestão, atenção em saúde e participação política. Urge a necessidade de fortalecer a RMS como estratégia de resistência dos movimentos em defesa do SUS na concepção da Reforma Sanitária.

Palavras-chave

Residência; Saúde; Trabalho; Educação.

Abstract

Silva, Luciana da Conceição e; Gomes, Marcia Regina Botão (Advisor).
The role of multi professional residency in the Unified Health System (SUS): perspective and contradiction. Rio de Janeiro, 2017. 256p.
Dissertação de Mestrado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This study will discuss the contradictions that involve the implementation of the Multiprofessional Residency in Health (RMS) program within the Unified Health System (SUS). The RMS in the official speech proposes to strengthen the SUS, however, it is inserted in an environment of dismantling health policy. In this work we will make a historical recovery of the contradictions that involve RMS and present results of a study carried out in a multiprofessional health residence in the city of Rio de Janeiro. It is concluded that the RMS is inserted in a terrain of contradictions against the disputes within it for its purpose. Nowadays, while we live the political incentive for vocational training for the SUS, via the RMS, which has been put as a strategy for its reorganization in a direction more aligned with the constitutional precepts, we have noticed, however, the tendency of RMS To be included in a strategic framework for structuring the public service network by offering a precarious workforce for health professionals and submitted to a health model that prioritizes private excellence. Thus, RMS can reinforce the simplification of resources and the weakening of the articulation between the service and the academy, reproducing the logic is recurrent in the formation. Finally, we observed difficulties in ensuring the interlocution between training, management, health care and political participation. It is urgent to strengthen RMS as a resistance strategy of the movements in defense of the SUS in the conception of Sanitary Reform.

Keywords

Residency; health; work; education.

Sumário

Introdução	15
1. Atual fase do capital e rebatimentos na política de saúde	22
1.1. Mundialização do Capital e a atual configuração das políticas sociais	22
1.2. Atual configuração das políticas sociais no Brasil	32
1.3. Política de Saúde no Brasil	42
1.4. Sistema único de Saúde: desafios e contradições na sua materialização	58
2. Formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde	78
2.1. Educação em Saúde	78
2.2. Disputas pelo perfil profissional na saúde: por que valorizar políticas de formação de profissionais dentro do próprio SUS?	87
2.3. Residência Multiprofissional em Saúde: afinal do que se trata?	95
3. Resultados da pesquisa em campo e discussões	124
3.1. Percurso Metodológico	124
3.2. Projeto político-pedagógico da RMSM/HESFA	134
3.3. Concepção dos Preceptores	137

3.4.	Resultados e Discussões: concepção dos residentes	178
4.	Considerações finais	222
5.	Referências bibliográficas	235
6.	Apêndices	254
6.1.	Apêndice 1 – Roteiro de entrevista semi-estruturada para preceptores multiprofissionais	254
6.2.	Apêndice 2 – Roteiro de entrevista semi-estruturada para residentes	255

Lista de tabelas

Tabela 1-	Idade dos Preceptores	139
Tabela 2-	Condições de Trabalho dos Preceptores	142
Tabela 3-	Condições de Ensino do HESFA	145
Tabela 4-	Quantidade dos Preceptores	147
Tabela 5-	Incentivo Financeiro	148
Tabela 6-	Treinamento para preceptor	149
Tabela 7-	Carga Horária da Residência Multiprofissional em Saúde	150
Tabela 8-	Motivação de inserção na Residência Multiprofissional em Saúde como preceptor	152
Tabela 9-	Repercussões da Residência Multiprofissional em Saúde	156
Tabela 10-	Educação permanente	158
Tabela 11-	Papel da Residência Multiprofissional em Saúde	171
Tabela 12-	Desafios da Residência Multiprofissional em Saúde	173
Tabela 13-	Carga horária da Residência Multiprofissional em Saúde	181
Tabela 14-	Carga horária teórico-reflexiva	182
Tabela 15-	Participação em atividades Científicas	185
Tabela 16-	Motivação para inserção na Residência Multiprofissional em Saúde como residente	195
Tabela 17-	Relação com a Academia	198
Tabela 18-	Função dos Residentes	202
Tabela 19-	Condições de Trabalho no HESFA	204
Tabela 20-	Condições de Ensino no HESFA	206

Tabela 21-	Quantidade de Preceptores	208
Tabela 22-	O papel da Residência Multiprofissional em Saúde	212
Tabela 23-	Contribuição para a formação	214
Tabela 24-	Desafios e necessidades de Mudanças para a Residência Multiprofissional em Saúde	216

*Meu estado de espírito sintetiza estes dois sentimentos
[otimismo e pessimismo] e os supera: sou pessimista com a
inteligência, mas otimista com a vontade. Em cada
circunstância, penso na hipótese pior, para pôr em movimento
todas as reservas de vontade e ser capaz de abater o obstáculo.*

(Antonio Gramsci)

Introdução

Este estudo possui como objeto a aproximação com realidade da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) para compreender seu histórico e relação com o Sistema único de Saúde. Possui como questões norteadoras: A RMS tem sido instrumento de fortalecimento das propostas da Reforma Sanitária? Quais as concepções que sujeitos inseridos na RMS possuem em relação a construção da Residência Multiprofissional em Saúde dentro do contexto do SUS e seus principais desafios? Levanta-se a hipótese de que a Residência em saúde possuiu possibilidades de fortalecer uma formação voltada às necessidades do SUS na perspectiva da Reforma Sanitária, mas esse potencial é tensionado pela realidade de precarizações do SUS articulado ao projeto privatista.

Neste estudo busca-se apresentar motivações pessoais, acadêmicos e científicos para a escolha do meu objeto de pesquisa e também buscarei problematizar o tema de estudo ao discutir política de saúde analisando a construção da política de formação de Recursos humanos dentro SUS e os desafios e possibilidades de fortalecer o perfil profissional voltado para o sistema cujos princípios basilares são: a cidadania, a universalidade e a integralidade em contraposição a uma realidade de desresponsabilização do dever do Estado no atendimento as demandas sociais – e conseqüente perda de direitos do cidadão – e de crescente focalização e fragmentação das políticas.

Consideramos importante pesquisar os aspectos relacionados à formação e ao trabalho em saúde na modalidade de Residência a fim de compreender seus limites e possibilidades para o fortalecimento do SUS dentro de uma realidade que, em contradição ao modelo proposto por esse sistema, privatiza os serviços e focaliza as necessidades sociais da população.

Também apresentaremos nosso objetivo e metodologia da pesquisa. Desenvolvemos o estudo no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher do Instituto São Francisco de Assis (HESFA) que é uma unidade de ensino e assistência à saúde pertencente à Universidade Federal do

Rio de Janeiro (UFRJ) através de entrevistas com profissionais inseridos no curso.

Consideramos importante pesquisar os aspectos relacionados à formação e ao trabalho em saúde na modalidade de Residência a fim de compreender seus limites e possibilidades para o fortalecimento do SUS dentro de uma realidade que, em contradição ao modelo proposto por esse sistema, privatiza os serviços e focaliza as necessidades sociais da população. Nesse sentido, houve um interesse em nos aproximar particularidade da formação em saúde nos moldes de residência multiprofissional.

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma modalidade de formação com ênfase prática desenvolvida em instituições que, apesar de sofrerem repercussões diretas tanto da crise da saúde quanto da educação, são espaços potenciais para o ensino e a assistência em saúde e tem como sujeito formador os próprios profissionais situados nos serviços.

Neste contexto cabem alguns questionamentos a respeito das iniciativas políticas do Ministério da Saúde para a formação de profissionais de saúde, tendo em vista o atual enfraquecimento da política de saúde em contraposição ao princípio norteador da política de formação que é de fortalecer o SUS constitucional.

No atual contexto de fragilização da seguridade social brasileira e da proposta constitucional de 1988 encontramos ações de resistências por parte de sujeitos que ocupam essas políticas. Nesse sentido, na saúde além da materialidade legal, com os princípios que norteiam a própria política de saúde que são totalmente avessos a concepção neoliberal existem profissionais que trabalham no SUS que são intelectuais potenciais promotores de pensamentos, ações, e proposições contra-hegemonicas a atual fase do capitalismo.

Quando os profissionais estão envolvidos por perspectivas teóricas que dificultam a crítica da administração da coisa pública na sociedade capitalista estes têm grande chance de reforçar às reformas neoliberais contribuindo para fortalecer propostas de desmonte do Estado, de centralidade do mercado como critério de organização da sociedade; ou seja, propostas que enfraquecem e desqualificam o SUS.

Todas as modalidades de residência em saúde são especializações e devem pensar, criticar e propor sua correlação com o desenvolvimento do sistema de saúde de nosso país. Diante do enfrentamento de uma política de Contrareformas, a afirmação de um projeto profissional e projeto político-pedagógico voltado para uma formação crítica, reflexiva, teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política é de extrema importância para a formação dos profissionais para o fortalecimento do SUS.¹

Consideramos que no contexto avesso ao SUS universal e de qualidade a alternativa para resistir aos ditames do capital é formar profissionais/intelectuais críticos e consonantes com os princípios e diretrizes do SUS para que a relativa autonomia reservada aos profissionais de nível superior possa ser aproveitada a favor da luta pela saúde coletiva. Entendendo o protagonismo dos intelectuais/profissionais da saúde dentro da contradição da sociedade, nesta pesquisa, os preceptores (profissionais formadores), serão os sujeitos-chaves para a análise das expressões de sua atuação, como um modo de interrogar o objeto de estudo por meio dos sujeitos que dele participa.

O interesse por pesquisar formação e práticas do assistente social e nesse caso na saúde muito se dá devido a vivência no Núcleo de Estudo, Extensão e Pesquisa em Serviço Social (NEEPSS/UERJ) coordenado pela Prof^aDr^a Ana Maria de Vasconcelos. Foi por meio da inserção como pesquisadora e extensionista em um dos projetos do NEEPSS (“A Prática dos Profissionais de Saúde no Município do Rio de Janeiro: HU’s”) que apreendi a necessidade de estudar a qualidade e direção social da formação e do exercício profissional.

Minha motivação em estudar essa temática ampliou-se quando ingressei na Residência multiprofissional em Saúde da Mulher no HESFA/UFRJ, onde me

¹Conforme Santos (2002), a dimensão teórico-metodológica fornece ao profissional um ângulo de leitura dos processos sociais, de compreensão do significado social da ação. Possibilita a análise do real. A dimensão ético-política envolve o projetar a ação em função dos valores e finalidades do profissional, da instituição e da população. É responsável pela avaliação das consequências de nossas ações – ou a não avaliação dessas consequências. Já a dimensão técnico-operativa, é a execução da ação que se planejou, tendo por base os valores, as finalidades e a análise do real. Pode-se afirmar que a relação entre as dimensões se coloca no exercício profissional da seguinte forma: teoria como instrumento de análise do real, onde ocorre a intervenção profissional (dimensão teórico metodológica) para criar estratégias de ação (dimensão técnico-operativa), comprometidas com um determinado projeto profissional (dimensão ético-política). O exercício profissional configura-se pela articulação das dimensões, e se realiza sob condições subjetivas e objetivas historicamente determinadas, estabelecendo a necessidade da profissão responder as demandas da sociedade.

aproximei ainda mais nos temas da saúde e tive o contato com o cotidiano deste tipo de formação pelo trabalho gerando muitos questionamentos, evidenciando desafios na implementação destes cursos (contatado tanto na minha vivência como residente quanto no relato de residentes de outros programas quando nos reuníamos em encontros regionais e nacionais) e possibilidades relacionado com o fato deste ser uma modalidade de formação permanente que deve realizar mediação teoria e prática constantemente. Esse curso contribuiu muito na minha formação profissional tendo oportunidade de me inserir em serviços importantes.

A escolha pelo HESFA como campo da pesquisa deve-se a necessidade e inquietação em dar continuidade ao estudo sobre a RMS neste instituto, dessa vez dando voz aos preceptores e residentes multiprofissionais.² Tal instituto se integra ao complexo universitário de saúde da UFRJ, porém possui o diferencial em ser referência na oferta de serviços e na formação para atenção primária e secundária com ênfase, na sua história de constituição, na assistência multiprofissional. Tais perspectivas (multiprofissionalidade e atenção básica) tem tido consonância com os objetivos da estratégia da RMS para formação do SUS e torna o HESFA um campus importante para estudo.

Minha inserção no Programa de Pós Graduação em Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e a inserção no Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisas em Seguridade e Assistência Social (NIEPSAS)³, coordenado pelo Prof. Dr. Marcio Eduardo Brotto, como mestranda, possibilitou o aprofundamento teórico sobre o tema. Através da minha participação nos momentos de estudos do NIEPSAS e das disciplinas da PPGSS/PUCRio que pensamos e produzimos parte das reflexões sobre temática da Residência Multiprofissional em Saúde. Algumas dessas produções foram apresentadas em eventos científicos na área de Saúde Coletiva e Serviço Social, outras foram publicadas em Revistas Científicas com a relevância de ser tema

²Meu primeiro estudo dentro do HESFA foi para o Trabalho de Conclusão da Residência onde pesquisei o processo ensino-aprendizagem na Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) a partir da análise do processo ensino-aprendizagem dos preceptores. Onde entrevistei 12 preceptores, dos quais: 4 assistentes sociais, 4 enfermeiros e 4 psicólogos. Onde me aproximei do processo de ensino destes profissionais. Tal estudo foi Aprovado pelo Comitê de ética da Escola de Enfermagem Ana Nery em outubro de 2014.

³O NIEPSAS desenvolve estudos no campo da Seguridade Social, em específico sobre Assistência Social e Saúde congregando assistentes sociais e demais profissionais com interesse nos temas, pesquisadores, graduandos e pós-graduandos.

ainda pouco explorado no Serviço Social e ainda pioneiro na Educação em Saúde⁴.

Este estudo justifica-se por três argumentos que estão interrelacionados. O primeiro refere-se à centralidade da atual política de formação de profissionais de saúde no contexto da Residência Multiprofissional e a necessidade de fomento deste tipo de perfil profissional para o trabalho no Sistema Único de Saúde. Evidencia-se a necessidade de analisar se os profissionais formadores e em formação do SUS estão compreendendo este tipo de redirecionamento do trabalho na saúde no Brasil voltado para o investimento nas residências multiprofissionais em saúde.

O segundo argumento relaciona-se à importância de conhecer o perfil e concepções dos residentes e preceptores na construção da residência, tendo em vista que esta se constitui uma modalidade de formação com ênfase prática.

Como terceiro argumento, pode-se apontar as transformações no mundo do trabalho e seus aspectos de precarização e flexibilização que se desdobra no trabalho em saúde. Diante da formação multiprofissional incentivada pelo gestor nacional da saúde e seu desdobramento no cotidiano da residência, é imprescindível considerar essa realidade e sua influência nesse cotidiano e seus reflexos na relação serviços, preceptores e residentes.

Nos Programas de Residência o processo de formação se torna complexo tendo em vista que o preceptor de uma residência multiprofissional supervisiona também profissionais de outras áreas (enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros) dentro das competências gerais de um profissional de saúde.

O objetivo geral da pesquisa é discutir o papel da Residência Multiprofissional em Saúde dentro do contexto do Sistema Único de Saúde. Os objetivos específicos são: Investigar o processo histórico do SUS em conjunto

⁴O artigo denominado “QUESTÃO SOCIAL E POLÍTICAS SOCIAIS: REBATIMENTOS NA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS” foi publicado na Revista Científica EDUC. O artigo “Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: dilemas na formação e trabalho profissional.” Foi publicado na Revista Em Pauta da FSS/UERJ. O artigo “RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: o olhar dos preceptores sobre o processo de ensino-aprendizagem” foi publicado na Revista de Políticas Públicas da UFMA

com a Residência Multiprofissional em Saúde - RMS, em suas potencialidades e dificuldades; Discutir a relação projeto privatista versus projeto sanitário na saúde dentro do contexto da do SUS em conjunto com a RMS; Conhecer as concepções dos profissionais de saúde inseridos na RMS (preceptores e residentes) sobre a RMS; Discutir as contradições, limites e possibilidades da RMS ser um instrumento para fortalecer a perspectiva da Reforma sanitária dentro do SUS.

A pesquisa envolveu algumas estratégias metodológicas: Estudo e Revisão Bibliográfica; Levantamento e análise documental: Projeto político-pedagógico do programa de residência por escrito, instrumento de avaliação empregados no curso e demais documentos considerados pertinentes (portarias, editais, entre outros); realização de entrevistas semi-estruturadas.

Assim, o trabalho ficou dividido entre o resgate histórico, o que se tem produzido sobre as RMS, uma análise da conjuntura atual desse tipo de formação. Para isso buscamos referências bibliográficas, artigos científicos, notícias de revista; cartas produzidas em seminários, encontros e congressos; relatórios de diversos tipos de eventos (que estejam disponíveis na internet ou na forma impressa). Dessa forma, poderemos acessar o acúmulo de produções feitas por ex-residentes e preceptores e pesquisadores da área sobre as tensões do cotidiano das RMS e as implicações entre o SUS e as RMS.

Os trabalhos que analisamos e buscamos nas bases de dados disponíveis na internet, tinham em sua maioria as palavras-chave: Residência Multiprofissional, SUS e Formação, Educação em saúde; Recursos Humanos e SUS; utilizamos o referencial teórico da saúde coletiva para nossa investigação, entendendo como relevante a diversidade da produção desse campo.

As entrevistas semi-estruturadas realizou-se a partir das entrevistas com residentes e preceptores no espaço do Instituto São Francisco de Assis (HESFA), que é uma unidade de ensino e assistência à saúde pertencente à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O HESFA possui o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher voltado para formar profissionais de saúde no nível de especialização nas áreas de psicologia, enfermagem e Serviço social. Ouvimos, como profissionais formadores, os

preceptores de diversas áreas (psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais) e os residentes multiprofissionais também.

O estudo foi desenvolvido utilizando a metodologia da pesquisa qualitativa. Os dados serão analisados por meio do método da análise de conteúdo que atribui e analisa os significados do conteúdo das entrevistas que perpassam as falas dos entrevistados.

O estudo está de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que traz diretrizes e normas regulamentadoras que devem ser cumpridas nos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos.

1

Atual fase do capital e rebatimentos na política de saúde

1.1.

Mundialização do Capital e a atual configuração das políticas sociais

A Questão social é expressão da contradição fundamental do modo capitalista de produção. Contradição, esta, fundada na apropriação privada da riqueza produzida coletivamente: os trabalhadores produzem a riqueza, os capitalistas se apropriam dela. Sendo assim o trabalhador não usufrui das riquezas por ele produzidas. Ao utilizarmos, na análise da sociedade, a categoria questão social, estamos realizando uma análise na perspectiva crítica de luta classes e temos como referência ressaltar os antagonismos, contradições e lutas entre trabalhadores e capitalistas, no acesso a direitos, nas condições de vida; é analisar as causas da desigualdade compreendendo o que estas desigualdades produzem na sociedade e na subjetividade dos homens.

Sendo a Questão Social uma categoria proveniente do movimento da realidade, nós podemos observar suas expressões: o desemprego, o analfabetismo, a fome, a miséria, a falta de leitos em hospitais, a violência, dentre outros, e, de forma central, a pobreza e a desigualdade (Netto, 2007; Carvalho & Iamamoto, 1983; Santos, 2012; Montaña; 2012).

Concordamos com Netto (2007) que a caracterização da pobreza e da desigualdade não se reduz a aspectos sócio econômicos; ao contrário, trata-se, nos dois casos, de problemáticas pluridimensionais relacionadas a mediações complexas, a determinações de natureza político-cultural; desta forma há diferentes padrões de desigualdade e de pobreza vigentes nas várias formações econômico-sociais capitalistas.

Portanto, há que sempre ter presente a concepção da pluridimensionalidade; contudo, para explicar e compreender a pobreza e a desigualdade, é necessário não perder seu fundamento socioeconômico, pois quando esse fundamento é esquecido, o resultado é a naturalização ou a

culturalização daquelas. Nas sociedades em que vivemos pobreza e desigualdade estão intimamente vinculadas a dinâmica econômica do modo de produção capitalista. No entanto, os padrões de desigualdade e de pobreza não são meras determinações econômicas: porque é necessária à acumulação capitalista, ou seja, o capital opera de forma simultânea, produzindo riqueza e pobreza de forma polarizada. Portanto, sobre as relações entre crescimento econômico, pobreza e desigualdade, pode-se afirmar que elas estão longe de justificar o discurso segundo a qual somente o crescimento econômico pode permitir a redução da pobreza, ou seja a diminuição da desigualdade.

Neste terreno contraditório entre a lógica do capital e a lógica do trabalho, a questão social representa não só as desigualdades, mas, também, o processo de resistência e luta dos trabalhadores. Sendo a “*tensão entre produção da desigualdade e produção da resistência e rebeldia*” (Iamamoto, 2008, p.28), por isto ela é uma categoria que reflete a luta dos trabalhadores e dos segmentos mais subalternizados, na luta pelos seus direitos econômicos, sociais, políticos, culturais e que sintetiza as determinações prioritárias do capital sobre o trabalho, onde o objetivo é acumular capital e não garantir condições de vida para toda a população.

Os anos 1980 foi o momento no país em que emergiu um novo padrão de reconhecimento de direitos surgindo uma nova forma de contrato no interior desses conflitos, tendo como fruto de negociações e contratos sociais. Contudo, o problema da universalização dos direitos ainda continua nos dias atuais. O Brasil sofreu um rápido e intenso processo de modernização, sem que se reduzisse a desigualdade e sem que se garantissem os princípios básicos de igualdade civil. Assim, Telles (1999) afirma que a questão social brasileira reside justamente nessa conjuntura que gera uma ordem legal dissonante com a efetivação real. Aponta como agravante desta situação o fato de as mudanças na organização do trabalho levarem a perdas dos direitos trabalhistas e a precarização de serviços públicos dos quais depende a qualidade de vida da maioria da população.

Apesar da importância de analisarmos a realidade com criticidade e apontarmos as perdas, entretanto, como afirma Telles (1999), a discussão dos direitos sociais não deve se encerrar na análise da dimensão dos limites do presente porque essa visão pode impedir que se evidenciem as mudanças

possíveis durante o processo de luta e conquista desses direitos. Até porque, por outro lado, a destruição desses direitos leva à emergência de contradições e tensões sociais oportunas para que os sujeitos apareçam como “*portadores da palavra e de reivindicações legítimas*”, ao invés de recebedores de concessões da sociedade e do Estado. Segundo a autora, Para além do discurso que vitimiza os pobres, analisar os direitos sociais, sob a perspectiva dos direitos como regras de sociabilidade, é enfatizar uma nova dimensão em que se estruturam um espaço público.

A Revolução Industrial na Inglaterra, do século XVIII a meados do século XIX, trouxe consequências como a urbanização descontrolada, o crescimento da taxa de natalidade, fecunda o germe da consciência política e social, organizações proletárias, sindicatos, cooperativas na busca de conquistar o acolhimento público e as primeiras ações de política social. Ainda nesta recente sociedade industrial, inicia-se o conflito entre os interesses do capital e os do trabalho. Pode-se afirmar que não há política social desligada das lutas sociais e, dessa forma, de modo geral, o Estado assume algumas das reivindicações populares, ao longo de sua existência histórica.

A busca da classe operária por direitos sociais, a socialização da riqueza e uma nova ordem societária garantiram conquistas importantes na dimensão dos direitos políticos tais como: o direito de voto, de organização e a formação de sindicatos e partidos, de livre expressão e manifestação, e de ampliar os direitos sociais. Como afirmam Carvalho e Iamamoto, (1983, p.77):

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão.

Desta forma, segundo Behring e Boschetti (2006, p.64), a generalização dos direitos políticos é resultado da luta da classe trabalhadora e, se não conseguiu instituir uma nova ordem social, contribuiu significativamente para ampliar os direitos sociais, para tencionar, questionar e mudar o papel do Estado no âmbito do capitalismo a partir do final do século XIX e início do século XX. Ainda segundo as autoras, o surgimento das políticas sociais como forma de

enfrentamento da questão social foi gradativo e diferenciado entre os países, com base nos movimentos e organizações reivindicatórias da classe trabalhadora e na correlação de forças no âmbito do Estado. A história relata que é no final do século XIX o período em que o Estado capitalista passa a assumir e a realizar ações sociais mais amplas, planejadas e sistematizadas sob caráter de obrigatoriedade (idem).

O século XX vive transformações globais desenfreadas que alteram a vida de bilhões de pessoas no mundo. As transformações no mundo do trabalho determinaram novos padrões de organização e gestão da indústria, novos tipos de relações e contratos de trabalho e comercialização, altos índices de investimentos em avanços tecnológicos e de automação. O padrão dominante taylorista/fordista, surgido nos anos 1930 (século XX), após a chamada Grande Depressão, fundamentado na produção maciça de mercadorias em grandes fábricas, concentradas e verticalizadas, com rígido controle do processo de trabalho que reunia grande número de trabalhadores manuais, especializados, relativamente bem pagos e protegidos pela legislação trabalhista, passando a predominar o modelo de produção toyotista, pela chamada acumulação flexível, ou seja, a descentralização da economia que supõe um processo de modificações enfeixadas no mote da flexibilização (Behring & Boschetti, 2006)

Estas transformações afetam as relações de trabalho e o cotidiano do trabalhador, em seus direitos como a educação, a saúde, a habitação, o lazer, a vida privada. Contudo, o que permanece é o modelo societário capitalista sob o qual ocorrem tais modificações.

A fase de monopolista firma-se por meio do controle dos mercados, garantindo maiores lucros aos capitalistas. Com isso ocorrem diversas variações nas instituições capitalistas, tais como: ampliação do sistema bancário e creditício, acordos empresariais para o aumento do lucro por meio do controle dos mercados. Surge grande acumulação de lucro, diminuição da taxa média de lucro e a tendência ao subconsumo aumenta. (Behring & Boschetti, 2006)

O fenômeno da globalização se por um lado permite o intercâmbio mundial por meio da maior interação entre os povos, por outro, tem trazido uma série de

contradições e divergências: o aumento do desemprego estrutural⁵, a exclusão social, o aumento da pobreza, guerras políticas e religiosas e outros, ratificando a lógica do capital, que trazem a concentração da riqueza nas mãos dos setores monopolizados e o acirramento da desigualdade social. Para amenizar as contradições postas pelas “*crises cíclicas de superprodução, super acumulação e subconsumo da lógica do capital*” (Behring & Boschetti, 2006, p.71) e manter a ordem, ocultar as consequências destrutivas do capitalismo, criam-se mecanismos políticos e econômicos que garantem a reprodução do sistema e formam um amplo aparato ideológico que procura naturalizar e perpetuar este modelo de sociedade. Após a Segunda Guerra Mundial, consolidou-se o chamado Estado de Bem-Estar Social⁶ (WelfareState) e posteriormente o neoliberalismo nos países de capitalismo central.

O ideário do Estado de Bem-Estar Social é proposto pela teoria keynesiana em países da Europa e nos Estados Unidos da América que tinha como princípio de ação o pleno emprego e a menor desigualdade social entre os cidadãos. É erigido pela concepção de que os governos são responsáveis pela garantia de um mínimo padrão de vida para todos os cidadãos, como direito social. É baseado no mercado, contudo com ampla interferência do Estado que deve regular a economia de mercado de modo a assegurar o pleno emprego, a criação de serviços sociais de consumo coletivo, como a educação, saúde e assistência social para atender a casos de extrema necessidade e minimizar a pobreza.⁷

⁵ O desemprego estrutural é resultante da forma de organização da produção capitalista que gera um excedente de trabalhadores que ficam disponíveis como exército industrial de reserva. Na sociedade com a potencialização do trabalho decorrente da automação e tecnificação da economia, o desemprego estrutural toma vulto ainda maior (Behring, 2000, p.35).

⁶ Foram três os pilares do Estado de Bem-Estar Social e das políticas sociais correspondentes, no seu período de ouro, 1945 e 1975: a. o pleno emprego (masculino), respaldado na propriedade econômica de pós-guerra, na doutrina keynesiana e no esquema beveridgiano de seguridade social; b. a universalização dos serviços sociais, visando atingir a todos indistintamente, de forma incondicional; e c. a assistência social como forma de proteção, cuja principal função seria a de impedir que segmentos socialmente vulneráveis resvasassem para baixo de uma linha de pobreza legitimada pela sociedade (Pereira, 2000a, p.55).

⁷ De acordo com Boschetti (2012), no âmbito dos países capitalistas, os sistemas de proteção social se originaram na Europa ocidental no contexto da Revolução Industrial e se ampliaram após a Segunda Guerra Mundial instituindo sistemas de direitos e deveres que alteraram o padrão de desigualdade entre as classes sociais. É uma característica central das políticas sociais no capitalismo, porém, a sua origem, processo de desenvolvimento, configuração e abrangência são diversos porque se fundam na relação entre o grau de desenvolvimento das forças produtivas e o papel do Estado e das classes sociais em cada país. Essas condições nacionais atribuem aos sistemas de proteção social características e particularidades que os distinguem, sem, contudo, suprimir sua lógica estruturalmente capitalista. O estudo de tais particularidades têm como

O Estado de Bem-Estar Social buscou assegurar um acordo de neutralidade nas relações das classes sociais e amortecer a crise do capitalismo com a sustentação pública de um conjunto de medidas anticrise. Entretanto, foram beneficiados os interesses monopólicos. Nos chamados países pobres e dependentes da América Latina, especialmente no Brasil, nunca ocorreu a garantia do bem-estar da população por meio da universalização de direitos e serviços públicos de qualidade.

A década de 1970 enfrentou o declínio do padrão de bem estar social nos países centrais por meio da crise capitalista agravada pelos reduzidos índices de crescimento com altas taxas de inflação. A regulamentação do mercado por parte do Estado e o avanço da organização dos trabalhadores passam a ser considerados entraves à livre acumulação de capitais. Na década seguinte, com a queda dos regimes socialistas do leste europeu, a crise fiscal do Estado de Bem-Estar e a estagnação da economia ganham forças e os argumentos neoliberais recuperando as idéias liberais propõem a mínima regulamentação do mercado e a ampla liberdade econômica dos agentes produtivos.

Uma das medidas adotadas para o controle da crise capitalista foi pautada na recuperação e no avanço das idéias neoliberais. Tem-se uma realidade ideológica em defesa dos interesses do capital, favorecendo grupos monopolizados, em detrimento dos trabalhadores, realidade essa, velada por um discurso de direitos individuais, tem-se a naturalização da desigualdade social, a busca pela eficiência e competitividade no mundo da globalização.

O surgimento das políticas sociais está relacionada com a difusão da questão social por isso que não se pode precisar um período específico do surgimento das primeiras políticas sociais, visto que, como processo social, elas se originam na concentração dos movimentos de fortalecimento do capitalismo como a Revolução Industrial, das lutas de classe e do

referência as características dos sistemas de seguro bismackiano (alemão) e assistencial beveridgiano (inglês). Assim, na Europa prevaleceu, nos países nórdicos (Suécia, Dinamarca, Noruega e Finlândia), a lógica beveridgiana com regimes mais universais. Já a lógica bismarckiana de seguros sociais predominou nos sistemas de proteção social dos países do Centro/Sul da Europa ocidental (França, Alemanha, Áustria, Países Baixos, Itália, Portugal, Grécia e Espanha) atribuindo um tipo de direito social com forte característica (não exclusiva) de ser estruturado em torno da organização do trabalho com mais fragmentação. Em síntese, o Estado de Bem Estar Social, apesar de se expressar em diferentes modelos e regimes, caracterizou-se de modo geral, da intervenção do Estado no processo de reprodução e distribuição da riqueza, para garantir o bem estar dos cidadãos.

desenvolvimento da intervenção estatal. Sua origem está relacionada com os movimentos de massa e à formação dos estados nacionais na Europa Ocidental do final do século XIX, porém sua difusão localiza-se na transição do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista, especialmente após a Segunda Guerra Mundial (Behring & Boschetti, 2006, p.47).

No contexto histórico de desenvolvimento do capitalismo, identificamos, a partir de Chesnais, particularmente, três períodos onde os fatores anteriormente citados se articulam, conformando fases específicas do modo de produção do capital. São eles: o período compreendido entre os anos de 1880 e 1913, o qual convencionou-se designar de capitalismo monopolista; o período que se inicia após a segunda grande guerra e que teve seu crepúsculo entre os anos 1974-1979 - período conhecido como os "trinta anos gloriosos", onde imperaram o fordismo e a regulação keynesiana (WelfareState); e, por fim, encontramos o período atual, emergido com o ocaso dos "anos de ouro", no final da década dos anos de 1970 e que aqui se denomina de fase de mundialização do capital.

Ao tratarmos da mundialização do capital, estamos nos referindo a uma "nova configuração do capitalismo mundial e nos mecanismos que comandam seu desempenho e sua regulação." (Chesnais, 1996, p.13). Para Chesnais (1996, p.15), o que qualifica a mundialização como nova e mais recente fase de desenvolvimento capitalista é que, apesar de persistirem aspectos das fases anteriores, "o sentido e o conteúdo da acumulação de capital e dos seus resultados são bem diferentes". Neste sentido, atua como fator preponderante na distinção da mundialização como uma nova fase, a posição de centralidade ocupada pelo capital financeiro no que concerne à acumulação capitalista.

Segundo o autor, na fase de mundialização, *"o estilo da acumulação é dado pelas novas formas de centralização de gigantescos capitais financeiros"* (Chesnais, 1996, p.14). São os fundos (mútuos e de pensão) cujo objetivo fundamental é reproduzir-se no interior da esfera financeira. O que marca, consideravelmente, a mundialização, demarcando-a como uma nova fase é, sobremaneira, a dinâmica específica do capital financeiro. O crescimento da esfera financeira foi tamanho que, nos últimos anos, deu-se *"em ritmos qualitativamente superiores aos dos índices de crescimento do investimento, ou do PIB, ou do comércio exterior"* (Chesnais, 1996, p. 15). Portanto, conforme Chesnais, ao tratarmos da mundialização capitalista estamos designando um

novo contexto histórico, marcado por profundas e significativas transformações que, apesar de marcadas pelo complexo das contradições do capital, e, portanto, não apontarem para a constituição de uma sociedade pós-capitalista ou pós-industrial – como declararam alguns – abrem uma nova fase no curso histórico de desenvolvimento do sistema produtor de mercadorias.

No que se refere às formas assumidas pela mundialização na esfera produtiva, primeiramente identificamos a empresa "multinacional" ou "transnacional" como o suporte organizacional dos grandes grupos industriais mundializados. Em Chesnais, as multinacionais ou transnacionais são empresas ou grupos capitalistas que, com consolidada base nacional, expandiram filiais internacionalmente, conforme estratégias e organização implementadas mundialmente, visando a reprodução e valorização de seus capitais. Foram estes processos que se configuraram como a principal forma e força da expansão dos grandes grupos multinacionais, tal como se verificou a partir da década de 1980. O oligopólio, na fase de mundialização é a *"forma de oferta mais característica no mundo"* (Chesnais, 1996, p.92), conformando um espaço de acirrada concorrência e rivalidade, mas também de "interdependência entre companhias" (Chesnais, 1996, p.92).

Em relação as formas assumidas pela mundialização na esfera financeira. Segundo Chesnais (1996, p. 239), *"a esfera financeira representa o posto mais avançado do movimento de mundialização do capital, onde as operações atingem o mais alto grau de mobilidade."* A dinâmica das finanças na fase de mundialização é tamanha, aponto de o capital financeiro vir demonstrando uma capacidade intrínseca de delinear um movimento próprio de valorização – em relação à produção - de forma autônoma e com características muito específicas, como em nenhum outro estágio de desenvolvimento do capitalismo.

Articularam-se, no atual estágio de internacionalização do capital financeiro e de expansão do sistema financeiro internacional, tanto as medidas de liberalização e desregulamentação, quanto às inovações financeiras. Esse verdadeiro aumento da esfera financeira se expressa tanto no peso que as atividades puramente financeiras vêm desempenhando para o capital na fase de mundialização, quanto nas atuais taxas de crescimento dos ativos financeiros. Nos dois casos, a dimensão alcançada pelo capital financeiro se sobrepõe ao crescimento das atividades do intercâmbio comercial, dos fluxos do investimento

externo direto e até mesmo do PIB dos países capitalistas mais desenvolvidos. Contudo, apesar de ser notória a expansão das finanças e cada vez mais central a posição ocupada pela fração financeira do capital no movimento de acumulação e valorização capitalistas na fase de mundialização, é importante registrar que não há uma cisão absoluta entre as esferas produtiva e financeira, e que, ao contrário, tais esferas encontram-se entrelaçados.

Se for verdadeiro o fato que na fase de mundialização as operações do capital financeiro se expandiram como em nenhum outro momento histórico e que atualmente esta fração do capital tenta empreender um movimento de valorização autônomo em relação à esfera da produção, não menos verídico é o fato de haver uma imbricação entre as esferas produtiva e financeira, bem como que a pretensa autonomia do capital financeiro em relação ao capital produtivo só poder ser admitida como absolutamente relativa, pois "*os capitais que se valorizam na esfera financeira nasceram – e continuam nascendo – no setor produtivo*" (Chesnais, 1996, p.241).

Nessa análise Chesnais reafirma a tese segundo a qual é na base material da sociedade capitalista que se cria a riqueza mediante o emprego do trabalho humano. O autor reafirma que os capitais que os agentes financeiros valorizam no circuito das finanças nasceram no setor produtivo, na grande indústria. O que ocorre atualmente é que uma parcela cada vez mais elevada desses rendimentos é direcionada para a esfera financeira, sendo somente a partir desse momento que "*podem se dar, dentro do campo fechado da esfera financeira, vários processos, em boa parte fictícios, de valorização, que fazem inchar ainda mais o montante nominal dos ativos financeiros*" (Chesnais, 1998, p.15). Em linhas gerais esta é, para Chesnais, a base do funcionamento do capitalismo na contemporaneidade. Nas palavras do autor, essa é a "pedra angular" de edificação de um novo regime de acumulação, com dominância financeira.

No que concerne às formas assumidas pela mundialização na esfera comercial podemos sublinhar, a partir de Chesnais, três séries de fatores dos quais resulta a atual configuração do sistema internacional de intercâmbio. Os primeiros fatores são os processos de concentração e centralização do capital nas economias do centro do capitalismo internacional. Os segundos fatores são as mudanças tecnológicas e científicas, principalmente no que se refere à

inserção de tais mudanças nos processos produtivos com influência nos níveis, organização e localização da produção, bem como da demanda na produção por mão-de-obra e insumos.

Os terceiros fatores são os de conotação política, aludindo aos papéis assumidos pelos Estados tanto no que concerne à constituição dos blocos econômicos regionais, como no que tange à postura assumida por esses países em relação à dívida das nações não centrais. Tendo como forte característica a subjugação dos Estados nacionais aos organismos internacionais onde estes impõem suas políticas econômicas e sociais àqueles. A internacionalização do capital desmantela as barreiras internas entre as funções financeiras e a interdependência dos segmentos do mercado. Isso impõe uma linha de conduta que implica, para a maioria dos países, na perda da capacidade de conduzir desenvolvimento independente, no desaparecimento de especificidades dos mercados nacionais e na impossibilidade de muitos Estados levarem políticas próprias.

As grandes empresas, corporações e conglomerados transnacionais traçam políticas de produção, comercialização e conquista de mercado, planejam e controlam estratégias de acumulação, induzindo as decisões governamentais dos países, regiões e do mundo, a fim de que ajam conforme os seus interesses. Assim, a globalização do capital leva a um declínio da autonomia do Estado-nação, visto que a sua soberania é reduzida, pois diretrizes e decisões importantes passam a ser compartilhadas com os centros de poder mundiais. Embora os Estados nacionais sejam combatidos pelas estruturas de poder globais, estas se apóiam neles para administrarem a dívida interna e externa e desregulamentarem a economia, entre outros aspectos. Conseqüentemente, à medida que a acumulação capitalista se transforma, leva a uma mudança na forma do Estado. Esse redimensionamento do papel do Estado nos dias atuais está intimamente associado ao declínio do modo de produção fordista e ao crescimento da produção flexível, no contexto da mundialização econômica, legitimando a revitalização dos ideais liberais (Chesnais, 1996). A (contra) reforma do Estado, então, é impulsionada pelos princípios básicos do neoliberalismo, tais como: o individualismo exacerbado, o Estado mínimo e a desregulação do mercado.

No capitalismo pós-segunda guerra mundial vimos que o keynesianismo agregou-se ao pacto fordista – da produção em massa para o consumo de massa e dos acordos coletivos com os trabalhadores do setor monopolista em torno dos ganhos de produtividade do trabalho –, e estes foram os elementos decisivos para o desenvolvimento político-econômica e histórica do WelfareState. O padrão de bem-estar social europeu caracterizou-se pela consolidação dos direitos sociais e uma tendência de integrar a desigualdade de classes à cidadania.

O neoliberalismo no final dos anos de 1970 e 1980 espalhou-se na década de 1990 em todo o mundo, foi uma reação teórica e política ao keynesianismo e ao WelfareState. A tese neoliberal atribui a crise ao poder excessivo dos sindicatos, com sua pressão sobre os salários e os gastos sociais do Estado, ou seja, segundo o neoliberalismo a crise é um resultado do keynesianismo e do WelfareState. A concepção neoliberal para sair da crise pode ser resumida nas seguintes proposições: 1) um Estado forte para controlar e/ou destruir o poder dos sindicatos e controlar a moeda; 2) um Estado fraco para os gastos sociais e regulamentações econômicas; 3) contenção dos gastos sociais e restauração de uma taxa natural de desemprego, ou seja, a manutenção de trabalhadores desempregados, “exército industrial de reserva”, que com sua fragilidade de sobrevivência permite que o capitalismo faça pressões sobre os salários e os direitos, com o objetivo de elevar das taxas de mais-valia e de lucro para capital. (Behring, 2009).

1.2.

Atual configuração das políticas sociais no Brasil

Na América Latina, pode-se identificar uma expansão do neoliberalismo no final dos anos de 1980. Se na Europa Ocidental, durante o período pós-guerra, foi construído um Estado de Bem-Estar-Social que promovia um sistema universal de provisão social, incorporando subalternamente alguns interesses dos trabalhadores, na América Latina isso não foi uma realidade. O capitalismo tardio e dependente no continente não encontrou nas medidas adotadas pelos dirigentes do Estado um direcionamento que garantisse a construção de

sociedades com menores índices de desigualdades sociais. Assim sendo, o impacto provocado pelas políticas de ajuste neoliberal contribuiu para o aprofundamento da concentração de renda, propriedade e poder no continente (Draibe, 1993).

No Brasil, em comparação com outras partes do mundo, houve uma chegada tardia do neoliberalismo, que tem relação com a força do processo de redemocratização e saída da ditadura militar. O conceito de Seguridade Social inscrito na Constituição de 1988 representa um ensaio do Brasil a uma política de Bem estar social, apesar de suas restrições a apenas três políticas, e da tensão entre universalidade e seletividade que está presente em seus princípios. Contudo, no país logo após a constituinte de 1988 o neoliberalismo começou a sua expansão propositiva na década de 1990 (Draibe, 1993).

Segundo Behring e Boschetti (2006), apesar das lutas democráticas e dos movimentos sociais que levaram inclusive as conquistas em 1988, os anos de 1990 foram marcados pela contrarreforma do Estado e atualmente essa tendência vem se agravando. A reforma, segundo as autoras, pode ser considerada como um patrimônio da esquerda e das conquistas geradas pela luta dos trabalhadores, contudo com o neoliberalismo as políticas sociais entraram num ambiente contrareformista com medidas orientadas para o mercado.

A reforma do pós-guerra com o WelfareState foi intrínseca ao capitalismo e geradas sob pressão da classe trabalhadora com uma grande atuação e ampliação do fundo público, que sustentava a acumulação ao lado da proteção ao emprego, redistribuição de renda e atendendo algumas demandas dos trabalhadores. O Brasil, não viveu um Estado de bem estar social, porém bebeu alguns aspectos da estratégia de reforma social-democrata no capítulo de ordem social da Constituição de 1988, revela uma conquista importante haja vista nossa herança de um Estado conservador, onde os processos sociais foram sempre contidos sob controle das classes dominantes para manter seu lugar privilegiado.

A partir de 1990 ocorreu uma adaptação do Estado brasileiro para a lógica da nova fase do capital. Com a crise econômica dos anos 1980 argumentava-se que o problema estaria no Estado e por isso seria necessário reformá-lo no

sentido de reduzir seus custos enquanto a política econômica se colocava a disposição dos especuladores no mercado financeiro. Criou-se uma ideologia anti-pública na mídia para legitimar as privatizações, lembrando de como se deu a expansão do Estado brasileiro na ditadura militar, contudo as empresas estatais tiveram o aumento de empenho lucrativo após a privatização à custa de demissões de trabalhadores, de dívidas, pensões e aposentadorias assumidas pelo governo e do aumento de preços e tarifas dos serviços. O Estado foi presente neste processo para criar um mercado livre e uma forte política econômica classista que submete a esta as políticas sociais e ignora o conceito de seguridade social assegurado pela constituição de 1988.⁸

Para legitimar essas transformações no Brasil, foi disseminada uma estratégia político-ideológica que Mota (1995) chamou de “cultura da crise”. Conduzidos de modo a formar uma outra cultura de proteção social recorrem à negação das possibilidades de construir uma alternativa ao projeto societário capitalista. Pode-se ver que os discursos que justificam os ajustes e reformas no campo da seguridade, passam pela questão do financiamento e pela da ampliação da participação da sociedade civil (seja através do trabalho voluntário, seja via ONG’S ou empresas socialmente responsáveis). Tendo como idéia de que a crise econômica atingirá a toda a sociedade independente da inserção de classe e, dessa forma, a saída seria sacrifício e consensos, ou seja, discurso salvacionista e transclassista.

Ao tempo em que promovem um enfraquecimento nos laços de solidariedade social naturalizam a fragmentação dos trabalhadores, transformando-os ora em "cidadãos-consumidores" de serviços mercantis, ora em “cidadãos-pobres” da assistência social. Cria-se condições objetivas e subjetivas para uma fragmentação das necessidades e dos interesses dos trabalhadores no que diz respeito aos mecanismos de proteção social. (Mota,1995)

Por isso, outro aspecto da contrarreforma é a regulamentação do terceiro setor para que estas executem as políticas públicas e desresponsabilizam o

⁸ Segundo o conceito constitucional a Seguridade Social é o conjunto integrado de ações de iniciativas dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (Artigo 194 da Constituição da República federativa do Brasil).

Estado. As parcerias com as ONG'S e instituições de filantropia combinam o trabalho voluntário não-remunerado (não-profissionalizado) submetido à solidariedade, e a separação entre formulação e execução das políticas onde o Estado formula e as agências as executam. Segundo Behring e Boschetti (2006), houve uma forte tendência de desresponsabilização da política social num contexto neoliberal marcado pela privatização, focalização/seletividade e descentralização, que se expandiu com a parceria com o terceiro setor – “programa de Publicização”.

Sônia Draibe (1993) sustenta que o neoliberalismo viveu uma primeira fase de ataque ao WelfareState. No entanto, há uma segunda fase, com ênfase, no que diz respeito aos programas sociais, no trinômio articulado da focalização, privatização e descentralização. Assim, trata-se de desuniversalizar e assistencializar as políticas, cortando os gastos sociais e com vistas a contribuir para o equilíbrio financeiro do setor público. Uma política social residual que soluciona apenas o que não pode ser enfrentado pela via do mercado, da comunidade e da família.

O carro-chefe dessa proposição é a renda mínima, combinada à solidariedade por meio das organizações na sociedade civil. De acordo com a ideologia neoliberal, a renda mínima não pode ter um teto alto, para não desestimular o trabalho, ou seja, há uma reedição cultural da ética do trabalho em contradição a uma sociedade onde não há direito ao trabalho para todos. Em fins dos anos de 1990, como resultado geral deste programa, visualizamos o crescimento da pobreza, do desemprego e da desigualdade, ao lado de uma enorme concentração de renda e riqueza no mundo (Behring, 2009).

A ascensão do Neoliberalismo, principalmente durante a primeira metade da década de 1990, apresentava-se acompanhada de um discurso baseado na promoção do desenvolvimento econômico como garantidor de prosperidade. Assim sendo, o impacto provocado pelas políticas de ajuste Neoliberal contribuiu para o aprofundamento da concentração de renda, propriedade e poder no país. Os frágeis aparatos estatais de provisão social foram, na maioria absoluta dos casos, desmontados, comprometendo a possibilidade da grande maioria da população ser atendida nas suas mais necessidades materiais e culturais (Draibe, 1993).

Essas mudanças contemporâneas mais gerais – a contrarreforma do Estado, a reestruturação produtiva e a financeirização do capital – têm péssimos impactos nas condições cotidianas de trabalho, na medida em que aumenta a demanda por benefícios e serviços rapidamente com o aumento da desigualdade no mesmo passo se diminuem as condições de atendimento físicas, éticas e técnicas, o que incluem impactos também na remuneração dos trabalhadores, inclusive os profissionais da saúde (Draibe, 1993).

Behring e Boschetti (2006, p. 157), fazem um resgate aos princípios promulgados pela constituição no Título da ordem social, no capítulo que fala sobre a seguridade social. Estes princípios são: a universalidade que garante a saúde como direito universal, a assistência como um direito aos que necessitarem, mas mantém a previdência submetida à lógica do seguro; a uniformidade e equivalência que garante a unificação dos regimes urbanos e rurais; a seletividade e a distribuição que apontam para a uma “discriminação positiva” aos direitos assistenciais e de saúde e que tem uma forte tensão com o princípio de universalidade; a irredutibilidade indica que nenhum benefício pode ser inferior a um salário mínimo; a diversidade das bases de financiamento estrutura que as contribuições dos empregadores devem incidir sobre o faturamento e o lucro de modo a tornar o financiamento mais redistributivo; a descentralização que deve garantir gestão partilhada entre governo, trabalhadores e prestadores de serviços de modo que os cidadãos participem das decisões tomadas quanto as políticas, mas a administração das instituições deve continuar sob responsabilidade do Estado.

Os princípios constitucionais, entretanto, não são os que norteiam e sustentam a implementação das políticas atualmente, nas quais a privatização gera dualidade e discriminação entre os que podem e os que não podem pagar pelos serviços, quebrando o princípio da uniformidade e gratuidade dos serviços e favorecendo a criação de lucro para o capital. Evidencia-se, portanto, um retrocesso histórico em relação aos direitos sociais.

A diversificação das formas de financiamento das políticas sociais no Brasil não vem se efetivando, incidindo a maior parte da carga de tributo aos trabalhadores seja pela contribuição via folha de salário seja pelo consumo. No Brasil a consolidação da seguridade social depende da reestruturação do modelo econômico (investimentos na economia, geração de emprego estáveis,

combate ao desemprego, entre outros). Entretanto, num contexto de flexibilização e precarização das relações de trabalho e de uma contrarreforma que caminha no sentido de reduzir a amplitude dos direitos conquistados em 1988, a tendência é a existência de um crescente processo de perda de financiamento da política social brasileira com o ajuste fiscal. Contrarreforma iniciada no início dos anos 1990 e conduzida também pelo atual governo (Behring & Boschetti, 2006).

A fase neoliberal diverge com a implementação de políticas sociais universais porque há a alocação de recursos do fundo público, que seria destinado para a seguridade social e maior qualidade das políticas sociais (reprodução da força do trabalho), para a reprodução do capital com investimentos na indústria, comércio, agronegócio, faculdades particulares, fundações de direito privado, inovações tecnológicas em favor das empresas, entre outros.

Evidencia-se o lugar importante do fundo público e do Estado para a luta de classes na fase contemporânea do capitalismo, pois ele reflete a contradição da sociedade ao apropriar-se de parcela da mais-valia para reproduzir a força do trabalho e o capital. O fundo público pressupõe o capital, “socializando custos da produção e agilizando os processos de realização da mais-valia, base da taxa de lucros que se concretiza com a conclusão do ciclo de rotação do capital” (Behring & Boschetti, 2006, p. 176).

Sendo o Estado classista lugar de disputas e contradições, torna-se importante a estruturação da esfera pública que permita que, com a multiplicidade dos sujeitos, criem-se medidas que estejam acima das relações privadas e que sejam mediadas pelo fundo público. Essas arenas de debates, disputas, confrontos e negociações acerca dos investimentos do fundo público são importantes para um direcionamento societal democrático.

Por isso que uma das estratégias políticas da direita neoliberal é acabar com essas arenas de negociação na esfera pública e criar uma cultura individualista e anti-pública. Sem as arenas de debates, se facilitará a alocação cada vez maior do fundo público para a reprodução do capital, a isso se associa a retomada de um Estado caritativo voltado para o assistencialismo, desmontando o Estado social. Essa estratégia abala o sentido de igualdade e

liberdade que estão contidos na democracia, tornando o Estado completamente subordinado ao capital e aumentando a dominação de uma classe sobre a outra.

A partir na década de 1990 apresentam-se na América Latina e no Brasil alguns programas com discurso voltado para o crescimento econômico associado com o desenvolvimento social, porém, “*não puderam fugir do movimento de internacionalização da economia, incorporando-se à dinâmica mais geral dos processos especulativos*” (Mota, 2010, p. 155). O neodesenvolvimentismo se configura nessa proposta de desenvolvimento que supõe “romper” com a proposta neoliberal.

Assim, o neodesenvolvimentismo se expressa com mais força perante a crise neoliberal, iniciada nos anos 2000. A questão principal, colocada em tela pelo neodesenvolvimentismo, é que para ter uma economia de mercado forte é necessária a presença de um Estado forte atuando/regulando o mercado, as atividades econômicas. Para os neodesenvolvimentistas a redução das desigualdades sociais passa pelo “1. *Controle de capital*; 2. *Expansão do gasto público*; 3. *Câmbio fixo e redução das taxas de juros* e; 4. *A promoção da equidade social*” (Castelo, 2010).

Na verdade, segundo Castelo (2010), a atuação desse Estado visa, tão somente, fortalecer os interesses dominantes sob a hegemonia burguesa industrial. Assim, o Estado explicita sua verdadeira função na contemporaneidade: atuar em favor do capital/ burguesia rentista. Destacamos também a existência de um equívoco na análise realizada pelos neodesenvolvimentistas, quando afirmam a existência de um embate entre a “burguesia rentista” (setores financistas) e a ‘burguesia produtiva’(setores industriais), como se houvesse uma separação/ uma contradição entre elas. Isso não ocorre, pois como afirma Castelo (2010, p. 200) “*cada vez mais os grandes oligopólios e monopólios transnacionais produtivos operam segundo a lógica da financeirização*”.

De acordo com Boschetti (2013), as políticas de transferência de renda impulsionaram o aumento do consumo, tornando-se uma das estratégias do neodesenvolvimentismo que focalizam as políticas sociais à extrema pobreza em detrimento do investimento em políticas sociais universais. Estas últimas assumem um papel secundário na garantia de um sustento mínimo necessário para

garantia de um consumo básico. Consequentemente, há uma supervalorização sobre o mercado interno consumidor brasileiro, o que tem sido utilizado no discurso do atual governo sobre o aumento da capacidade de consumo da classe trabalhadora.

Desse modo, fica evidente a subordinação do desenvolvimento social ao crescimento econômico e à acumulação do capital com subordinação do Estado ao mercado. O neodesenvolvimentismo recoloca a política social, desvinculando-a da universalização dos direitos o que contribui para o rearranjo da economia capitalista. O neodesenvolvimentismo acaba sendo uma estratégia ideopolítica, baseada em concepções compatíveis com as políticas de estabilização macroeconômica. Em síntese, torna-se uma falsa alternativa ao neoliberalismo, pois não resolve os problemas estruturais da sociedade capitalista, muito menos atende as condições de trabalho e de reprodução social daqueles que verdadeiramente produzem a riqueza, os trabalhadores.

Concordamos com Fagnani (2011), que a política social no Brasil se insere numa longa fase de tensões entre paradigmas, presentes desde 1990. O Estado Mínimo, hegemônico na agenda das instituições de fomento internacional, não era compatível com o Estado de Bem-Estar da Carta de 1988: seguro social versus seguridade social; focalização versus universalização; assistencialismo versus direitos; privatização versus serviço público;; desregulamentação e contratação flexível versus direitos trabalhistas e sindicais.

A partir de 2006, o projeto “social-desenvolvimentista”, formulado antes da eleição de 2002, foi parcialmente resgatado impulsionado pelo comércio internacional favorável. O crescimento teve repercussões positivas sobre o mercado de trabalho, transferências de renda da seguridade social e gasto social. O principal item de ampliação consistiu nas transferências de renda da seguridade social, sobretudo em função da valorização do salário mínimo. Mas, além das transferências monetárias às famílias, os gastos sociais também foram impulsionados na expansão da oferta de serviços sociais (Fagnani, 2011).

Mas os desdobramentos da crise financeira internacional (entre 2011 e 2014) limitaram o crescimento. Mesmo assim, a economia cresceu e distribuiu renda, fato inédito nos últimos 50 anos. Reconhecer esse fato não implica confirmar a idéia de que teria sido implantado um novo modelo de

desenvolvimento. Da mesma forma, um conjunto de problemas crônicos e estruturais não foi enfrentado, em grande medida por causa do modelo de transformação lenta que tem pautado os governos do Partido dos Trabalhadores que procuraram fazer a inclusão social sem rupturas com a ordem econômica e esse modelo explica, em grande medida, o fato de muitos retrocessos nos direitos sociais (Fagnani, 2016).

Na atual fase do capitalismo de hegemonia financeira a principal estratégia do capital para lidar com a questão social tem sido a implementação a disseminação da ideologia neoliberal influenciando ações do Estado com políticas sociais cada vez mais fragmentadas e minimalistas. Significando menos recursos para a reprodução dos trabalhadores e mais recursos para a acumulação capitalista. Dessa forma as políticas vem demonstrando cada vez menos potencial para a redução eficaz da pobreza e desigualdade tendo em vista que a universalidade do acesso às políticas tem sido o princípio mais confrontado e no lugar dela temos visto a privatização e focalização. O rebatimento da contrarreforma do estado é visível na saúde que mesmo sendo constitucionalmente uma política pública e universal (o SUS representa uma das maiores conquistas da classe trabalhadora no Brasil) tem convivido com ataques por parte do Estado neoliberal contra seu potencial democratizante.

A contrarreforma brasileira exerce uma pressão para que a proposta constitucional não saia do papel por diversas formas (clientelismo, criação de políticas paralelas, desfinanciamento das políticas públicas, criação de uma cultura particularista e individualista) reproduzindo a cultura política brasileira de uma sociedade civil comportada e sob controle.

Montaño (2002) afirma que, neste quadro, o pensamento neoliberal concebe o pauperismo mais uma vez como um problema individual-pessoal e, portanto "devolve" à filantropia a responsabilidade pela intervenção social. Também pensa-se a pobreza vinculada a um *problema na esfera da distribuição*. Tal autor destaca uma tríplice modalidade de resposta à “questão social” (estatal, filantrópica e mercantil) que exige um processo que cumpre tanto uma função ideológica como econômica. Em geral, as organizações privadas do chamado “terceiro setor” não têm condições de autofinanciamento e requerem, particularmente, a transferência de fundos públicos para seu funcionamento mínimo. Esta transferência é chamada, ideologicamente, de “parceria” entre o

Estado e a sociedade civil. O Estado, supostamente, contribuindo (financeira e legalmente) para propiciar a participação de segmentos da sociedade civil que são representantes das classes capitalistas.

Esta verdadeira desresponsabilização do Estado no trato da “questão social” só é possível de ser realmente compreendida na sua articulação com a auto responsabilização da população e com a desoneração do capital na intervenção social. Estado dirigido pelos governos neoliberais, mesmo que se afaste da proteção social, contudo, é o promotor do processo ideológico e econômico de “transferência” da ação social para o “terceiro setor” (Montaño, 2002).

Neste processo de constituição de organizações privadas assumindo atividades sociais que eram prioritárias do WelfareState, a função social da resposta às expressões da questão social deixa de ser, no projeto neoliberal, responsabilidade privilegiada do Estado, e através deste do conjunto da sociedade, e passa a ser agora auto-responsabilidade dos próprios sujeitos pobres, e da ação filantrópica de organizações e indivíduos. A resposta às necessidades sociais deixa de ser uma função privilegiada do Estado (na contribuição compulsória de todos pelo financiamento estatal) e um direito do cidadão, e torna-se, sob a concepção neoliberal, uma opção do voluntário que ajuda o próximo, e um não-direito.

Segundo Netto (2007), a destruição do WelfareState adquire o seu verdadeiro significado quando inserida no processo mais amplo da ofensiva do capital: ela assinala a desconstrução do capitalismo “democrático”, que durou trinta anos, o que nos revela a indissociabilidade de uma relação delonga duração entre dinâmica capitalista, supressão de pobreza e redução de desigualdades. Ela nos mostra que o capitalismo em sua atual fase mostra-se cada vez menos capaz de suportar reformas com vistas a ampliação de direitos sociais recusando qualquer controle social democrático e qualquer regulação do curso para a acumulação capitalista.

De acordo com o autor, as transformações societárias afetam a vidas das pessoas complexificando e dando origem à novas expressões da questão social, contudo isso não significa dizer que haja uma “nova questão social”. Com a complexidade da dinâmica capitalista surgiram novas problemáticas que antes

não eram socialmente reconhecidas como significativas (violência urbana, migrações involuntárias, conflitos étnicos e culturais, opressão/exploração nas relações de gênero etc. Portanto, esta questão social exponenciada que nos comprova a permanência da pobreza e da desigualdade. Permanência que tem desafiado todo o empenho de técnicos e profissionais que se comprometeram com políticas de erradicação da pobreza e redução das desigualdades.

Netto (2007) destaca que considerando a orientação macroeconômica dos planos de ajuste econômico neoliberal que não deixa destinar maiores recursos para investimentos em infra-estrutura de saneamento, em serviços socioassistenciais, em equipamentos coletivos de saúde e em gastos sociais, o que se tem na América Latina neoliberal são ações mínimas no campo dos direitos sociais para enfrentar uma “questão social” cada vez mais generalizada. Tendo em vista que essas ações minimalistas não evitam ou não reduzem a pobreza, com o crescimento cada vez maior de pobres que ameaçam a boa ordem e criam estratégias de sobrevivências diversas, então, o recurso ao endurecimento legal torna-se a via de enfrentamento das expressões da questão social por parte do Estado, concluindo que o assistencialismo tem se conjugado e se completado com a repressão policial.

As respostas institucionais para as consequências geradas pela alocação dos recursos públicos tem sido o retorno a repressão ao invés da politização coletiva dos direitos sociais. Percebe-se uma tendência com gastos com prisões, polícia e sistema penitenciário (alargando o Estado penal), ao mesmo tempo em que o gasto social brasileiro não vem acontecendo com implementação de amplas políticas públicas universais (fortalecimento de um Estado Social), mas em programas focalizados e residuais nas políticas da Seguridade Social brasileira.

1.3. Política de Saúde do Brasil

Neste item traremos um pequeno percurso demonstrando como a saúde pública foi sendo objeto de atenção durante a história recente do Brasil. Até

chegar aos dias atuais com o SUS que caracteriza-se por conquistas e muitos desafios.

A Primeira República, caracterizou-se, entre outros aspectos, pelo domínio das oligarquias estaduais e por uma coalizão federal de poderes locais (Santos, 2002, 2005). A Constituição de 1891 determinou que, cabia aos estados a responsabilidade pelas ações de saúde e saneamento, assim como pelas de educação. Segundo Conil (2002), as políticas de saúde ocorrerão, na virada do século XIX para o século XX, com as mudanças no modo de produção, aliando autoritarismo ao cientificismo europeu. Oswaldo Cruz, oriundo do Instituto Pasteur, irá enfrentar as epidemias da época (febre amarela e varíola) que ameaçam a saúde dos portos e a agroexportação por meio de campanhas com vacinações e inspeções sanitárias. Ou seja, as primeiras ações do Estado na área de saúde tinham um claro interesse econômico, para viabilizar as exportações dos produtos brasileiros.

Começava assim a busca por conhecimento e ações na área de saúde pública, com a criação em 1897, da Diretoria Geral de Saúde Pública e a criação de institutos específicos de pesquisa, como o Instituto Soroterápico Federal criado em 1900, renomeado Instituto Oswaldo Cruz (IOC) um ano depois. Com as ações de Oswaldo Cruz, avançou-se bastante no controle e no combate de algumas doenças, além do conhecimento sobre as mesmas. Mas apesar das ações de saúde pública estarem mais voltadas para ações coletivas e preventivas, grande parte da população ainda não possuía recursos próprios para custear uma assistência à saúde (Conil, 2002).

Em janeiro de 1923, inspirado pela Legislação Argentina sobre a previdência social, o Deputado Eloy Chaves apresentou um Projeto de Lei que propunha a instituição da Caixa de Aposentadoria e Pensões para os ferroviários, no mesmo ano foi sancionado pelo Presidente da República. Conhecido depois como “Lei Eloy Chaves” foi uma caixa de proteção social que foi influenciada também pelo modelo previdenciário inglês de seguro criada especificamente para os servidores públicos dependendo de contribuição por parte dos segurados. Com as CAPs, uma parcela mínima dos trabalhadores do país passava a contar com uma aposentadoria, pensão e assistência à saúde. Assim, o direito à saúde neste período estava restrito à condição de segurado. Ainda na Primeira República, foram instituídas bases para a criação de um

sistema nacional de saúde, caracterizado pela concentração e verticalização das ações no governo (Manoel et al, 2010).

Após ser criado o Ministério do Trabalho, os trabalhadores passaram a ter direitos antes inexistentes. O presidente Getúlio Vargas começou uma política de proteção aos trabalhadores visando o apoio dos mesmos nos projetos do Estado, sustentando, assim, os seus interesses econômicos. É nessa fase que são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), ampliando o papel da CAPs, dando início ao sistema de proteção social brasileiro.

Com a criação dos IAPs passou-se a incluir em um mesmo instituto toda uma categoria profissional, não mais apenas empresas e o Estado passou a participar da sua administração, controle e financiamento. A partir daí, dá-se início à criação de um sistema público de previdência social, porém, ainda se mantinha o formato do vínculo contributivo formal do trabalhador para a garantia do benefício, caso não contribuísse estaria excluído do sistema de proteção. Em decorrência desse sistema estavam excluídos: os trabalhadores rurais, o profissional liberal e todo trabalhador que exercesse uma função não reconhecida pelo Estado.

Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e da Saúde Pública (Mesp) que coube cuidar da saúde pública, ou seja, tudo o que dissesse respeito à população e que não se encontrava resguardado pela medicina previdenciária. Mesmo o Estado mantendo ações de saúde pública, promovendo o controle e a prevenção de doenças transmissíveis e atuando na assistência a algumas doenças, a assistência à saúde e ainda contava com a caridade, o assistencialismo dos hospitais e dos profissionais de saúde (Manoel et al, 2010).

Com a eleição de Eurico Gaspar Dutra em 1945 e a promulgação de uma nova constituição em 1946, o país inicia um período de 19 anos de experiência democrática. A saúde pública passou a ter uma estrutura mais centralizada com programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias. Diversos programas de controle e erradicação das “doenças tropicais” atraíram o interesse de instituições nacionais e internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Nos principais países desenvolvidos da Europa constituem-se, no pós-guerra, os Estados de Bem-Estar Social com o objetivo de reerguer as

economias afetadas pela guerra e configurar Estados fortes e compromissados com a política sustentada e pactuada entre a área econômica e a social (Esping & Andersen, 1995).

Não havia uma política de bem-estar social no Brasil, mas havia uma ideologia desenvolvimentista, indicando a relação pobreza-doença-subdesenvolvimento, com a necessidade de melhorar o nível de saúde da população. O '*sanitarismo desenvolvimentista*', analisado por alguns autores (Labra, 1985; Escorel, 2000; Braga & Paula, 1981), compreendia as relações entre pobreza e doença e sua importância para a transformação social e política do país. Ainda que heterogêneo, o 'novo sanitário' integrava a corrente nacional-desenvolvimentista e se expressaria com mais vigor no processo de radicalização política que marcou o início da década de 1960 (Lima, 2005).

De 1945 a 1964, o país continuava a ser predominantemente rural. O combate às endemias rurais e às doenças transmissíveis era a principal preocupação dos organismos de saúde pública, para isso foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) sua principal responsabilidade era combater às principais endemias do país. O então presidente Juscelino Kubitschek, em 1960, instituiu a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS). As instituições de previdência social foram constituídas como serviço público descentralizado da União, com personalidade jurídica de natureza autárquica (Lima, 2005).

O golpe militar de 1964 trouxe mudanças para o sistema sanitário brasileiro, com destaque na assistência médica, no crescimento do setor privado e na maior abrangência de trabalhadores no sistema previdenciário. A primeira ação significativa no sistema previdenciário brasileiro ocorreu em 1966 com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O novo órgão permitiu uma padronização dos institutos, principalmente acerca dos benefícios prestados.

Frente às críticas ao seu projeto político-social, o regime militar procurou resistir utilizando-se de dois mecanismos voltados para responder às demandas das camadas populares: concessões econômicas restritas e uma política social ao mesmo tempo repressiva e paternalista (Teixeira & Oliveira, 1985). A partir de 1970 definiu-se o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) e a política de

abertura do governo onde aparecia algumas prioridades no campo social: educação, saúde e infra-estrutura de serviços urbanos.

O diagnóstico apresentado para a saúde pública e, inclusive, para a assistência médica da previdência denunciava a carência de capacidade gerencial e estrutura técnica. Para enfrentar tais desafios, o governo criou o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), à semelhança do Conselho de Desenvolvimento Econômico e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). O regime canalizou recursos e priorizou projetos nestes setores, como forma de criar consenso social ao governo, no entanto, terminou por criar espaços institucionais para pessoas de pensamento antagônicos ao dominante. Dessa forma, lideranças do movimento sanitário entraram na burocracia estatal, na área da Saúde e da Previdência Social (Escorel, 1998).

Em 1977 foi criada o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas). O novo sistema transferiu parte das funções até então exercidas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para duas novas instituições. A assistência médica aos segurados foi atribuída ao INAMPS e a gestão financeira, ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas), permanecendo no INPS apenas a competência para a concessão de benefícios. Em 1976 houve a promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) que estendeu serviços de atenção básica à saúde no nordeste do país e se configurou como a primeira medida de universalização do acesso à saúde.

As pressões por reforma na política de saúde possibilitaram transformações concretas ainda nos anos 70, mudanças que se efetivaram resguardando os interesses do Estado autoritário. Outra organização bastante importante na luta do movimento sanitário foi o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES criado em 1976 e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Criada em 1979 como uma associação dos programas de pós-graduação em saúde coletiva e saúde pública, enfatizando a residência em medicina preventiva e social, para formar gestores sanitários para o Sistema Nacional de Saúde. Os reformistas buscavam a universalização do direito à saúde, a unificação dos serviços prestados pelo Inamps e a integralidade das ações (Escorel, 1998).

Na década de 1980 tivemos a eclosão da Crise Estrutural e Consolidação das Propostas Reformadoras. O governo Figueiredo, marcado pela abertura política e a influência do II PND, pareceu mais promissor para a área da saúde, pois as experiências municipais de reorganização de serviço de saúde e o Pias apresentavam sinais de sucesso. O movimento da Reforma Sanitária indicava propostas de expansão da área de assistência médica da previdência, aumentando os conflitos de interesse com a previdência e envolvendo poder institucional e pressões do setor privado.

Imerso em sua crise abrangente de legitimidade perante a sociedade, o Estado autoritário-militarista enfrenta, no início da década de 1980, a crise de suas políticas setoriais, entre as quais a da previdência e da saúde, como resultado da recessão, desemprego, aumento da dívida pública e queda da arrecadação. Nesse contexto, recorre a algumas medidas no sentido de escuta de segmentos sociais e primeira medida tomada foi a formação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciário (Conaps), em 1981, como órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social. O Conasp deveria buscar respostas concretas que explicassem a razão da crise no setor, devendo operar como organizador e racionalizador da assistência médica buscando diminuir e racionalizar gastos. Sendo assim, deveria sugerir critérios para destinar recursos previdenciários do setor saúde, aconselhar políticas de financiamento e de assistência à saúde, aconselhar políticas de financiamento e de assistência a saúde, além de analisar e avaliar a operação e o controle da Secretaria de Assistência Médica da Previdência Social. (Faleiros et al, 2006)

A avaliação do Conasp determinou diversas alterações no modelo de saúde até então vigente e indicava uma rede de saúde, ineficiente, desintegrada e complexa, indutora de fraude e desvios de recursos. A partir dessa avaliação, foram elaboradas propostas operacionais básicas para a reestruturação do setor. Dentre as propostas apresentadas, destacam-se: o Programa das Ações Integradas de Saúde (Pais), a Programação e Orçamentação Integrada (POI), o Programa de Racionalização Ambulatorial (PRA) e o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS).

Em 1985, o regime militar chega ao fim com a eleição indireta da chapa de oposição, apoiada pela dissidência do próprio partido governista. O presidente eleito, Tancredo Neves, falece antes de tomar posse, assumindo o governo o

vice-presidente José Sarney. No setor econômico, o governo Sarney é marcado por dois planos, o Plano Cruzado I e II, que visam atacar a hiperinflação, buscando a estabilidade e o crescimento econômico. No setor político, busca-se um equilíbrio entre as forças vitoriosas sob a hegemonia dos políticos democratas e liberais. Com a chegada da Nova República, o plano das AIS foi retomado, impulsionando, junto com uma nova POI, a reformulação do sistema de saúde visando uma rede unificada.

Líderes do movimento sanitarista passam a ocupar posições de destaque no âmbito político-institucional no país, coordenando as políticas e negociações no setor da saúde e previdência. Em decorrência disso, no ano de 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, presidida por Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz. A participação no evento foi muito significativa: precedida de mobilizações em pré-conferências estaduais. Foi garantida a autonomia das entidades, na escolha de seus representantes, e das pré-conferências, na escolha das bancadas estaduais, embora o tamanho das mesmas ficasse a critério da comissão organizadora. Ocorreu sem a participação do setor privado, mas, em contrapartida, com uma expressiva representação dos usuários (Faleiros et al, 2006).

Existia a necessidade de uma reforma mais profunda, com a aplicação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional. Foi aprovada, por unanimidade, a diretriz da universalização da saúde e do controle social efetivo de acordo com as práticas de saúde estabelecidas, permanecendo as propostas de fortalecimento do setor público, garantindo um direito à saúde integral. No relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde constava a saúde como direito e dever do Estado e uma concepção ampliada da saúde contendo determinantes sociais e econômicos.

Este relatório serviu de referência na discussão da Assembléia Nacional Constituinte em 1987/1988, sendo reconhecido como um documento de expressão social. Na 8ª CNS, também se discutiu a unificação do Inamps com o Ministério da Saúde, devendo a Previdência Social ficar encarregada das ações próprias do seguro social, enquanto que a saúde seria entregue a um órgão federal com novas características. Sendo assim, foi aprovada a criação de um sistema único de saúde com a separação total da saúde em relação à previdência. As propostas da 8ª CNS não foram realizadas imediatamente, pois,

ainda havia a discussão acerca do financiamento e a sobre a operacionalização do novo sistema de saúde. Dessa forma, em julho de 1987, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), através que se apresentou como base na construção do SUS (Manoel et al, 2010).

Ocorria ao mesmo tempo da implementação do SUS, a discussão da Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88, tendo como base o relatório da 8ª CNS para discutir a reforma sanitária, e finalmente a aprovação do SUS. O debate constituinte foi acirrado e revelou resistências por parte dos prestadores de serviço privado do setor de saúde e da medicina autônoma, além de conflitos de interesses entre os reformistas da previdência social. As disputas de interesse não foram suficientes para barrar a aprovação do SUS e seus princípios, mas garantiram a participação do setor privado de forma complementar e impediram a definição de algumas políticas importantes para o processo de implementação da reforma, tais como o financiamento, a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e unificação do sistema, dentre outras (Faria, 1997).

A Constituição Federal de 1988 configura-se como liberal, democrática e universalista, expressando as contradições da sociedade brasileira (Faleiros, 2000). Nas áreas de saúde, previdência e assistência social, foi assegurada a coexistência de políticas estatais com políticas de mercado. O texto constitucional incorporou as principais diretrizes da 8ª CNS, mas o detalhamento e regulamentação de tais diretrizes foram remetidos para a legislação complementar. Quanto à questão da participação, o artigo 198 fixou: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; a integralidade de atendimento, priorizando-se ações preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade.

O debate se polarizou nos pontos mais polêmicos da regulamentação – a descentralização da gestão, a relação público-privado e o controle social – em dois grandes blocos: os defensores da Reforma Sanitária, no “espírito” da 8ª CNS, defendendo o máximo de regulamentação dos dispositivos constitucionais; e os opositores, organizados na Federação Brasileira de Hospitais – FBH e em outras entidades do setor privado, defendendo uma regulamentação mínima. Os dois grupos se mobilizavam junto às bancadas de parlamentares de diversos partidos (Faleiros et al, 2006).

Ao longo de 1989, as negociações se concentraram em torno da lei complementar que daria bases operacionais para o SUS. Nesse mesmo ano, é realizada a primeira eleição direta para presidente da República, assumindo a presidência em 1990, Fernando Collor de Mello. Nesse período ocorria a projeto de formulação da Lei Orgânica da Saúde, entretanto a LOS 8.080, promulgada pelo governo Collor, sofreria uma grande quantidade de vetos. Foi nessa conjuntura que iniciaria a construção do SUS. O controle social, foi assegurado pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, mantendo a perspectiva de participação social na gestão do SUS e conseqüentemente, conquista dos cidadãos, que passaram a ocupar espaços estratégicos a partir de dentro dos aparelhos do Estado (Faria, 1997).

No governo Collor, durante a gestão do ministro da Saúde Alcení Guerra (15/3/1990 a 23/1/1992), foi aprovada a NOB 91. Para que ocorresse a transferência automática e direta de recursos de custeio do SUS para os municípios, uma importante medida da NOB 91 foi a exigência de criação dos conselhos e fundos municipais de saúde. A norma exigia, também, a apresentação de plano municipal de saúde aprovado pelo conselho, programação e orçamento e a apresentação do relatório de gestão local. Finalmente, exigia dos municípios contrapartida de recursos mínimos de 10% do orçamento e elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS).

Nesse período, a atuação do Conselho Nacional de Saúde pautou sua agenda pela implementação da Lei nº 8.080/90 e compartilhou suas atribuições com a constituição das comissões intersetoriais, especiais e técnicas, conforme os artigos 12 e 13 da Lei nº 8.080/90. Dedicou-se, também, à aprovação orçamentária, à aprovação de cursos superiores em áreas da saúde e ao funcionamento do próprio conselho. Apesar do Ministro de saúde conversar com os movimentos sociais, ele reproduz o modelo de redução do Estado e dos gastos sociais. (Faleiros et al, 2006).

No governo Itamar Franco, foi editada a NOB 93 – Norma Operacional Básica, pelo então ministro da Saúde, Jamil Haddad. Esta Norma estabelece os parâmetros para garantia da descentralização do sistema de saúde e as responsabilidades e critérios de financiamento das ações de saúde no âmbito federal, estadual e municipal. Define as formas de gestão do sistema pelas Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites. Fica claro que o Sistema Único

de Saúde é um novo modelo institucional de pactuação federativa, com um ator central que se torna o eixo de deliberação e de fiscalização – os conselhos de saúde.

Pode-se observar que, apesar da continuidade das políticas neoliberais, em linhas gerais, o governo Itamar é diferente do de Collor quanto ao impulso a políticas sociais novas como a Lei Orgânica da Assistência Social e a Segurança Alimentar. No governo Itamar houve um clima de interlocução com os movimentos sociais e, na área da saúde, significativos avanços na implementação da participação e da descentralização, principalmente com a NOB 93 (Faria, 1997).

No período dos mandatos do presidente Fernando Henrique Cardoso os grandes temas de deliberação do CNS foram: a questão orçamentária; o pacto federativo de descentralização e implementação do SUS; a articulação intersetorial; a defesa dos direitos do cidadão; o estabelecimento de políticas específicas, de acordo com a agenda social e do próprio Ministério da Saúde, como combate a doenças específicas; e articulações de propostas para mobilização da sociedade por meio das conferências (Bravo, 2012).

Nessa época de FHC houve três ministros da saúde, quais sejam: José Carlos Teixeira (1996), Carlos César Albuquerque (1996-1998) e José Serra (1998). Nesse momento foi lançado, em 1997, o documento “1997: ano da saúde no Brasil: ações e metas prioritárias”, documento organizado em duas partes; a primeira com propostas de reformulações estruturais no SUS e a segunda com o estabelecimento de metas e ações prioritárias do governo. Bravo (2012, p. 208) destaca as propostas contrárias aos preceitos da Reforma Sanitária, pois elas “*não articulam a discussão de recursos humanos com a política de pessoa; não explicam a proposta de parceria com a família e a iniciativa privada; apontam para a terceirização, através de contratos de gestão*”.

No mesmo ano foi lançado também “O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde”, parte do programa de reestruturação estrutural do SUS, o qual tinha como proposta a associação de dois ou de mais de dois municípios para que ofereçam maior número de serviços à população, de modo a não aumentar o déficit com gastos sociais (Brasil/ms, 1997). Seriam espécies de associações, e

os trabalhadores seriam contratados por meio de vinculação celetista, isentando os municípios de realizar concurso público.

Os Conselhos de Saúde deveriam ser os agentes fiscalizadores dos consórcios firmados. No que se refere à administração e ao financiamento, a primeira seria realizada por empresas licitadas e o segundo seria de competência dos municípios e do governo federal; dessa forma nasceram as Organizações Sociais e Fundações de Saúde. Em 1998, assumiu como ministro da saúde o economista José Serra, que mantém o desmonte da política de saúde. A entrada de Serra como ministro tinha como objetivo consolidar o plano de desmonte das políticas públicas elaborado pelo então ministro Besser Pereira – a Reforma do Estado –, e reforma gerencial e consolidação da política neoliberal, como já havia ocorrido em grande parte dos países capitalistas. Foi iniciada pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) e ocorreu entre os anos de 1995 e 1998 (Pereira, 1998).

Na gestão do ministro José Serra (31/3/1998 a 20/2/2002), já no segundo mandato FHC, o CNS deliberou sobre recursos humanos, política de medicamentos e políticas específicas para a saúde do trabalhador, controle do câncer, tuberculose e profissionais de saúde. As questões orçamentárias continuaram em pauta, tendo o CNS apoiado a informatização que garantisse a notificação e a informação.

A saúde, no entanto, foi eleita para ser um locus de promoção do candidato governamental ao posto de Presidente da República, José Serra, que foi Ministro da saúde. O principal destaque da área foi a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, que estabeleceu mecanismos de financiamento da saúde, com vinculação orçamentária para a área e correção dos valores de acordo com a variação nominal do PIB.

Houve também investimento na saúde da Família, o número de equipes do Programa de Saúde da Família – PSF12, no governo FHC, passou de 724, em 1995, para 3.147, em 1998, elevando-se para 16.698, em 2002, com crescimento significativo no segundo mandato. (Faleiros et al, 2006). O então ministro também enfrentou a quebra de patentes em relação à fabricação de medicamentos e à promoção dos genéricos.

Em 1996 foi publicada a Norma Operacional Básica/SUS 96 cujo foco central da é a redefinição do modelo de gestão, o que representou um marco no processo de consolidação do SUS e, por conseguinte, no efetivo cumprimento dos princípios e diretrizes que o orientam. Estabeleceu duas formas de gestão para os Estados: Gestão Avançada do Sistema Estadual; Gestão Plena do Sistema Estadual; e duas formas para os municípios: Gestão Plena da Atenção Básica; Gestão Plena do Sistema Municipal. Atrvés dessa NOB cerca de 99% dos municípios habilitaram-se (Faleiros et al, 2006).

O gestor municipal irá, por conseguinte, prover aos seus munícipes a atenção à saúde por eles requerida, com a devida cooperação técnica e financeira da União e dos estados, caracterizando um processo deslocamento de poder, gestão, atribuições e decisões - para o nível mais local do Sistema. Essa tarefa acontece, especialmente, na CIB/Comissão Intergestores Bipartite, no âmbito estadual, e na CIT/Comissão Intergestores Tripartite, no âmbito nacional. Nessa transformação, destaca-se a atenção integral, uma vez que o modelo abarca o conjunto das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Esse é um diferencial entre a NOB 96 e as anteriores, cujo foco era a assistência. Entre os novos conceitos introduzidos pela Norma ressaltam-se os relativos à gestão e à gerência. Assumir a gestão significa apropriar-se do comando do Sistema, o que é de exclusiva competência do poder público (Piola et al, 2009).

Assim, são gestores do SUS o Prefeito e Secretário Municipal de Saúde, o Governador e Secretário Estadual de Saúde e o Presidente da República e Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal. No que se refere à gerência, assumi-la significa ter a responsabilidade pela administração de uma unidade ou órgão de saúde - ambulatório, hospital, instituto, fundação etc. - que presta serviços ao sistema. Dessa forma, a gerência de estabelecimentos prestadores de serviços pode ser estatal ou privada, esta última desde que conveniada ou contratada por um gestor do SUS. A NOB 96 recomendou a adoção do Cartão-SUS municipal, de forma a agregá-lo ao sistema nacional, à época em discussão para regulamentação. Conhecido como Cartão-SUS, como forma de identificar a clientela do Sistema Único de Saúde, explicita ao mesmo tempo sua vinculação à gestão e a um conjunto bem-definido de serviços (Faleiros et al, 2006).

A partir da NOB 96, seguiu-se a Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS-SUS n. 01/2001, que criou os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos e introduziu a idéia de redes de assistência. A norma enfatiza resolutividade da atenção básica em todos os municípios, a partir de questões consideradas estratégicas, tais como saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão e do diabetes, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase. Outras áreas não contempladas seriam definidas a critério dos gestores estaduais e municipais, em função de especificidades epidemiológicas locais. A Noas-SUS 01/01 estabelece, também, diretrizes gerais para as ações de média e alta complexidade, e requer a articulação dos gestores municipais para a negociação e pactuação de referências intermunicipais. (Faleiros et al, 2006)

Em 2002, foi emitida a Noas-SUS 01/02, que revoga a norma anterior, mantendo suas diretrizes gerais e amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação de estados e municípios (Faleiros et al, 2006).

A partir de 2004, houve um consenso entre os gestores das três esferas de governo de que a fórmula de indução de mudanças, via normas operacionais, estava esgotada. Foi assim concebido um novo modelo de pactuação entre as instâncias, em que fossem respeitadas as diferenças regionais e o controle e a avaliação realizados com base em resultados. Nesse espaço, foi construído, em 2006, o Pacto pela Saúde, que engloba três pactos: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Por meio do Pacto pela Saúde introduziram-se novas mudanças na gestão do SUS, mas, também, torna mais demorados e complexos os processos de negociação entre a esfera federal e as instâncias subnacionais (Piola et al, 2009).

Na política da saúde, novas medidas foram adotadas visando a avançar na consolidação institucional do SUS (Piola et al, 2009). Esse esforço concentrou-se no chamado “Pacto pela Saúde”, cujo objetivo é rever o processo normativo do SUS, buscando estabelecer novas diretrizes e metodologias e a cooperação entre os gestores dos três níveis de governo.

Na mesma perspectiva, em 2008 foi lançado o Programa Mais Saúde (PAC da Saúde), que apresenta um plano de investimentos prioritários do Ministério da Saúde voltados para a organização da atenção básica. Todavia, em que pesem esses impulsos institucionais, a séria questão do financiamento da saúde, não foi equacionada. Mais grave foi a extinção da CPMF pelo Congresso Nacional em 2007, agravando o problema financeiro do setor (Fagnani, 2011).

A progressiva consolidação do SUS, ao longo destas últimas duas décadas, assegurou avanços incontestáveis, mas também convive com a permanência de problemas ainda não solucionados e a emergência de novas questões que precisam ser enfrentadas. Dentre as questões, destaca-se a necessidade de assegurar fluxos de financiamento regulares e suficientes; a garantia de acesso adequado e seguro da população aos serviços, que tem gerado a busca de soluções por meio de demandas judiciais; procura da equidade na utilização dos recursos públicos destinados à saúde, que se convive com a prática de subsídios ao segmento privado (Piola, et al, 2009).

No segundo mandato do Governo Lula (2007–2010), foi escolhido como ministro da saúde José Gomes Temporão, um dos formuladores do Projeto da Reforma Sanitária nos anos de 1980. Em seu discurso de posse, o ministro afirmou que *“há uma tensão permanente entre o ideário reformista e o projeto real em construção, assim como aspectos culturais e ideológicos em disputa”* (Bravo, 2011, p.19). Durante sua gestão, o ministro realizou debate de questões polêmicas, como a legalização do aborto considerado como um problema de saúde pública, a ampliação das restrições à publicidade de bebidas alcoólicas e a necessidade de fiscalizar as farmácias. Algo que merece destaque é a quebra de patente do medicamento de combate à AIDS, comemorado pelas entidades sociais.

Contudo, o ministro apresentou proposições que são contrárias à Reforma Sanitária, como a adoção de um novo modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais, ou seja, a criação de Fundações Estatais de Direito Privado (Menicucci, 2011). Foi realizada a 13ª Conferência Nacional de Saúde em 2007. Aconteceu a expansão do programa Estratégia Saúde da Família, e em 2007 e 2008 foram criadas 2.500 novas equipes de Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF's). No que se refere às propostas de acordo

com o Projeto Privatista, se buscou a implementação do modelo de fundação estatal de direito privado em hospitais públicos federais, na tentativa de implantar ferramentas administrativas “mais eficazes” no gerenciamento da política de saúde (Azevedo, 2014).

Outro programa proposto em 2013 é o “Pacto Nacional pela Saúde”, como uma das respostas às manifestações populares no mesmo ano. Esse pacto é composto pelos eixos “mais hospitais e mais unidades”, “mais médicos” e “mais formação”. “A iniciativa prevê: (1) a melhoria em infraestrutura e equipamentos para a saúde; (2) a expansão do número de vagas de graduação em medicina e de especialização/residência médica; (3) o aprimoramento da formação médica no Brasil – 2º ciclo; e (4) a chamada imediata de médicos para regiões prioritárias do SUS” (Brasil/MS, 2013, p. 13).

Destaca-se nesse pacto a centralização do foco nos profissionais da Medicina, tanto no suprimento de recursos humanos quanto no investimento de formação. Dentre essas propostas, a que tem causado mais debates é o “Programa Mais Médicos”, cujo um dos objetivos é suprir a carência de médicos em várias cidades do país; proposta de grande avanço, no entanto, imediatista e paliativa⁹.

Assegurar atenção à saúde nos termos preconizados pelo marco legal do SUS exigiu um grande esforço de expansão da oferta e de mudança no paradigma de organização dos serviços públicos de saúde. A expansão do acesso à atenção básica, com base no PSF, foi talvez o esforço que mais contribuiu para reorientar o modelo assistencial. O programa, que partiu de experiências locais que tiveram início nos anos 1980 e converteu-se em

⁹ O Programa Mais Médicos é parte de um esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a ampliação do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas de graduação, e residência médica. Segundo informações do Ministério da Saúde, o programa Mais Médicos está presente em 4.058 municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), levando assistência para cerca de 63 milhões de pessoas. O levantamento, realizado pelo Grupo de Opinião Pública da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), entrevistou mais de 14 mil pessoas em 700 municípios brasileiros entre novembro e dezembro de 2014. Entre os usuários ouvidos pela pesquisa, mais da metade (55%) deu nota máxima ao programa, sendo que 89% dos entrevistados deram nota de 10 a 7, 5% avaliaram o programa com notas de 6 a 4 e 1% deu nota de 3 a zero. Outros 5% não souberam responder. O presidente Michel Temer assinou em 12 setembro de 2016 a lei que prorroga por mais três anos o programa Mais Médicos (Fonte: [Ministério da Saúde](#)).

estratégia a partir de 1996 sendo consolidado na Portaria MS/GM nº 648, de 28 de março de 2006, que estabelece o PSF como estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a atenção básica. (Faleiros et al, 2006).

Não obstante, muitos desafios ainda precisam ser enfrentados. Estes relacionam-se a expansão da rede assistencial, melhoria dos processos de trabalho e gestão, maior qualificação dos profissionais e serviços ofertados e melhor integração entre os diversos níveis de complexidade da atenção, de modo a assegurar o acesso e a continuidade dos tratamentos necessários para resolver os problemas de saúde das pessoas atendidas com maior eficácia.

Com relação à expansão da rede assistencial e à integração entre os diversos níveis de atenção, para que o PSF converta-se efetivamente na porta de entrada do sistema de saúde, faz-se necessário que os outros níveis de atenção estejam preparados para atender à demanda referida a partir da atenção básica. Adicionalmente, há uma preocupação com a gestão dos recursos humanos relacionados ao programa. No estudo de Piola et al, 2009, destaca-se a preocupação com as modalidades de contratação dos profissionais das equipes, que em geral envolviam contratos temporários, implicando no estabelecimento de vínculos precários.

Observa-se, como consequência, uma alta rotatividade dos profissionais de saúde no PSF, o que compromete a proposta do programa, particularmente no acompanhamento de uma família ao longo do tempo permitindo conhecimento mais amplo sobre a saúde de seus membros e suas condições de vida e vínculo com a população. Ainda com relação aos recursos humanos, destaque-se que a grade curricular dos cursos superiores tem pouca relação com a formação requerida para profissional do PSF. Pouco se discute sobre os determinantes sociais do processo saúde- doença, e há forte tendência a especialização e atuação clínica, com pouco foco no trabalho multiprofissional e integral (Piola et al, 2009).

Na construção e consolidação do SUS, são quatro os principais problemas de recursos humanos enfrentados no âmbito da administração pública: 1) o não cumprimento dos requisitos constitucionais de concurso público para admissão; 2) as dificuldades para constituir e manter uma adequada diversidade de processos de educação permanente que tenham como efeito não só a

qualificação técnica, mas reforcem a adesão dos profissionais ao modelo de assistência requerido pelo SUS; 3) a inoperância dos mecanismos de negociação permanente do trabalho entre gestores e entidades dos trabalhadores; e 4) a formação dos profissionais pelas universidades brasileiras que privilegia certas especialidades altamente tecnológicas e raramente consegue conferir aos concluintes as habilidades que são requeridas no exercício das funções peculiares à atenção básica (Piola et al, 2009).

1.4.

Sistema Único de Saúde: desafios e contradições na sua materialização

Procuramos demonstrar na nossa discussão que, apesar das conquistas dos movimentos dos trabalhadores e garantidos na Constituição de 1988, na atual fase do capitalismo de hegemonia financeira a principal estratégia do capital para lidar com a questão social tem sido a implementação e disseminação da ideologia neoliberal influenciando ações do Estado com políticas sociais cada vez mais fragmentadas e minimalistas. Significando menos recursos para a reprodução dos trabalhadores e mais recursos para a acumulação capitalista. Dessa forma as políticas vem demonstrando cada vez menos potencial para a redução eficaz da pobreza e desigualdade tendo em vista que a universalidade do acesso às políticas tem sido o princípio mais confrontado e no lugar dela temos visto a privatização e focalização. O rebatimento da contrarreforma do Estado é visível na saúde que mesmo sendo constitucionalmente uma política pública e universal (o SUS representa uma das maiores conquistas da classe trabalhadora no Brasil) tem convivido com ataques por parte do Estado neoliberal contra seu potencial democratizante.

Segundo Bravo (2008), pode-se e caracterizar a Política de Saúde, atualmente, ressaltando as tensões e propostas entre os dois grandes projetos em confronto: o Projeto de Reforma Sanitária construído nos anos 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988 e o Projeto de Saúde articulado ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990.

O projeto de Reforma Sanitária tem como eixo o Estado Democrático de Direito, que vê a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, que visa à universalidade do acesso a saúde pautada no atendimento integral e a descentralização do financiamento, colocando o setor privado como complementar, trazendo a hegemonia do poder estatal frente aos atendimentos na área da saúde.

Contudo cabe-se destacar a evidência e persistência de diversos problemas na atual conjuntura que rebatem questões como financiamento, organização, infra-estrutura e gestão. Fazendo com que nos deparemos com obstáculos que persistem desde o nascimento do SUS tais como: clientelismo político, fisiologismo e favoritismo; debilidade da base de sustentação política; formas obsoletas de gestão; falta de compromisso com os serviços públicos; deficiência no suprimento de insumos como observamos na fala de PAIM (1990).

Tal projeto privatista encontra respaldo na teoria neoliberal, de Estado mínimo para o social e máximo para o capital, que não vem a tirar o Estado de cena, mas sim mudar sua agenda em favor de utilizar o poder político e fiscal dos Estados Nacionais para fortalecer os sistemas empresariais. Assim as políticas sociais, em destaque para a saúde, são polarizadas por um tipo de requisição do capital que subordina os direitos sociais à lógica orçamentária, a política social à política econômica subvertendo os preceitos constitucionais.

A mundialização do capital, tem profundas repercussões nas políticas públicas, com suas propostas de focalização, descentralização, desfinanciamento e regressão dos direitos do trabalho. Tal realidade acompanha a mais ampla privatização da política social pública, cuja implementação passa a ser delegada a organismos privados da sociedade civil entrando em cena novas formas de gestão dos serviços públicos. O conjunto de direitos conquistados no texto constitucional foram, de uma maneira geral, submetidos à lógica do ajuste fiscal. No campo de saúde, o conceito de universalização se enfraquece por meio da dualização: um sistema pobre para os pobres e um padrão de qualidade maior (apesar do setor privado não ser uniforme e nem sempre os melhores) para os que podem pagar pelos serviços (Behring & Boschetti, 2006).

Nos anos 1980, com o fim da ditadura militar no Brasil, uma nova conjuntura socioeconômica e política passa a ser vivenciada. É neste bojo de

democratização que emerge o Movimento Reforma Sanitária, que visava uma reforma na política de saúde do país, e trazia para a discussão, uma proposta e um projeto sobre saúde. Segundo Bravo (1999), Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. O ponto principal desta discussão, aconteceu na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde saúde, passou a ser entendida não mais como ausência de doença, e tão pouco, influenciada somente por fatores biológicos e ecológicos. Mas, a partir de então, saúde passa a ser vista por um conceito ampliado, que reconhece em seus determinantes, fatores sociais e históricos.

Consolidando esta transformação e avanço no entendimento do conceito de saúde, e na própria política de saúde do país, a concepção de saúde ampliada proposta pelo Movimento de Reforma Sanitária, foi aderida pela Constituição de 1988, tornando-se base teórico-metodológica da saúde coletiva brasileira, e de acordo com seu Art. 196, *“a saúde é 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 o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*. Sendo assim, seus princípios são: o direito à saúde, à cidadania, à universalização, à democracia e à descentralização. Desta forma, viabilizou-se a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), onde a saúde é tida como direito fundamental do homem, sendo dever do Estado garanti-la em todos os seus níveis de complexidade.

No final dos anos 1980 e início da década de 1990, a Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90, contemplaram um sistema de saúde - o Sistema Único de Saúde (SUS) – baseado no modelo de reforma sanitária que defende os princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. Entretanto, na década de 1990, este sistema foi alvo das contrarreformas neoliberais.

Segundo Vasconcelos (2013), no capitalismo, a capacidade dos governos nacionais de impor-se é enfraquecida por um Estado cada vez mais regido por interesses corporativos o que resultou na implementação do SUS, após a Constituição de 1988, sem a superação de duas questões essenciais: a superação do “Modelo Médico Assistencial Privatista” centrado no

hospital/médico/doença e a superação da subserviência da área da saúde (dos profissionais médicos e das demais áreas, e Esta conjuntura de privatização da saúde se reflete diretamente inclusive da gestão em saúde) aos interesses do Complexo Médico Industrial (CMI).

Neste sentido, devem-se destacar os ataques que o setor saúde, e nele incluem-se os Hospitais Universitários, vem sofrendo a partir da implementação das políticas neoliberais que mercantilizam o setor, torna-o favorável à acumulação de capital. A Reforma do Ensino Superior vem repercutindo, ainda mais negativamente, na formação, na produção de conhecimento e no exercício das profissões de saúde, visto que tem resultado na destruição da concepção de universidade que se caracteriza pela indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. O avanço da política neoliberal sustentada numa política que diminui os direitos sociais e políticos, impõe como tarefa de um Estado democrático garantir o mínimo para maioria pauperizada da população, o mercado fica assim com a maior fatia da população que têm condições a ter acesso a ele (Bravo, 2006).

Há ainda a criação de novas organizações não estatais, tais como as “Fundações Estatais de Direito Privado”, “Organizações Sociais”, “Organização da Sociedade Civil de Interesse Público”, que por mais que exerçam funções de caráter público, obedecem às leis do mercado. Isto resulta na precarização das relações de trabalho no âmbito da saúde. Essa precarização se reflete na falta de reajuste salarial e principalmente nas diversas formas de contratos (através das fundações ou cooperativas) que muitas vezes são temporários e sem garantias trabalhistas, o que inviabiliza a construção e continuidade de um projeto de atuação e a participação em formação (Bravo, 2006).

Assim, o processo de implementação dos direitos sociais na Constituição de 1988 e o Sistema Único de Saúde dele decorrente, proposta de fortalecimento de uma formação em saúde que seja pautada nos princípios e diretrizes desse sistema de universalidade, integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, dentre outros, é acompanhada por uma realidade de contradições, próprias da sociedade capitalista.

Segundo Bravo (2009), Com relação à saúde, havia expectativa que os governos do Partido dos Trabalhadores (PT) fortalecessem o projeto de reforma

sanitária construído nos anos 1980 e que foi questionado na década de 1990, havendo, no período, a consolidação do projeto de saúde articulado ao mercado privatista. O atual governo, entretanto, apesar de explicitar como desafio a incorporação da agenda ético-política da reforma sanitária, pelas suas ações tem mantido a polarização entre os dois projetos. Em algumas proposições procura fortalecer o primeiro projeto e, na maioria de suas ações, mantém o segundo projeto, quando as ações enfatizam a focalização e a precarização dos recursos humanos em decorrência do desfinanciamento. Em artigo recente de CISLAGHI (2015)¹⁰, esta é ainda mais radical ao afirmar que o atual governo, no que se refere as ações de saúde, é totalmente voltado ao fortalecimento das organizações sociais, dos planos privados, da indústria farmacêutica e do capital estrangeiro.

A focalização pode ser identificada pela centralidade do Programa Saúde da Família (PSF), sem alterá-lo significativamente para que o mesmo se transforme em estratégia de (re) organização da atenção básica em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes. Nesta direção, precisa prover a atenção básica em saúde para toda a população, tendo por objetivo a (re) organização do sistema e a articulação com os demais níveis de assistência (média e alta complexidade), de acordo com os princípios da integralidade e universalidade do SUS.

A precarização e terceirização dos recursos humanos evidencia-se a partir da ampliação da contratação de agentes comunitários de saúde e a inserção de outras categorias que não são regulamentadas: auxiliar e técnico de saneamento, agente de vigilância sanitária, agentes de saúde mental. A incorporação dos agentes comunitários de saúde na equipe do PSF já foi polêmica gerando diversos debates centrados na ausência de regulamentação da profissão como também da imprecisão de suas funções, da precarização das contratações e da falta de concurso público para a seleção dos mesmos que têm sido realizada, na maioria dos casos, com base em indicações político partidárias.

¹⁰ CISLAGHI (2015), destaca que no ano de 2015 governo tinha anunciado dois cortes de orçamento na saúde que somam cerca de 12,8 bilhões o equivalente a 10% do orçamento previsto para 2015. Ao mesmo tempo que o governo reduz o orçamento do SUS transfere direta e indiretamente recursos para o setor privado por vários meios. Em primeiro lugar por meio de gasto tributário, isto é, isenções fiscais. Em segundo lugar, ao repassar recursos orçamentários e comprar serviços de entidades "sem fins lucrativos".

A questão do desfinanciamento é a mais séria, pois está diretamente articulada ao gasto social do governo e é a determinante para a manutenção da política focal, de precarização e terceirização dos recursos humanos. O financiamento da saúde tem vivido nesses anos graves problemas tais como: utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o superávit primário das contas públicas. Outro aspecto central é a desvinculação de receitas da união (DRU) com a utilização dos recursos arrecadados de impostos e contribuições sociais para pagamento da dívida pública (Bravo, 2009).

Segundo Mendes (2013), os dados de 2013 da Organização Mundial da Saúde sobre financiamento dos sistemas de saúde mostra que o Brasil gasta em saúde 9,0 do PIB. Esse valor indica que o Brasil tem um gasto total em saúde pouco abaixo o registrado em países desenvolvidos, contudo, quando se examina o percentual do gasto público em saúde verifica-se que ele é muito baixo e incapaz de garantir que a norma constitucional se materialize na prática social de modo a garantir o princípio da universalidade do SUS.

No Brasil, o gasto público como porcentual do gasto total em saúde é de, apenas, 47%, inferior aos 53% que constituem o porcentual de gastos privados em saúde (via incentivos fiscais através de desconto no imposto de renda de despesas com saúde e isenção de impostos de serviços classificados como filantrópicos). As evidências internacionais mostram que todos os países que estruturaram sistemas universais de saúde apresentam uma estrutura de financiamento em que os gastos públicos em saúde são, no mínimo, 70% dos gastos totais em saúde.

Com a realidade de subfinanciamento na estrutura vigente de gastos públicos em saúde não se pode pretender consolidar o SUS como direito de todos e dever do Estado. O Brasil, sendo a sétima economia do mundo é o 72º em investimento em saúde (Mendes, 2013).

Desde meados da década de 1960 o Estado brasileiro estimula o setor privado em saúde, via incentivos fiscais. Parte deste incentivo se deu com objetivo de utilizar os serviços de uma rede já instalada, mas sua intensificação tem a ver com o financiamento de campanhas para os legislativos e executivos. O poder de lobby das empresas de saúde tem se intensificado e a

representação no parlamento de defensores do Sistema Único de Saúde tem diminuído (Bravo, 2015).

Em tempos de crise há algumas iniciativas claras de desmantelamento do que existe, como por exemplo, por parte do Governo Federal: a EC 86 de 2015, que estabeleceu que os percentuais mínimos para investimento em saúde devem ser calculados não mais sobre a receita bruta do Estado, mas sobre a receita corrente líquida; a “Agenda Brasil”, proposta pelo Senador Renan Calheiros que em seu texto original orientava “*avaliar possibilidade de cobrança diferenciada de procedimentos do SUS por faixa de renda*”; a proposta do deputado Eduardo Cunha: PEC 451 que “*inclui como garantia fundamental, plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, na utilização dos serviços de assistência médica*”; a aprovação pela Câmara de Medida Provisória, que visava anistiar dívidas bilionárias de multas das empresas de medicina de grupo, vetada pela presidente Dilma. São diversas evidências de que existem iniciativas institucionais de favorecimento do setor privado ao custo do desmantelamento do SUS (Cislagh, 2015 a).

Assim, o processo de implementação dos direitos sociais na Constituição de 1988 e o Sistema Único de Saúde dele decorrente, proposta de fortalecimento de uma formação em saúde que seja pautada nos princípios e diretrizes desse sistema de universalidade, integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, dentre outros, é acompanhada por uma realidade de contradições, próprias da sociedade capitalista.

No Brasil, na década de 1990, a intervenção do Banco Mundial no setor de saúde se deu de forma sistemática e concomitante à adesão do governo federal ao projeto neoliberal, baseado nas diretrizes do Consenso de Washington. Existem quatro documentos que sintetizam o conjunto de propostas do Banco Mundial para a área de saúde no Brasil. O primeiro é de 1991, “Brasil: novo desafio à saúde do adulto”, elaborado após a Constituição de 1988 e a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 de 1990, rebate frontalmente os avanços formais da reforma sanitária contemplados nesta legislação. O segundo documento, “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”, publicado em 1995, também vai de encontro aos avanços constitucionais de 1988. De acordo com Rizzotto

(2000, p.153), Estes documentos defendem a redução dos recursos destinados à saúde, em coerência com as políticas de ajuste dos organismos financeiros internacionais que exigem corte de gastos públicos.

O terceiro documento elaborado pelo Banco Mundial para orientar a política de saúde brasileira, é de fevereiro de 2007, “Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: Fortalecendo a Qualidade do Investimento Público e da Gestão de Recursos”. Expõe avaliações e propostas para “aumentar a qualidade da gestão e racionalizar o gasto público” do SUS.

O quarto documento foi lançado em 2013, com o título “20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde”. O documento de 2013 apresenta um diagnóstico sobre a trajetória do SUS cujas “recomendações”, em nosso entendimento, se contrapõem ao SUS na medida em que distorcem princípios e propõe medidas que favorecem os interesses do capital e não a construção de um sistema público universal. (Gragnolati, Lindelow & Couttolenc, 2013).

Em meio ao reconhecimento de alguns avanços, como a expansão da rede básica de atenção e a ampliação do acesso, a descentralização da prestação de serviços e a redução de disparidades regionais, o documento de 2013 centra no financiamento e na gestão do sistema. Retoma a defesa da privatização do setor, destacando “o pioneirismo de São Paulo ao contratar organizações privadas sem fins lucrativos (Organizações Sociais) para a gestão de unidades de saúde” (p. 5) e do Rio de Janeiro, que “está agora utilizando uma abordagem semelhante para a atenção primária e muitos outros estados e municípios estão seguindo o mesmo caminho” (p. 108).

Para o Banco Mundial, o setor público deve ser responsável pelas tarefas de regulamentação, promoção e educação em saúde, além do financiamento; já a prestação de serviços deve ser feita por toda e qualquer entidade capaz de realizá-los mais eficientemente, uma vez que o setor privado é eficiente e oferece serviços de melhor qualidade (Banco Mundial, 1991, p. 119).

O Banco Mundial acredita que *“aumentar a eficiência e efetividade no uso dos recursos de saúde para conter o aumento dos custos talvez seja o maior desafio posto para o sistema de saúde brasileiro”* (Banco Mundial 2007). Sem

dúvida, é necessário melhorar a eficiência do SUS; é necessário aumentar tanto os gastos sociais quanto garantir uma alocação eficiente (Mussi & Afonso, 2008). Contudo, identifica-se que o que está por detrás desta tese do Banco Mundial é a utilização de um critério favorecedor da relação custo benefício em detrimento da qualidade necessária à vida humana certo, associado ao conceito de eficiência, com medidas de contenção de custo, para se afastar da tese de que a suposta ineficiência do SUS pode ter sido causada pelos escassos recursos públicos de custeio e investimento aplicados no sistema (Marinho, 2004).

Para o Banco, apesar da pressão constante da área da saúde por mais financiamento público, a questão central é se isso seria mesmo necessário, uma vez que “*o relatório afirmou de forma inequívoca*” (Gragnolati, Lindelow & Couttolenc, 2013, p. 110, grifos nossos) que a falta de recursos e materiais não é o fator impeditivo de uma melhoria no acesso e na qualidade. Para o Banco, o sistema de saúde brasileiro poderia produzir mais serviços e resultados de saúde com o mesmo nível de recursos se fosse mais eficiente, reduzisse desperdícios, não fizesse uma má utilização de fundos e fizesse uma melhor priorização na alocação dos gastos governamentais, ofertando serviços mais eficientes em termos de custo (Rizzoto, 2016).

Concordamos com Reis (2008) que os problemas de gestão do SUS decorrem da crise crônica de financiamento, porém o Ministério da Saúde e os secretários municipais e estaduais de saúde devem buscar incrementar a eficiência do SUS, alocando recursos com base nas necessidades de saúde da população, para promover a equidade e a melhoria da qualidade da atenção médica. Krugman e Wells (2006), a partir da análise do sistema americano, sugerem que há pouca evidência de que o setor privado possa oferecer assistência à saúde mais eficiente do que a oferecida pelo governo, o que tornaria o papel do setor público para a organização do sistema de saúde ainda mais decisivo.

Antigas e novas estratégias de intervenção do Banco Mundial no setor de saúde nacional a partir da crise da dívida externa dos anos 1980, o Banco passou a financiar não apenas projetos específicos, mas priorizou os denominados Programas de Ajuste Estrutural e Projetos Setoriais mais abrangentes. Foi por meio desse mecanismo de financiamento – projetos setoriais – e de suas condicionalidades que o Banco assumiu particular poder de

intervenção na definição de políticas e sistemas nacionais de saúde em grande parte dos países periféricos.

O SUS é um experimento que, na perspectiva do Banco Mundial, não deve se expandir para outros países da América Latina e mesmo para o mundo, na medida em que garante, constitucionalmente, o direito universal à saúde. O que deve servir de modelo são os países que possuem coberturas universais limitadas, que deixam a cargo do mercado a oferta dos serviços de saúde; os governos que adotam mecanismos da gerência empresarial para punir gestores e trabalhadores¹¹. Mas não é só por meio do financiamento de projetos e das condicionalidades que os acompanham que o Banco pode contribuir para desconfigurar o SUS. A ideologia privatista, defendida por essa instituição, é constitutiva da visão de mundo de parte da sociedade brasileira, de muitos gestores, trabalhadores, analistas e pesquisadores envolvidos com a política de saúde brasileira que nunca apostaram no SUS como um sistema público universal (Rizzotto, 2016).

Concordamos com Rizzotto (2000) que o fez não como uma imposição de fora para dentro, mas por uma confluência de interesses dos governos de plantão, de empresários e de pesquisadores desses países que comungavam da mesma perspectiva ideológica.

Embora hajam algumas resistências, negativas e certas mudanças, não se pode negar que determinadas políticas do Ministério da Saúde se aproximam das orientações do Banco Mundial, e seguem a lógica da proposta de reforma do Estado brasileiro. Podemos recuperar como exemplo, dentre outros, o incentivo por meio de diversas ações à ampliação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde; a transferência de funções do Ministério da Saúde para agências reguladoras e organizações não estatais; a reestruturação da própria estrutura do Ministério da Saúde ou ainda; a criação de programas como o PACS - Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e o PSF – Programa Saúde da Família, dirigidos para as populações mais pobres.

¹¹Com a introdução do New Public Management (NPM) que visa remover direitos tradicionais do serviço público e dos acordos coletivos. Introduzindo pacotes de recompensas individuais combinados com contratos de curto prazo, com uma cultura de governança corporativa. Trabalho com motivação baseada em incentivos, como remuneração por desempenho, e metas claras que são avaliadas usando-se avaliações de desempenho (RIZZOTTO, 2016).

Segundo Rizzotto (2000), a NOB de 1996 corresponde, em parte, a algumas diretrizes desse projeto e das orientações do próprio Banco Mundial, seja no que se refere à plena responsabilização dos municípios e à implementação de pacotes básicos de serviços de saúde, seja na organização de um modelo de atenção à saúde em que os municípios superem o papel exclusivo de prestadores de serviços para tornarem-se gestores da política de saúde, seja pela estruturação de subsistemas municipais de saúde, correndo-se o risco de fragmentação do sistema, dentre outros.

No campo da saúde, parece que se quer reabilitar, para os pobres, um modelo de atenção à saúde centrado na atenção primária em saúde, com o argumento de que o modelo médico hegemônico, centrado em serviços médico-hospitalares, não estaria favorecendo os segmentos mais pobres que estaria sem atendimento em suas “necessidades básicas” de saúde. Propõe-se, então, “inverter o modelo”, utilizando como estratégias, ações centradas na prevenção, na família e na comunidade. O problema é quando tal política é capturada pelo ideário focalizado do neoliberalismo defendendo que para alguns, é suficiente o mínimo, o menos sofisticado, o primário e, para os outros, os que podem pagar pelos serviços de saúde, estes poderão usufruir do avanço científico e tecnológico. A dicotomia entre prevenção x cura, atenção primária x atenção terciária, simplificação x sofisticação, não leva em consideração o quadro sanitário nacional. Segundo Rizzotto (2000) além dos programas de agentes comunitários e de saúde da família, grande parte das ações do governo dirigidas para a área da assistência e gestão dos serviços de saúde, estão ligados a projetos financiados por organismos internacionais, conseqüentemente, submetidos às condicionalidades expressas nos seus contratos de empréstimos.

A criação de incentivos financeiros do Ministério para implantação de novas equipes, a partir de 1999, parece explicar o aumento substancial do número absoluto de equipes implantadas a partir daquele ano. Além dos recursos financeiros, o Ministério da Saúde passou a oferecer alguns apoios importantes para as equipes de saúde da família: a) criaram-se os Pólos de Capacitação de Recursos Humanos em saúde da família e, posteriormente, cursos de especialização e residência em saúde da família (Rizzotto, 2000).

Ao analisarmos o retrospecto podemos observar que o SUS vem sofrendo duros golpes desde a sua criação. O SUS foi regulamentado pela lei 8.080/1990

durante o governo de Fernando Collor, porém houve a necessidade de criação, por meio de mobilização popular, da lei 8.142/1990, em razão do presidente Collor ter vetado os artigos que tratavam das questões cruciais ao sistema, como o financiamento e a participação social em sua gestão. No governo de Fernando Henrique Cardoso, através da lei 9.656/1998, foi legitimado o mercado dos planos de saúde e posteriormente criou-se uma agência para regular e fiscalizar o setor, por meio da lei 9.961/2000. Porém desde que foi criada a diretoria do órgão é composta por representantes dos empresários dos planos de saúde, uma vez que a nomeação ocorre por indicação política.

Vale lembrar que em dezembro de 2014, foi votada no Congresso a permissão de entrada de capital estrangeiro na assistência à saúde (essa medida é considerada por movimento ligados a reforma sanitária como inconstitucional de acordo com o artigo 199 da Carta Magna) e, ao alterar o artigo 23 da lei orgânica da saúde (8.080/1990), grupos internacionais de investimento já podem adquirir unidades hospitalares no país, e se favorecer com o desmantelamento orquestrado do sistema público de saúde. Dessa forma, estão apenas seguindo à risca a cartilha criada por entidades que representam o capital internacional, como o Banco Mundial.

O governo Temer lançou como proposta de governo o documento chamado: "Uma ponte para o futuro". Uma das propostas é o fim das vinculações de receitas da saúde e da educação definidas na Constituição, ou seja, eliminar o compromisso do governo com um patamar mínimo de recursos para as duas áreas. E assim, o governante poderá realizar cortes ou realocar, retirando sua responsabilidade com a aplicação de recursos para os setores. O documento centraliza as proposições de sua agenda no âmbito econômico, inclusive quando fala sobre previdência social. Entre as propostas apresentadas estão o fim de todas as vinculações constitucionais estabelecidas, como no caso dos gastos com saúde e educação.

Negar ou discriminar o SUS e, em contrapartida, acenar com o oferecimento de soluções em curto prazo ou incompletas não é com certeza a solução para os problemas vivenciados no setor. Aumentar os gastos em saúde das famílias ou os gastos privados, das empresas, ao invés dos gastos públicos, não é a solução mais adequada. Em vários países cujo setor privado é

dominante os gastos públicos são maiores que no Brasil e, nem por isso, os resultados são melhores.

Nos últimos meses, temos observado uma total falta de comprometimento com a área da saúde por parte do governo federal, tratando-a como moeda de troca, uma vez que o setor detém a pasta de maior orçamento da esplanada. O atual ministro de saúde, Ricardo Barros (PP-PR), foi um dos mais beneficiados por doações da saúde suplementar na campanha de 2015¹². Seja qual for a sigla os planos de saúde cobram suas doações e vão continuar a atacar o SUS por meio dos políticos que representam seus interesses. Qual seria a contrapartida de tamanhas doações de campanha? Como exemplo dessa atuação temos Uma ponte para o futuro, MP 627/2013¹³, PEC 451/2014¹⁴, Veto à CPI dos Planos de Saúde¹⁵, a PLP 257¹⁶ e a Emenda Constitucional 95/2016 (que veremos adiante).

¹²O volume de recursos doados oficialmente pelas operadoras de planos de saúde durante os processos eleitorais tem aumentado exponencialmente. Nas eleições de 2002, 2006, 2010 e 2014 foram repassados os respectivos valores: R\$ 839 mil, R\$ 7 milhões, R\$ 11 milhões e R\$ 54 milhões. Os partidos do atual e do ex-ministro da saúde, PP e PMDB, nas eleições de 2014 receberam doações de campanha de empresas de planos de saúde, nos valores de R\$ 1.133.500,00 e R\$ 13.732.000,00, e ambos os parlamentares, Barros e Castro, antes de assumirem o cargo no Ministério e demonstrarem preocupação com o orçamento e gestão do SUS, enquanto deputados votaram à favor da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 358/2013 que gerou a Emenda Constitucional (EC) 86 e assim alterou a forma do cálculo que define a quantidade de recursos a serem destinados para o orçamento da saúde pública. Tal medida instituiu o chamado Orçamento Impositivo, diminuindo o financiamento da saúde, por parte da União, gerando uma perda estimada em R\$ 10 bilhões para 2016. Além do fato de que parte dos recursos serão repassados para as emendas parlamentares individuais, diminuindo ainda mais o orçamento de um sistema subfinanciando. Não obstante, Barros e Castro se demonstraram favoráveis ao Projeto de Lei (PL) 5.735/2013 que trata da minirreforma eleitoral, e que trazia dispositivos que visavam regulamentar o financiamento empresarial de campanha. Porém, os dispositivos foram vetados pela presidenta Dilma Rousseff após o Supremo Tribunal Federal ter declarado inconstitucional essa modalidade de doação, resultado do julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade n.4.650 movida pela OAB. Na última eleição, Barros teve como seu maior doador individual de campanha para deputado federal o senhor Elon Gomes de Almeida, diretor-presidente e fundador da administradora de planos de saúde Aliança, que disponibilizou a quantia de R\$ 100 mil. (FARIAS, 2016)

¹³Foi sancionada em maio de 2014, pela presidenta Dilma Rousseff, a lei que altera a partir da medida provisória (MP) 627, que trata da tributação de empresas no exterior. Porém Dilma Rousseff vetou a anistia na aplicação de multas às operadoras de planos de saúde que cometerem infrações. O dispositivo reduzindo as multas aos planos de saúde foi incluído posteriormente no texto por meio de emenda do então relator da MP, deputado Eduardo Cunha (PMDB-RJ) (Site O Globo, 2016).

¹⁴O presidente da Câmara, Eduardo Cunha (PMDB-RJ) apresentou a PEC 451/2014, que obriga as empresas a pagarem planos de saúde privados para todos os seus empregados. Desta forma, previne que o Estado invista no SUS, impedindo que este garanta atendimento de saúde de qualidade para a população. Caso a PEC 451/2014 represente o retrocesso ao que era antes da Constituição de 1988, quando o antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), criado pela ditadura militar, funcionava como uma federação de planos de saúde das diferentes categorias profissionais, deixando à margem do atendimento um grande número de cidadãos (Site da ANPG, 2016)

O atual ministro de saúde aposta nos planos populares, anunciados em julho de 2016, como forma de agradar o empresariado. No contexto de sua proposta, já anunciou que pretende reduzir o controle da Agência Nacional de Saúde (ANS) sobre a qualidade dos planos de saúde, permitindo a redução das coberturas e a criação de barreiras de acesso. Formas de aliviar a pressão de ações judiciais sobre os planos de saúde também estão em debate. Todas estas, demandas antigas do setor, que alega ter perdido clientes com a crise econômica e desemprego crescente no país.

O alvo do ministro fica novamente claro quando em agosto, cria um grupo de trabalho para elaborar uma proposta concreta composto por representantes do Ministério da Saúde, da ANS e da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, excluindo toda a sociedade do debate.

Os planos de saúde surgiram no século XIX, precedem a organização dos sistemas de saúde universais. Planos privados são esquemas indenizatórios, são contemporâneos a negociações baseadas na retribuição pecuniária ou prestação de serviços para doenças, para problemas que haviam ocorrido. Esses esquemas mostraram-se inadequados porque deixam descobertos idosos, desempregados, estudantes e voltam-se apenas ao tratamento e não à prevenção. Por isso foram substituídos por sistemas públicos abrangentes. A

¹⁵ A CPI pretendia investigar aumentos abusivos de mensalidades, perda de direito de usuários, a limitação de procedimentos, a obrigatoriedade para atender mais pacientes por hora, as inúmeras queixas de usuários e profissionais e o fato de alguns dirigentes da ANS terem ligações diretas com planos. Essa CPI foi parar no Supremo Tribunal Federal (STF) em março de 2015 e até agora aguarda julgamento. Até chegar ao STF, porém, Eduardo Cunha (PMDB-RJ), em março deste ano, vetou a instauração dessa investigação na câmara. O motivo dado por Cunha para vetar a CPI, porém, foi a ausência de “*fato determinado devidamente caracterizado no requerimento*”, desprezou a quantidade enorme de queixas na Proteção e Defesa do Consumidor – PROCON. (Oliveira, 2015).

¹⁶ O PLP 257/2016 faz parte do pacote de ajuste fiscal iniciado pelo governo de Dilma Rousseff, ainda no final de 2014. Enviado ao Congresso Nacional no dia 22/03/2016 pelo Poder Executivo buscava autorizar o refinanciamento da dívida dos estados e do Distrito Federal. As medidas, que buscam manter o pagamento de juros e amortizações da dívida ao sistema financeiro e aumentar a arrecadação da União, atingem diretamente o serviço público e programas sociais. Além de estabelecer um novo limite para o crescimento do gasto público, criaria um Plano de Auxílio aos Estados e ao Distrito Federal com propostas de “alívio financeiro”, com o alongamento do contrato da dívida com o Tesouro Nacional por 20 anos e a consequente diluição das parcelas, a possibilidade de refinanciamento das dívidas com o Banco Nacional do Desenvolvimento (BNDES) e o desconto de 40% nas prestações da dívida pelo prazo de dois anos. Em troca, os estados seriam obrigados a aderir ao programa oferecido pela União, de curto e médio prazo, para reduzir o gasto com pessoal, que prevê, entre outras medidas, a redução do gasto com cargos comissionados em 10% e a instituição de regime de previdência complementar. Tal proposta foi aprovada em agosto de 2016, porém, devido à pressão dos movimentos dos servidores públicos, trechos que penalizavam os trabalhadores, como o congelamento de salários por dois anos, foram retirados da proposta original, assim como, a elevação das alíquotas de contribuição previdenciária dos servidores e a proibição à realização de novos concursos públicos (Site do ANDES, 2016).

Inglaterra que possui um sistema universal público desde os anos 1940 tem resultados de saúde e financeiros superiores ao de países que mantêm um setor privado assistencial forte (Bahia, 2016). O ministro Ricardo Barros, infelizmente, está propondo a troca de um potencial projeto como o SUS por um modelo ineficiente e retrógrado.

No Brasil o que se está chamando de “Plano de Saúde Popular”¹⁷ não é novidade na história do SUS. O ataque às diretrizes constitucionais no âmbito da saúde vem sendo reeditado em contextos de crise econômica, em que o capital é financiado pelas finanças públicas ao passo que se diminui alocação de investimentos nas áreas sociais. Durante os governos do Partido dos Trabalhadores, as forças empresariais foram beneficiadas pelo crescimento econômico, redução do desemprego e principalmente por uma série de políticas públicas de incentivo ao setor. Atuantes na arena política da saúde, estas vêm elevando seu grau de organização, assentando-se em propostas cuja prática consistem na abertura, patrocinada pelo Estado através das políticas de saúde, de novos horizontes para a reprodução e a acumulação do capital, além da revisão inevitável de princípios constitucionais como a universalidade e a integralidade.

Segundo Teodoro (2016), as empresas de saúde vinculam qualidade e eficiência dos serviços prestados à lógica administrativa empresarial. Entretanto, a proposta dos “planos populares” ignora que o setor privado de planos de saúde no Brasil só sobrevive por que recebe o repasse sistemático de recursos públicos. Neste sentido, ao induzir a expansão desse mercado da saúde, amplia-se também a pressão sobre as contas públicas. No Brasil, a indústria farmacêutica, as clínicas e os hospitais privados, além de empregadores e famílias de rendas média e alta, se beneficiam, por caminhos variados, de recursos que deveriam ir para o SUS.

¹⁷A criação de uma espécie de plano de saúde mais popular, com custos menores, é defendida pelo ministro da Saúde, Ricardo Barros, em uma tentativa de aliviar os gastos do governo com o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta de Barros consiste em oferecer planos de saúde com menos serviços do que o que foi definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como cobertura mínima obrigatória. A adesão a esse tipo de plano seria voluntária. Atualmente, a ANS tem um rol de procedimentos obrigatórios que todas as empresas devem oferecer aos clientes (Site Agência Brasil, 2016).

Além disso, tal proposta atenta contra o crescente rigor da Agência Nacional de Saúde (ANS) em relação à prestação de serviços precários por parte das operadoras de planos. Como consta no site da Agência, somente em julho desse ano foram suspensas a *“comercialização de 35 planos de saúde de 08 operadoras, em função de reclamações relativas à cobertura assistencial, como negativa e demora no atendimento”* (site da ANS, 2016). Com a oferta de planos mais precários na praça, a iniciativa do ministro interino fragiliza essa normatização perseguida pela ANS, e ao propiciar a insatisfação com a rede privada nada indica que haverá qualquer redução da demanda por serviços no Sistema Público.

Cabe lembrar também que, a indução à procura de planos precários revela ainda a orientação hospitalocêntrica medida. Há algumas décadas já existe o consenso mundial de que a prevenção evita expressivamente a proliferação de doenças graves, contribuindo para conter a elevação dos custos de tratamento complexos nos sistemas. Se realmente houvesse preocupação com qualidade na prestação dos serviços de saúde e com recursos públicos, deveriam aprofundar o modelo preventivista que norteia o SUS. (Teodoro, 2016).

A gestão da política fiscal protagonizada pelo governo de Michel Temer lançou sinais claros com relação à políticas de austeridade quando defendem um déficit primário recorde no novo Governo. Como medida de longo prazo, o governo propõe estabelecer um “Novo Regime Fiscal” por meio de uma proposta de emenda constitucional que propôs por 20 anos um teto para crescimento das despesas públicas vinculado à inflação. Enquanto a população e o PIB crescem, os gastos públicos ficariam congelados.

Segundo artigo publicado pela Fundação Friedrich Ebert Stiftung (2016), a nova regra implicaria reduzir a despesa primária do governo federal de cerca de 20% do PIB em 2016 para algo próximo de 16% do PIB até 2026 e de 12% em 2036. Logo, para que o teto global da despesa seja cumprido (tendo em vista que algumas despesas como os benefícios previdenciários tendem a crescer acima da inflação) os demais gastos (como Bolsa Família e investimentos em infraestrutura) precisarão encolher de 8% para 4% do PIB em 10 anos e para 3% em 20 anos, o que pode comprometer o financiamento de atividades estatais básicas.

Na verdade, o que o novo regime se propõe a fazer é retirar da sociedade e do parlamento a prerrogativa de moldar o tamanho do orçamento público, que passará a ser definido por uma variável econômica (a taxa de inflação), e impor uma política permanente de redução relativa do gasto público. Quem perde é a população mais pobre que são os principais beneficiários dos serviços públicos. Uma proposta feita por um governo provisório, não eleito, com duração máxima de dois anos, de interferir pesadamente nas políticas públicas sendo executadas pelos próximos cinco governos eleitos.

A vinculação de recursos para a saúde foi tema de constante debate nos anos 1990, em virtude das diversas crises financeiras enfrentadas pelo sistema para manutenção dos serviços de saúde, o que obrigou, em alguns anos, o Ministério da Saúde a contrair empréstimos de recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para pagar os atendimentos realizados por prestadores públicos e privados (Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, 2013).

Em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional 29, consolidando o Sistema Único de Saúde. A EC 29 fixou a vinculação dos recursos orçamentários que seriam destinados à saúde pelas três esferas de governo. Pelo texto aprovado, a EC 29 determinou que a União deveria destinar para a saúde, no ano 2000, 5% a mais sobre o valor de 1999 e, nos anos seguintes, que esse valor fosse corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Com ela, o art. 198 da CF passou a tratar da base de cálculo para a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), regra que perdurou e foi mantida pela Lei Complementar nº 141, de 2012 (Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, 2013).

Contudo, em 2015, houve mudança do método de cálculo do mínimo com ASPS da União, por meio da EC 86, vinculando-se a aplicação mínima a um percentual da Receita Corrente Líquida (RCL), de forma escalonada, como segue: 13,2% da RCL em 2016, 13,7% em 2017, 14,2% em 2018, 14,7% em 2019 e 15,0% em 2020. Esta era a regra de aplicação mínima de recursos em ASPS (Sulpino & Benevides, 2016).

Em 2012, dezenas de organizações da sociedade civil lançaram o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, que visava trocar a regra

antiga por uma nova, pela qual o SUS passaria a receber 10% da corrente bruta da União. No segundo semestre de 2013, foi aprovada a “lei do Pré-Sal”, na qual uma parte dos recursos seria destinada para financiar despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) adicionalmente àquele valor da aplicação mínima. Com a aprovação da EC 86/2015, a partir de 2016, o critério de cálculo para apuração da aplicação mínima correspondeu a um percentual da Receita Corrente Líquida (RCL) do próprio exercício e os recursos do Pré-Sal perderam a condição de financiamento adicional ao da aplicação mínima. (Funcia, 2015)

Agora as novas medidas do governo com a EC 95/2015¹⁸ no que se refere aos pisos definidos na CF para a saúde e a educação, a EC 95 propõe alteração do Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) para que, a partir de 2018, a aplicação seja calculada pela correção do limite mínimo do ano anterior, reajustado pelo IPCA do exercício anterior. Para 2017, a saúde terá 15% da Receita Corrente Líquida, que é o somatório arrecadado pelo governo, deduzido das transferências obrigatórias previstas na Constituição. A educação, por sua vez, ficará com 18% da arrecadação de impostos. A partir de 2018, as duas áreas passarão a seguir o critério da inflação (Agência Senado, 2016).

Enquanto a regra da EC 29 protegia o orçamento federal do SUS por meio da correção pela variação nominal do PIB, a regra proposta na EC 95 incorpora apenas a correção pela inflação, desconsiderando a incorporação das taxas de crescimento da economia ao gasto com saúde e reduzindo a participação do gasto com saúde no PIB.

Importante destacar recente simulação elaborada por técnicos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) para o caso da saúde, comparando com o que previa anteriormente a EC29 (executado no ano anterior + variação do PIB), ou a progressividade de percentuais sobre a Receita Corrente Líquida (RCL), vigente a partir deste ano: a) caso, a então PEC 241, houvesse sido

¹⁸O plenário da Câmara dos Deputados concluiu em 26 de outubro de 2016 a análise em segundo turno da, então, Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 241, o texto seguiu para análise no Senado como proposta de emenda à constituição nº 55 de 2016. No dia 13 de dezembro de 2016 foi aprovada em sua última votação no Senado. O Congresso Nacional promulgou, então, no dia 15 de dezembro de 2016 a Emenda Constitucional 95/2016, que limita por 20 anos os gastos públicos. (Agência Senado, 2016).

aplicada a partir de 2003, até o ano de 2015 teria havido uma perda de 42,1% dos recursos efetivamente aplicados no período, correspondendo a uma subtração equivalente a 257 bilhões de reais; b) sendo implementada a partir de 2017 e considerando 20 anos à frente, apontam perdas entre 654 bilhões e 1 trilhão de reais, dependendo do comportamento das variáveis PIB e RCL (Sulpino & Benevides, 2016).

A EC95 impactará negativamente o financiamento e a garantia do direito à saúde no Brasil. Congelar o gasto, por vinte anos, parte do pressuposto equivocado de que os recursos públicos para a saúde já estão em níveis adequados para a garantia do acesso aos bens e serviços de saúde, e que a melhoria dos serviços se resolveria apenas com os de ganhos de eficiência a gestão dos recursos existentes. Além disso, o congelamento não garantirá sequer o mesmo grau de acesso e qualidade dos bens e serviços à população brasileira ao longo desse período, uma vez que a população aumentará e envelhecerá de forma acelerada. Assim, o número de idosos terá dobrado em vinte anos, o que ampliará a demanda e os custos do SUS.

Diante do enfrentamento de uma política de Contrarreformas, a afirmação de um projeto profissional e projeto político-pedagógico voltado para uma formação crítica, reflexiva, teórico-metodológica, técnico-operativa e ético política é de extrema importância para a formação dos profissionais para o fortalecimento do SUS. Consideramos que no contexto avesso ao SUS universal e de qualidade a alternativa para resistir aos ditames do capital é formar profissionais/intelectuais críticos e consonantes com os princípios e diretrizes do SUS para que a relativa autonomia reservada aos profissionais de nível superior possa ser aproveitada a favor da luta pela saúde coletiva.

Não podemos esquecer da importância do protagonismo que os sujeitos que estão na ponta (trabalhando e ensinando) têm na consolidação do SUS. Salientando que grande parte dos defensores do movimento da Reforma Sanitária, eram profissionais, pesquisadores, docentes, estudantes vinculados alguma daquela aos serviços de saúde.

É preciso destacar que enquanto a lógica mercantil -nesses moldes atuais de parasita do SUS - não for enfrentado de forma estrutural, seja com o fim do subfinanciamento do nosso sistema de saúde público, seja na disputa do perfil

de formação dos trabalhadores da saúde, seja na regulação das especialidades e residências de acordo com as necessidades de saúde da população e não do mercado, seja na criação de estratégias de absorção desses profissionais pelo SUS público e não pela rede privada ou pública terceirizada, o caminho de fortalecimento do SUS será mais dificultoso.

2

Formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde

2.1.

Educação em Saúde

A articulação entre saúde e educação, em especial ao trabalho e ensino em saúde é um dos campos de formulações de políticas do SUS menos problematizados. É necessário reconhecer que a qualidade e a adequação das práticas do trabalhador da saúde são frutos de um processo de formação que pressupõe articulação entre o trabalho e o ensino em saúde. Somente dessa forma a formação pode converter-se em espaço de potencialidades para a afirmação do SUS, superando o histórico de resistência a esse sistema.

No Brasil, o chamado “*modelo flexneriano*” que tem foco no biologismo, no curativismo e no especialismo, pouco considerando a determinação social da saúde, influenciou o ensino da medicina das novas escolas criadas na década de 40-50 do século passado, priorizando as práticas de ensino em hospitais e levando a uma fragmentação do saber. Suas principais características são: a segmentação em ciclos básico e profissional, o ensino baseado em disciplinas ou especialidades e ambientado em sua maior parte dentro de hospitais (Sakai et al., 2001; Gil et al., 1996).

No entanto, muitas foram as iniciativas em nosso país que buscaram mudanças nas práticas de atenção e formação em saúde a partir da década de 70 do séc. XX, como o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS (1977), a assinatura da Declaração de Alma-Ata (1978)VII, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREVSAÚDE (1980), o Programa de Integração Docente Assistencial - IDA (1981), as Ações Integradas de Saúde – AIS (1984), a criação da Associação Brasileira Rede Unida (1985), o Programa UNI: União com a Comunidade, uma nova iniciativa em educação dos profissionais de saúde (1991), e a instituição da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM (1991) (Passarella, 2013).

De acordo com Passarella (2013), Esses movimentos abrangiam diretrizes e ações importantes, que continuam na agenda política atual norteando as estratégias de educação na saúde, com eixos estruturantes e diretrizes como intersectorialidade, territorialização, interinstitucionalidade, práticas multiprofissionais e interdisciplinares, integralidade da atenção, atendimento das necessidades sociais em saúde, controle social, fortalecimento da APS, e desenvolvimento de ações pelas universidades junto às comunidades – frequentemente chamadas “*extramuros*” ou “*além-muros*”, com diversificação dos cenários de práticas.

Currículos integrados, articulações ensino-trabalho, os movimentos coordenados pela Rede Unida, o debate e a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais, as residências em saúde e a organização das executivas de curso no Movimento Estudantil são exemplos de protagonismo por reformas do ensino que continuam a tencionar e dialogar como os movimentos de mudança no setor da saúde.

Os autores Carvalho e Ceccim (2005), já enfatizavam que no âmbito das políticas educacionais, a graduação na área da saúde não havia uma orientação integradora entre ensino e trabalho, que esteja voltada para uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade, onde se inclui o enfrentamento das necessidades de saúde da população e de desenvolvimento do sistema de saúde. No caso da formação e educação em saúde, ao longo dos últimos anos e no contexto da reforma sanitária brasileira, intensificaram-se movimentos voltados para a construção de outras possibilidades pedagógicas, assim como outras possibilidades interpretativas relativas ao fenômeno saúde-doença, que estipularam propostas de mudança na formação.

Os aspectos sócio históricos das iniciativas de mudança na educação dos trabalhadores da saúde, desenvolvidas nos últimos quarenta anos no Brasil, sugerem haver diversas formulações teóricas e o desenvolvimento de modelos, diretrizes, projetos e políticas para o campo. Em resumo, os principais exemplos são os Projetos Integração Docente-Assistencial (IDA) e Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde: união com a comunidade (UNI), que conformaram a Rede Unida.

O movimento IDA agrega a tática de quebrar a resistência dos estudantes à abordagem epidemiológica e social, inserindo o estudante no serviço através de atividades de extensão. A inserção do ensino no serviço deu-se de modo acelerado, principalmente nos anos 1970, quando estágios práticos eram realizados em centros de saúde e hospitais. No entanto, essas estratégias não modificaram o ensino hospitalocêntrico e a prática fragmentada em inúmeras especialidades (Feuerwerker & Marsiglia, 1996).

No final da década de 1970, fica claro a todos os envolvidos nesse movimento que o avanço apenas se daria com iniciativas abrangentes ainda mais integradas e focadas na formação dos novos profissionais de saúde (Feuerwerker & Marsiglia, 1996). Embora não se tenha atingido o objetivo final, muito se caminhou na direção de um ensino e de uma assistência mais adequada à realidade da sociedade. Na Reunião de Alma-Ata em 1978, a massa crítica formada do movimento discutiram seus ideais, resultando em avanços reformistas, principalmente a estratégia da Atenção Primária de Saúde, e levando a fortes reformas em vários países. No Brasil surge aí o movimento de Reforma Sanitária (Santana, Campos, Sena, 1999; Feuerwerker & Marsiglia, 1996).

Após Alma-Ata, passou-se a discutir como inserir o trabalho universitário no serviço de saúde e chegou-se à idéia de que o serviço precede a universidade e esta não deve pretender estruturá-lo. Concluiu-se que a IDA estava limitada e que a expressão "Integração Docente-Assistencial" não demonstrava o que realmente se objetivava na prática. Chaves (1994) evoluiu no terreno conceitual, identificando que como não existe integração, o melhor termo seria "articulação". Se a aprendizagem é o objetivo final do docente, esse deveria ser o termo usado. Por fim, assistencial remete a idéias isoladas de ações curativas, enquanto que o melhor termo deveria levar em conta a promoção de saúde (Chaves, 1994).

Levando em conta estas constatações, a Fundação Kellogg e a Organização Pan-Americana da Saúde, no princípio da década de 1990, iniciou um novo programa: o Programa UNI, "uma nova iniciativa em educação das profissões da saúde: união com a comunidade", cujo principal objetivo era o desenvolvimento de estratégias para intensificar o necessário processo de

mudança na formação dos profissionais de saúde (Feuerwerker & Marsiglia, 1996).

Mediante o Programa UNI, pretendia-se mudar a formação das profissões de saúde, repensar a universidade, torná-la relevante para a sociedade; aplicar a produção acadêmica, relevante, na sociedade, mas com ações na comunidade, com a comunidade e para a comunidade, tornando a comunidade efetivo ator dentro do processo, com direitos e responsabilidades. Segundo Chaves (1994), a resistência à participação da comunidade se deu muito mais nas universidades que no serviço.

A Rede IDA e os Projetos UNI são grandes exemplos de movimentos pró-mudança na formação superior dos profissionais de saúde, que buscavam responder aos anseios da população insatisfeita com os serviços de saúde prestados por profissionais formados de maneira não condizente com a realidade do SUS. Esses movimentos obtiveram êxitos limitados, mas se apresentaram como importantes avanços em seus momentos.

Boa parte da realidade e da insatisfação se manteve, e a fragmentação do processo de trabalho ainda pode ser observada em várias dimensões – a separação entre o pensar e o fazer; a presença cada vez maior de profissionais especializados, a fragmentação técnica; e as rígidas relações de hierarquia e subordinação, a fragmentação social –, configurando, assim, a divisão social do trabalho entre as diferentes categorias profissionais (González & Almeida, 2010).

Diante desse desafio, surgiu em 1997 um novo movimento, com o foco voltado para a elaboração de propostas inovadoras para a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde. Como os integrantes de novo movimento provinham dos movimentos IDA e UNI, esse novo movimento passou a ser conhecido como Rede Unida (González & Almeida, 2010).

A Rede Unida visa é estabelecer parcerias, vínculos, relações com pessoas, projetos e instituições comprometidos com a renovação permanente na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para potencializar as capacidades de produzir mudanças.. A Rede Unida consiste em um movimento que reúne pessoas, projetos e instituições

comprometidos com os movimentos de mudanças na formação, o desenvolvimento dos profissionais de saúde e a construção de um sistema de saúde equitativo e eficaz, com forte participação social (Feuerwerker, 2000; González & Almeida, 2010).

Diante da necessidade de reformular a formação dos profissionais da saúde e com a extinção do currículo mínimo para as Instituições de Ensino Superior (IES), através da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) n. 9394/96, houve um estímulo aos cursos considerados da área da saúde para readequarem seus currículos ao novo modo de pensar e intervir na Política de Saúde. A flexibilização nos currículos auxiliou no desenvolvimento das graduações da área da saúde, mas também contribuiu para a mercantilização da educação, pois houve aumento no número de cursos da graduação oferecidos pela iniciativa privada, estimulando uma redução do Estado nos investimentos em ensino público (Feuerwerker, 2000).

Em 1999, o então Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, junto a atores do Movimento Sanitário, reuniram-se para discutir e criar medidas para a aproximação entre a realidade e a teoria. Através dessa aproximação foi criada o Programa de incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) lançado pelo Ministério da Saúde (MS), em dezembro de 2001, em parceria com o Ministério da Educação (MEC) e a Organização Panamericana de Saúde (OPS)

A discussão das Diretrizes Curriculares foi vista como uma oportunidade favorável à ação da Rede Unida, não apenas na estimulação do debate que se organizava de maneira isolada nas instituições de ensino em saúde, mas também se vislumbrou a possibilidade de mobilizar os setores da saúde para que passassem a influir, de modo mais organizado, na definição do perfil profissional mais adequado à necessidade da sociedade.

OPROMED baseou-se na construção de estratégias de mudança na formação dos médicos por meio do oferecimento de cooperação técnica e/ou operacional às escolas de graduação em medicina com intuito de adotar processos de mudança nos currículos. O enfoque eram as necessidades de saúde da população e do SUS e a programação de estágios nos hospitais universitários e em toda a rede de serviços, possibilitando a formação de

médicos com competência geral, essencial à ampliação de programas de atenção primária à saúde, como o Programa Saúde da Família, designado nos últimos anos de Estratégia Saúde da Família (ESF) (Siqueira, 2002).

A criação do Departamento da Educação na Saúde (DEGES) como parte da estrutura da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGETS), em 2003, demonstrou que o Ministério da Saúde passou a priorizar a mudança na formação superior. O DEGES possui a função de motivar e propor ações em duas grandes áreas: a mudança na formação técnica, de graduação e de pós-graduação e a educação permanente dos trabalhadores da saúde a partir das necessidades de saúde da população e de fortalecimento do SUS (Brasil, 2006a).

Já em 2004, foi instituída a política nacional de educação permanente em saúde (EPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. A partir de então, para viabilizar essa política, iniciou-se o processo de implantação dos polos de educação permanente em saúde. Constituídos por regiões, os polos são instâncias colegiadas que servem para a articulação, o diálogo, a negociação e a pactuação interinstitucional (Brasil, 2007a). Para Ceccim (2005), a EPS é um processo de aprendizagem que promove a reflexão sobre as práticas do cotidiano. Os polos seriam os espaços coletivos para essa reflexão, envolvendo participantes do segmento de gestores, formadores, profissionais do serviço e do controle social.

Cabe destacar que, em agosto de 2007, a portaria nº 1.996 Gabinete Ministerial/Ministério da Saúde extinguiu os polos como instâncias de articulação regional e interinstitucional, passando a condução regional da política de EPS para os colegiados de gestão regional com a participação das comissões permanentes de integração ensino-serviço (CIES) (Brasil, 2007b).

Ainda em 2004, um novo ator surge neste complexo cenário: o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS), que articula entidades envolvidas com a formação e desenvolvimento dos profissionais da área da saúde (Lima & Silva, 2004). Tem como objetivo contribuir com o movimento pró-mudança, visando à mudança na formação das profissões dessa área, tendo a integralidade em saúde e a educação permanente como os eixos orientadores.

Os Ministérios da Saúde e Educação lançaram ainda em 2004 o AprenderSUS – o SUS e os cursos de graduação da área da saúde (Brasil, 2004a). O objetivo era de apoiar a gestão do ensino em coerência com as diretrizes e os princípios constitucionais do SUS e a implementação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação na área da saúde. As diferentes estratégias para impulsionar a mudança na graduação compreendiam o VERSUS (Vivência-Estágio na Realidade do SUS), a convocatória de experiências de integralidade na formação em saúde, o Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança nas Profissões da Área da Saúde e a possibilidade de apoio à implementação de estratégias de mudança, entre outros (González & Almeida, 2010).

Para o desenvolvimento de tais propostas, o MS propôs a realização de ações específicas para a mudança na graduação: cursos de aperfeiçoamento pedagógico para docentes e profissionais dos serviços; especialização para docentes em educação de profissionais de saúde; implementação das políticas de humanização com participação dos professores e dos estudantes; desenvolvimento de estratégias de articulação multiprofissional e transdisciplinar e desenvolvimento de estágios de vivências no SUS (Brasil, 2004).

Dentre as ações desenvolvidas pela Aprender-SUS estão: a publicação de convocatória nacional para a sistematização de práticas inovadoras de integralidade no ensino da saúde; apoio à produção de conhecimento sobre processos de mudança; inclusão de linhas de financiamento para apoiar processos de mudança nas relações institucionais da educação superior com as redes de gestão, de atenção e de controle social do SUS e implantação de laboratórios para o desenvolvimento de práticas integradas (Brasil, 2004). Por fim, desenvolveram-se os estágios de vivência no SUS a partir da aproximação com estudantes da área da saúde.

A proposta foi incorporada como projeto político do MS em 2003, que criou, em parceria com diversas executivas e diretórios nacionais de estudantes da área da saúde, o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS do Brasil. As vivências se caracterizam por permitir espaços de encontros entre estudantes e determinadas realidades, de modo que os mesmos reflitam sobre ações sociais ali desencadeadas com base nas realidades vividas (Brasil 2004b; 204c; 2005).

Apresentam característica de imersão, na qual determinado grupo de estudantes convive por um período de tempo de aproximadamente 15 dias no mesmo espaço físico, compartilhando experiências do contato com a realidade do SUS. O VER-SUS/ Brasil objetiva a criação de novas relações de compromisso e de cooperação entre estudantes, gestores de saúde, instituições de ensino superior e movimentos sociais. O Projeto foi interrompido em 2005, sendo reiniciado com apoio da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, da Rede Unida e da Rede Governo Colaborativo em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 2011 (Teófilo, 2015).

Durante o processo seletivo dos especializandos para o VERSUS, houve mudança de ministro da Saúde e das equipes de coordenação do DEGES e da SGTES. Os novos gestores optaram por retomar, em grande parte, experiências anteriores de incentivo às mudanças na formação como o PROMED. No final de 2005, esse retorno gerou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que se limitava aos cursos de enfermagem, odontologia e medicina (González & Almeida, 2010).

Lançado em novembro de 2005, Pró-Saúde surgiu como uma ação interministerial dos Ministérios da Saúde e Educação. O Pró-Saúde foi fortemente baseado no PROMED, porém ampliado aos cursos de odontologia e enfermagem, além das escolas médicas. O PRÓ-SAÚDE também visa a aproximar o perfil do egresso às necessidades de atenção básica, traduzidas no Brasil pela estratégia de saúde da família (Brasil, 2006b). O Programa contemplou inicialmente as tais categorias profissionais adotando como justificativa a inserção destes profissionais nas equipes mínimas da ESF. Tal escolha foi defendida a partir da ideia de que a abordagem interdisciplinar e o trabalho em equipes multiprofissionais raramente são explorados pelas instituições formadoras na graduação.

Em 2007, no entanto, a partir da pressão exercida pelas outras profissões de saúde, o Programa lança nova chamada de propostas abrangendo todos os cursos de graduação da área. Na versão de 2005, mantida com as mesmas características em 2007, o Programa utiliza-se da metodologia de aplicação do Promed, adotando como estratégia a perspectiva de que os principais eixos que devem ser reorientados simultaneamente na formação são a orientação teórica, os cenários de prática e a orientação pedagógica (González & Almeida, 2010).

Outra iniciativa de articulação entre os ministérios se inspirou no Programa de Educação Tutorial do MEC. Trata-se do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde que nasce em 2008 como uma das ações criadas com objetivo de fortalecer a atenção primária à saúde e o SUS. A educação pelo trabalho, o conceito-chave do projeto, é sua principal estratégia. O objetivo geral é fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidas aos estudantes das graduações de todos os cursos de saúde (Brasil, 2008).

Entre os objetivos da proposta estão a integração ensino-serviço-comunidade; a institucionalização das atividades pedagógicas dos profissionais dos serviços de saúde; a constituição de núcleos de excelência em pesquisa aplicada à atenção primária; a satisfação do usuário do SUS; a promoção da capacitação docente dos profissionais dos serviços e o incentivo ao ingresso de profissionais do serviço na carreira docente (Brasil, 2008). Tais programas estavam focados inicialmente na ESF e, a partir de 2010, também foram para os setores de Saúde Mental e Vigilância à Saúde.

Em 2012, ocorreu a junção do PET-Saúde com o Pró-Saúde, o que resultou no Pró-PET-Saúde, com o intuito de articular as duas estratégias, visando ações de promoção, prevenção, controle social e pesquisa nos serviços de saúde, na busca de oferecer, à comunidade, uma assistência na perspectiva da integralidade. Contribui, também, com a formação, por promover a integração ensino-serviço, e tornou possível o contato com a realidade do SUS e a experiência da Educação Interprofissional (EIP). A EIP ocorre quando duas ou mais profissões desenvolvem trabalho em conjunto, respeitando a especificidade de cada uma, em benefício do usuário (Teófilo, 2015).

Outra estratégia para aproximar trabalho e ensino na saúde foi a criação do modelo de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), em que preservasse as especialidades de cada profissão envolvida com uma área comum, mas tendo os valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento como norteadores. Sobre a Residência Multiprofissional falaremos discutiremos com maior atenção ao longo deste trabalho.

2.2.

Disputas pelo perfil profissional na saúde: por que valorizar políticas de formação de profissionais dentro do próprio SUS?

No item anterior vimos que as estratégias e ações dos movimentos ligados a Educação e saúde não são recentes e já reivindicavam que a formação esteja em conformidade com as necessidades sociais da população para o fortalecimento do sistema público, mesmo em uma realidade de mercantilização da saúde e educação.

Evidencia-se a preocupação e importância dada pelos intelectuais aos rumos da formação profissional em saúde no Brasil e sobre o impacto do processo de ensino em saúde sobre no campo da Educação e Trabalho. Neste item do nosso estudo apontaremos alguns elementos de um processo histórico que envolveu a construção das bases da área de educação e trabalho em saúde no Brasil e sua relação contraditória entre os ganhos sociais da tentativa de construção do SUS na perspectiva do projeto da Reforma Sanitária e o cenário de desmontes das políticas sociais e precarização das relações de trabalho.

Desde a década de 1970, observam-se críticas progressivas a uma perspectiva considerada demasiada instrumental e tecnocrática acerca dos trabalhadores e do trabalho em saúde, no interior de um heterogêneo grupo de sanitaristas reformistas. Dentro das políticas setoriais, o contexto da saúde era então definido pelas necessidades de implantação de um Sistema Nacional de Saúde, legitimado por meio da Lei 6.229, de julho de 1975. Tratava-se de um sistema que, na V Conferência Nacional de Saúde, apresentava já em seu nascimento, muitas desconfianças acerca de sua capacidade em enfrentar um quadro sanitário considerado grave. (Escorel, 1998; Paiva et al, 2012).

A segunda metade da década de 1970 foi marcada pela criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979. Essa instituição foi elaborada como forma de organização dos programas de pós-graduação no campo da Saúde Pública, da Medicina Social e da Saúde Coletiva que promoveu uma ampla discussão acerca da organização da saúde pública brasileira. Dessa forma, se tornava cada vez mais presente uma preocupação com as relações estabelecidas, sobretudo, entre o chamado

sistema formador de médicos e demais profissionais de nível superior em saúde e aquele responsável pela prestação da assistência. A perspectiva segundo a qual se apontava uma relação direta entre quantidade do perfil profissional e qualidade da assistência à saúde prestada começava a ser mais claramente problematizada (Escorel, 1998).

Conforme explana Escorel (1998), ao longo da década de 1980, novos estudos surgem em torno das características sócio-econômicas e demográficas da força de trabalho, de suas aspirações, de sua visão do mundo e de sua percepção acerca do setor. Novos pesquisadores iniciaram trabalhos de revisão dos enfoques sobre e a utilização de fontes de dados ainda não convencionais sobre emprego em saúde e a pesquisa para as políticas de educação e trabalho em saúde. As iniciativas e agendas de pesquisa sobre educação e gestão do trabalho se ampliariam produzindo informações e conhecimentos que nos permitem melhor conhecer a força de trabalho em saúde e as questões pertinentes à sua formação.

O conceito ampliado de saúde e dos seus determinantes assumido pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), incorporado pela Constituição de 1988 e a legislação da saúde, fundamenta-se em da produção teórico-crítico da saúde coletiva no Brasil com os princípios relativos ao direito à saúde, à cidadania, à universalização, à democracia e a descentralização. Na politização do debate sobre as condições de saúde o movimento sanitário reforçou a relação entre saúde e democracia em oposição ao regime militar e o conceito de saúde como resultado das condições de vida e organização da população, apontando fatores concretos que influenciou as legislações de saúde no processo democratizante.

Segundo Pinto et al. (2012), o período posterior à Constituição de 1998 foi marcado pela implementação de políticas sociais onde se destacava o esforço de construção do novo sistema de saúde. Fruto da luta do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, a formulação e a implementação do SUS tem contemplado vários momentos e dimensões. Nesse sentido, um dos aspectos que tem chamado, particularmente, a atenção dos gestores e pesquisadores é a problemática dos recursos humanos no que tange a formação e alocação no mercado de trabalho.

O início da década de 1990 foi marcado pela criação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde e a 9ª Conferência Nacional de Saúde que, enfatizou como indispensável uma Política Nacional de Gestão do Trabalho para a implementação do SUS; destacou a importância da formação profissional e encaminhou como direcionamento a realização da II Conferência de Recursos Humanos em Saúde, que veio a ocorrer em 1993.

Cabe ressaltar que o cenário político caracterizava-se pela crise instalada no país com o Governo Collor/Itamar, onde a tônica era a contenção dos gastos públicos, a privatização de empresas estatais, contenção da inflação via Plano Real e a implementação de reformas e mudanças administrativas a fim de “modernizar” as estruturas estatais e sustentar o desenvolvimento econômico. Nesse sentido, a área de recursos humanos foi a mais atingida, uma vez que os ajustes econômicos refletiram nos planos de carreira e remuneração, na fragilização dos vínculos trabalhistas, e na precarização das relações de trabalho (Pinto et al, 2012).

Em 1996, a X Conferência Nacional de Saúde deliberou pela elaboração de uma “Norma Operacional Básica de Recursos Humanos” com princípios que objetivam regular a ação e a relação das esferas de governo com os trabalhadores no âmbito do SUS e que incluía uma agenda de prioridades para implantação desta política”. No entanto, a primeira versão do documento “Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS” só foi divulgada em 1998 pelo Conselho Nacional de Saúde. Assim, durante os anos 1990 não aconteceu de fato uma política efetiva de recursos humanos compatível com a concepção da Reforma Sanitária Brasileira. Como reflexos, observou-se a ampliação da falta de perspectiva de carreira profissional; precarização do trabalho, a partir de um exército de trabalhadores sem direitos sociais trabalhistas; expansão das equipes com entrada de novas profissões e ocupações sem regulamentação.

Os anos 2000 começam com a realização da XI Conferência Nacional de Saúde e a proposição de um debate nacional entre gestores, trabalhadores e formadores de recursos humanos, para implementar, aperfeiçoar e adequar a NOB/RH- SUS, segundo as necessidades sociais em saúde e realidades institucionais de cada região, localidade e de acordo com o papel de cada esfera de governo. Em 2003, uma confluência de fatores colabora para a publicação da

Resolução do CNS nº. 330/2003, que resolve aplicar “Os Princípios e Diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH–SUS)” como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Em 2003, a área de Recursos Humanos ganha status de Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no Ministério da Saúde, e tem o objetivo de implementar uma política de valorização do trabalho no SUS, por meio de dois departamentos: Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde (DEGERTS). (Pinto et al, 2012).

O SUS demanda políticas específicas para garantir o acesso à melhoria da qualidade das ações de saúde. Nessa direção, solucionar as questões de recursos humanos é fundamental. Caberia, então, à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) desenvolver ações para o fomento de políticas para a formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores e democratização das relações de trabalho no SUS. Os objetivos manifestos por essa política são: garantir a distribuição equitativa e adequada de profissionais de saúde; Instituir mecanismos que regulem a migração de profissionais da saúde; promover a interação entre as instituições de ensino e de serviço de saúde de modo a mudar o perfil e competências dos trabalhadores em formação redirecionando para adequação ao modelo demandado pelo SUS (Silva, 2013).

Com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em 2003, o Ministério da Saúde assumiu o papel, definido na legislação, de gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde (Brasil, 2004, p. 6). Integra esta secretaria o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) que propôs a adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde (Brasil, 2004, p. 7).

A partir disso, foi gerada a Resolução Nº 335, que aprova a “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e logo após, é instituída a Portaria 198 que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como

estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Esta foi criada com objetivo de propor um processo de educação permanente para os trabalhadores, a partir das necessidades de saúde da população e do fortalecimento do SUS e assim, propiciar mudanças na formação, desde o nível técnico até a pós-graduação (Brasil, 2003, 2004).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) enquanto política se propõe a colocar o SUS como interlocutor na formulação dos projetos político pedagógicos de formação dos trabalhadores, com a finalidade de proporcionar práticas condizentes com os princípios do SUS e que este não seja apenas considerado como um campo de práticas (Brasil, 2004). Também, que os projetos das instituições formadoras considerem as diretrizes que orientam a criação do sistema: descentralização, universalidade, integralidade e participação social (Brasil, 2005).

A Reforma Sanitária Brasileira influenciou a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a Assembléia Nacional Constituinte (1988), as Leis Orgânicas da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90 e 8.142/90) e a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde— NOB/RH-SUS (Brasil, 2005) instituíram a necessidade de mudanças nos modelos de atenção a saúde e a transformação nos processos formativos de profissionais desta área (Brasil, 2006). Diante deste contexto, *“novos perfis profissionais foram solicitados, colocando em pauta as tensões entre SUS e a formação dos trabalhadores”* (Lobato, 2010, p. 33). Porém, para que os profissionais da saúde *“sejam, na assistência, no ensino ou na gestão, sujeitos instituintes de mudança nas práticas do mundo do trabalho e se constituam em contra hegemonia ao instituído, outras estratégias e referenciais devem ser consideradas”* (Lobato, 2010, p. 33). Para tanto a proposta da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), tem tido ênfase e expansão por propor sinalizar como basilar a educação no mundo do trabalho e para o trabalho.

Ceccim e Feuerwerker em 2004, já levantavam o problema de que a formação dos profissionais de saúde permaneciam alheia ao debate crítico sobre os sistemas de organização do cuidado defendendo que as instâncias do SUS deveriam cumprir papel indutor da mudança tanto da prática quanto da formação profissional. Os autores propunham o trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras que não podem existir sem a regulação

pública e da direção política do SUS. Propondo, dessa forma, a educação em serviço. *“A educação em serviço é uma proposta apropriada para trabalhar a construção desse modo de operar o sistema, pois permite articular gestão, atenção, ensino e controle social no enfrentamento dos problemas concretos de cada equipe de saúde em seu território geopolítico de atuação.”* (p. 51).

Nesse cenário, portanto, uma das políticas desenvolvidas pela SGTES é a de fomento das Residências Multiprofissionais em Saúde com o objetivo de ser uma pós-graduação para formar profissionais nos hospitais universitários federais, hospitais de ensino, instituições de ensino superior e secretarias estaduais e municipais de saúde em área em campos de atuação estratégicos para SUS e em regiões prioritárias do país (Silva, 2013).

Os resultados da pesquisa de Vasconcelos (2010)¹⁹ revelaram tanto o desconhecimento do Sistema Único de Saúde pelos profissionais de saúde, quanto o reforço por estes do modelo privatizante na saúde e afastamento dos espaços de controle social. Tendo em vista que estes profissionais além de atuarem no sistema também estão formando outros profissionais, a tendência é que está sendo reproduzido um perfil profissional que desconhece a relevância do SUS e seus espaços políticos.

Dessa forma, esses profissionais podem não se mostrar engajados na defesa da universalidade e da integralidade em saúde e não serem capazes de democratizar com os usuários informações para além dos aspectos clínicos e biomédicos no que se refere à saúde. Enfim, segundo a pesquisa desenvolvida pela referida autora, há uma fragilidade na formação de profissionais que saibam fazer saúde coletiva de proteção e promoção da saúde. Entretanto, tal pesquisa destaca uma particularidade na formação dos assistentes sociais que pode influenciar no exercício profissional.

¹⁹A pesquisa se chama: “A Prática dos Profissionais de Saúde no Município do Rio de Janeiro: HU’s”. objetiva identificar e analisar o perfil teórico-metodológico, ético político dos profissionais de saúde e a prática nos HU’s/RJ, Pesquisa realizada com 349 profissionais de saúde de nível superior, do complexo de saúde universitária da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Foram entrevistadas as seguintes categorias profissionais: assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Segundo os dados parciais desta pesquisa, ao analisar qual a concepção de saúde dos profissionais, observou-se que a maioria dos demais profissionais optam pelo conceito da Organização Mundial de Saúde enquanto que a maioria dos Assistentes Sociais referenciam sua prática com o conceito de saúde do projeto da Reforma Sanitária. Os dados mostram que a concepção de saúde abstrata da OMS continua orientando a prática destes profissionais em detrimento da discussão dos determinantes sociais e econômicos da saúde excetuando a categoria dos Assistentes Sociais, verificamos que a maioria destes profissionais toma como diretriz o conceito de saúde ampliada, com base na Constituição Federal de 1988.

Seguindo a mesma perspectiva, nesta pesquisa se constatou que, sobre a contribuição do Movimento de Reforma Sanitária, 45% dos profissionais entrevistados afirmam desconhecer esta contribuição, isto significa que quase metade do total entrevistado não reconhece a importância deste movimento para a saúde brasileira.

Em um estudo de Aguiar et al (2008), nota-se que a fratura que ocorre entre o exercício profissional e as possibilidades de prática crítica existente na realidade, relaciona-se anteriormente com o ensino das profissões de saúde, já que em suas diretrizes curriculares, há um esvaziamento de conteúdos essenciais para um projeto de profissão quanto à discussão sobre políticas públicas de saúde.

O estudo constatou que há um discurso de louvação do SUS, mas a despeito disto, a lógica do ensino e as diretrizes curriculares das profissões de saúde não tende a fortalecer este projeto, ao passo que se resumem a apontar conteúdos genéricos, focalizadores, gerando uma fragmentação do ensino, que deixa de garantir conteúdos mínimos referentes a políticas sociais públicas de saúde, garantidores da formação de um perfil profissional crítico formando intelectuais, e não apenas técnicos.

Dessa forma, a diversidade da formação em saúde pode demonstrar as possibilidades e os limites dos profissionais para a realização de ações, que levem em conta, antes de tudo, os princípios socializantes do SUS e as reais necessidades sociais de saúde da população.

A partir dos dados e reflexões do relatório da Conferência Nacional de Recursos Humanos de 1993²⁰, assim como no documento Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (NOB/RH/SUS)²¹, a política de formação de recursos Humanos para o SUS no Brasil constatou que o perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação.

Uma das estratégias para se enfrentar tal constatação foi a implantação de cursos de especialização na área de saúde para fortalecimento de políticas públicas tem sido uma prática habitualmente utilizada pelo Ministério da Saúde. Nesta mesma linha, os cursos de Especialização e Residência Multiprofissional em saúde²² foram concebidos para dar suporte teórico-prático aos profissionais já inseridos nas equipes e oferecer, em especial, aos recém-egressos, uma formação mais voltada às necessidades do SUS. Esses cursos foram viabilizados com recursos do Projeto Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS)²³.

O processo de aprendizagem na Residência Multiprofissional caracterizado pela formação por meio do trabalho nos serviços ocorre dentro de um contexto

²⁰ A 2ª CNRH (1993) enfatizou a necessidade de promover a organização do desenvolvimento, da formação e da gestão do trabalho, regulamentando tanto o ingresso no setor saúde por meio de concurso público, como também a elaboração do plano de cargos, carreira e salários e mostrou a existência de uma contradição na área de RHS, que, embora apontada como estratégica nos documentos de Saúde Pública, vinha sendo muito pouco valorizada. (FERREIRA; MOURA. 2006)

²¹ A 11ª CNS (2000) expressou a preocupação com a garantia do acesso, a qualidade dos serviços e a necessidade de humanização da atenção à saúde. Nesta, foram aprovados os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS) como política nacional de Gestão do Trabalho e Educação em saúde no SUS. Este documento recolocou a importância do trabalho na saúde, a necessidade da valorização e formação dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor Saúde (MACHADO, 2009).

²² Segundo a Resolução CNRMS nº 02, 13 de abril de 2012, caracteriza-se como Residência Multiprofissional em Saúde o programa que for constituído por, no mínimo, 03 (três) profissões da saúde. Segundo a Resolução 287/98 do Conselho Nacional de Saúde, são consideradas áreas da saúde: Biologia, Biomedicina. Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. No caso da Residência Multiprofissional tanto residentes como preceptores são profissionais não médicos, pois, no Brasil, existe as Residências Médicas com formação separado e regulamento próprio.

²³ O REFORSUS foi uma iniciativa do Ministério da Saúde com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Banco Mundial, que tem como objetivos promover a qualidade da assistência, dos insumos e da gestão da rede de serviços de saúde, reduzindo custos e utilizando forma mais eficaz os recursos públicos. (Ministério da saúde. Projeto REFORSUS).

complexo de interações e relações entre preceptores²⁴, residentes, coordenadores, tutores e demais profissionais de diferentes áreas do conhecimento, usuários dos serviços e instituições. Por se tratar de uma especialização com ênfase na prática, consideramos que o preceptor exerce um papel estratégico e fundamental na formação dos profissionais residentes. Suas concepções teórico-metodológicas e posicionamento político-ideológico a respeito do processo ensino-aprendizagem influenciarão o seu papel neste processo e refletirá nessa formação em saúde.

2.3.

Residência Multiprofissional em Saúde: afinal do que se trata?

A) Um percurso na história da Residência Médica: discussões que contribuem para nossa reflexão.

A Residência Multiprofissional em saúde também possui inspiração nas Residências médicas que foram as primeiras modalidades de formação em nível de pós-graduação através do trabalho em unidades de saúde. Nesse sentido

²⁴ De acordo com a Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, o **tutor** é o profissional com formação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. Sua função caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes. Existem dois tipos de tutorias a serem exercidas nos programas de residência, preferencialmente: **1)** Tutoria de núcleo: corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e residentes. **2)** Tutoria de campo: corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes, no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa. Os **docentes** são profissionais vinculados às instituições formadoras e executoras que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no Projeto Pedagógico do Curso. **Preceptor** é o profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista. Sua função caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa. Já diferentemente do tutor e do docente, o preceptor deverá, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática. Entretanto, a supervisão de preceptor de mesma área profissional não se aplica a programas, áreas de concentração ou estágios voltados às atividades que podem ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde habilitados na área de atuação específica, como por exemplo: gestão, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, ambiental ou sanitária, entre outras. Interessante salientar que nos documentos oficiais não há definição de quem é o residente multiprofissional e saúde, portanto, explicitamos que estes são profissionais formados em áreas de saúde não médicas que se inserem nos programas de residência como discentes do curso.

faremos uma breve apreensão das principais discussões feita sobre a Residência por alguns autores que discutiram Residência médica.

Segundo Botti (2009), a história da residência médica iniciou em Baltimore, EUA, no Hospital Johns Hopkins, na década de 1890. Seus pioneiros foram William Stewart Halsted (que criou a residência em cirurgia) e William Osler (que criou em medicina interna). Ambos defendiam que o aprendizado médico deve ser construído por meio da prática clínica. Originalmente, os médicos residiam no prédio da administração do Hospital, tinham dedicação integral ao serviço, e o tempo de residência não tinha prazo para conclusão.

Em 1910, o estudo sobre as escolas médicas norte-americanas que veio a ser conhecido como Relatório Flexner²⁵ consagrou a Johns Hopkins como modelo ideal de ensino. Escrito no momento de ascensão das formas de produção fordistas-taylorista, promoveu a divisão do conhecimento médico geral em especialidades e a fragmentação da prática em tarefas específicas, enfatizando o conhecimento gerado em laboratórios em detrimento das habilidades desenvolvidas com as vivências clínicas. (Botti, 2009).

A “Americam Medical Association”, baseada no Relatório Flexner, publicou um documento para a padronização das escolas médicas, que começaram a ministrar um curso com quatro anos de duração, sendo os dois primeiros anos de estudo das ciências básicas; o terceiro, de teoria clínica; e o último, de prática em enfermaria. O recém-graduado passaria, então, por um determinado tempo de internato para treinamento em uma especialidade, com a função de suplementação da graduação. Influenciada por todos esses acontecimentos e

²⁵O relatório de 1910 sobre a Educação Médica nos Estados Unidos e no Canadá, elaborado por Abraham Flexner (1866-1959) para a Fundação Carnegie, é considerado por estudiosos como a mais influente e mais citada referência sobre o tema. Subsequentemente à sua publicação, as informações reunidas por Flexner sobre as 155 escolas médicas que visitou na América do Norte (em 180 dias, no ano de 1909) fortaleceram mudanças na formação médica e a medicina mundial. Levou à consolidação de um modelo Biomédico na saúde. Na avaliação das escolas de medicina visitadas por Flexner, de acordo com suas conclusões, apenas 31 ofereciam treinamento adequado a futuros médicos, com destaque para a modelar Escola de Medicina da Universidade Johns Hopkins. A exigência de fazer para aprender vinha em consequência da visão expressa por Flexner sobre o recentemente adquirido caráter experimental da medicina. Como decorrência, a utilização de experimentos bem planejados para a solução de problemas da prática médica passava a se mostrar necessária. Nos 12 anos posteriores à publicação do Relatório, o número de escolas de medicina nos Estados Unidos caiu de 131 para 81. O número de escolas médicas homeopáticas diminuiu de 20 para 4 entre 1910 e 1920. Muitas se converteram ao modelo biomédico. Atualmente, o modelo de ensino da medicina praticado nas universidades brasileiras é flexneriano, também chamado de modelo tradicional. O grande embate atual é a reformulação do currículo para um modelo focado na integralidade (BOTTI, 2009).

para dar caráter mais formal a esse tipo de internato/especialização, a Associação Médica Americana percebeu a eficiência desse treinamento e, em 1927, foram credenciados os primeiros programas denominados residência médica (início do uso desse termo) (Botti, 2009).

Esse movimento tornou-se mais forte até que, em 1933, a residência médica tornou-se obrigatória para o exercício da profissão em território americano, transformando gradualmente o ensino e a prática médica norte-americana no que hoje é denominado modelo biomédico de atenção à saúde. A formação em residência desenvolvida em especialidade médica difundiu-se com o modelo biomédico, por toda América do Norte até a Segunda Grande Guerra e, após a Guerra, pela América Latina e pelo resto do mundo.

No Brasil, houve uma reestruturação geral do ensino médico, que resultou na implantação dos programas de residência quase simultaneamente no Rio de Janeiro em São Paulo. O primeiro programa oficial de residência médica aconteceu no Departamento de Ortopedia da Universidade de São Paulo (USP), em 1944, seguido por um programa de residência no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, em 1948. Nesse hospital, médicos que fizeram estágio no exterior trouxeram o modelo dos hospitais americanos e criaram a primeira turma de residência médica, com oito residentes nas áreas básicas (Botti, 2009).

O fato de os residentes serem profissionais formados e essa modalidade de ensino ser uma atividade prática, associado, no passado, à não-legalização dos Programas e, principalmente, ao não-fornecimento do título com reconhecimento acadêmico, acarretaram o surgimento de críticas relacionadas à exploração da força de trabalho do residente. Godoy (1967) já alertava para o fato de que, se o Programa de Residência não fosse planejado e orientado com objetivos bem definidos, havia o risco de que esses programas se tornassem mecanismos de exploração do trabalho profissional.

Porto (1962) ressalta que existem inúmeras vantagens para o empregador na formação realizada através do ensino em serviço na modalidade Residência. Entre elas, está a redução dos gastos com o corpo médico (o médico-residente serve de mão-de-obra) e a renovação anual com novos residentes, os quais trariam consigo o estímulo que revigoraria o serviço, porque o novo aluno vem munido de novas ideias e com desejo de aprender e de trabalhar.

No Brasil, nas décadas de 1960 e 1970, com o aumento tanto do número de escolas médicas como de hospitais, multiplicaram-se também os programas de residência médica. Em 1977, após continuada mobilização dos médicos residentes, o Decreto nº 80.281 regulamentou a residência médica como curso de especialização com um ano de duração e criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Os médicos-residentes, insatisfeitos com as condições oferecidas nos Programas de Residência Médica, uniram-se em um movimento por melhores condições de trabalho e ensino, o que culminou com a aprovação da Lei nº 6932, de 7 de junho de 1981. Ela estabeleceu, entre outras resoluções, a proibição de utilizar a terminologia Residência Médica em treinamentos que não fossem aprovados pela CNRM, e que todos os programas de Residência Médica deveriam fornecer título de especialista. A residência médica brasileira ganhou contornos definitivos, com duração de pelo menos dois anos (Botti, 2009).

A legislação de 1981 reformulou a residência médica, dando-lhe a estrutura atual. A definição do instituto, todavia, permaneceu a mesma, exceto pela dedicação exclusiva, que foi retirada. Esta lei, contudo, determina a duração de uma carga horária semana de 60 horas e estabelece um mínimo de 10% e um máximo de 20% da carga horária dedicada a atividades teórico-práticas. Posteriormente a estas regulamentações, residentes ainda tentaram obter o reconhecimento de direitos trabalhistas. A jurisprudência brasileira, contudo, posicionou-se de maneira clara quanto às atividades da médica ou do médico residente não constituírem relação de trabalho. A residência médica é considerada uma forma de estágio de alto nível, sujeito a regime rigoroso compensado com uma ajuda de custo, como são as bolsas de estudo estrangeiras, o que descaracteriza a relação de emprego (Brasília, 1986).

Segundo Feuerwerker (2002) a capitalização da saúde teve importantes conseqüências sobre a organização da prática médica. O primeiro momento de crescimento importante do setor privado em saúde deu-se inicialmente através da compra de serviços pelo INAMPS. Nesse primeiro período, existiu também um estímulo à atividade médica especializada, através de sua remuneração diferenciada e de seu privilegiamento dentro da atividade assistencial. Apesar de menos significativa do ponto de vista quantitativo, também houve uma ampliação da rede própria do Estado, com conseqüente aumento da oferta de empregos

médicos também no setor público. Os dois movimentos, portanto, colocaram o assalariamento médico como modalidade crescente de inserção no mercado de trabalho.

Entre os anos 1970 e o início dos 1990, houve novamente dois tipos de movimentos na organização do setor saúde. Primeiro, a implantação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) através de um processo paulatino de descentralização de recursos e de ações iniciado a partir das Ações Integradas de Saúde (AIS). A introdução do novo sistema levou a uma expansão do setor público e os municípios, especialmente os de porte médio, passaram a ocupar lugar relevante na criação de postos de trabalho para os médicos e para outros profissionais da saúde (Médici, 1994).

Ao mesmo tempo, houve, principalmente nas regiões sul e sudeste, uma significativa expansão de sistemas de pré-pagamento, seguros-saúde e cooperativas médicas como alternativas para o acesso [individual ou coletivo] aos serviços de saúde. Na década de 1990, houve novamente uma significativa expansão da rede pública, especialmente municipal, e uma consolidação da posição conquistada pela esfera privada na década anterior (Machado, 1996).

Houve também um intenso movimento de fracionamento do trabalho Médico. Na esfera da atenção pública, houve um crescimento importante de serviços em todos os níveis, mas principalmente nos dois pólos extremos – da atenção básica e da atenção terciária. A compra de serviços de terceiros se faz essencialmente na área de recursos diagnósticos e da atenção especializada de nível secundário (as mais lucrativas) (Feuerwerker, 2002).

De acordo com a autora, no SUS, portanto, como houve essencialmente a reprodução do modelo hegemônico da organização do trabalho e da atenção à saúde, a ampliação da rede pública de serviços ocorreu, até a metade dos anos 1990, de acordo com a lógica imposta pela capitalização da saúde. Todos esses elementos tiveram repercussão importante no processo de formação, pois foram totalmente reproduzidos dentro dos hospitais-escola, que ainda são o principal cenário de prática dos estudantes durante seu processo de formação profissional.

Se os impactos dessa onda de desenvolvimento e produção de conhecimento sobre a prática médica foram tão intensos, não foram menores e nem mais controláveis suas repercussões sobre o processo de formação. Ao longo dos anos, multiplicaram-se os conteúdos especializados introduzidos durante a formação de graduação. Multiplicaram-se e fragmentaram-se tempos e disciplinas.

Se o mercado valoriza o trabalho dos especialistas, há uma tendência a orientar a formação para essa direção, cada vez mais procedimentos diagnósticos ocuparam lugar do exame físico e do contato direto com paciente no processo diagnóstico. O principal impacto da tendência à especialização sobre a graduação é a fragmentação dos conhecimentos e a perda de terminalidade da formação. Feuerwerker (2002) destaca, no entanto, que a influência conformadora do mercado tem sido muito mais marcante no terreno da pós-graduação, estimulando a especialização através da Residência Médica.

Mesmo depois da criação da CNRM e da regulamentação da residência(1979), como a demanda por mais vagas era um fenômeno real e os residentes cumpriam um papel importante na prestação de serviços houve um novo fenômeno de expansão de vagas.

O principal estudo sobre o processo de institucionalização da Residência Médica no Brasil considera que esta adquiriu papel fundamental como instrumento de prestação de serviços de saúde e que os residentes, como profissionais, passaram a ser atores fundamentais no mundo dos serviços de saúde (públicos e privados). Segundo Elias (1987) essa teria sido a tônica principal do processo de institucionalização da Residência Médica “no interior das Políticas de Saúde”.

A prestação de serviços teria assumido importância tão grande que comprometeria a caracterização da Residência Médica como processo educacional, já que a lógica da organização dos estágios obedeceria muito mais às necessidades dos serviços do que às de aprendizagem. O autor considera também que, ao se articular às transformações ocorridas na prática médica e no mercado de trabalho, a Residência Médica passou a interessar a outros setores sociais que não os médicos. Caracteriza o momento de sua regulamentação como o marco inicial do processo de apropriação do Estado em relação à

Residência e aponta a existência de um consenso, no interior do aparelho estatal, na definição da Residência como projeto educacional (a partir do qual buscava-se articulá-la às políticas de saúde).

Na operacionalização da regulamentação, no entanto, haveria algumas divergências, que teriam levado, por exemplo, ao abrandamento das relações da Residência Médica com a pós-graduação. De acordo com Feuerwerker (1998) o exame das estratégias de mudança da educação médica e das políticas oficiais nessa área revela que a Residência Médica não chegou a ser alvo das preocupações desses setores.

Nem tampouco chegou a ser objeto de formulação dos responsáveis pelas políticas de saúde, apesar do papel relevante que os residentes têm na prestação dos serviços e da importância de se definir uma política para a formação dos recursos humanos da saúde. Nem mesmo governos e secretarias estaduais que investem recursos e têm poder real para definir políticas em relação à Residência Médica tomaram a iniciativa de utilizar esse poder e interferir no processo.

A Residência Médica no Brasil, portanto, apesar de institucionalizada, potencialmente sobre controle dos Ministérios da Educação e da Saúde e de outras autoridades dessas áreas, tem tido seus rumos hegemônicos definidos pelas instituições que mantêm os programas, pelo mercado de trabalho, em uma relação de interesses da corporação médica: médicos residentes, sociedades de especialistas e outras entidades. Segundo a autora, há várias evidências sobre isso desde a criação da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, que foi, de fato, o único momento em que o Estado interveio claramente no processo (Feuerwerker, 1998).

A composição da CNRM é marcada pela presença das organizações da corporação médica - o que também evidencia acordo, pois o governo tomou a si a tarefa de regulamentação, mas deixou sua concretização a cargo do plenário da Comissão, composta pelas principais entidades representativas da categoria. Aparentemente, portanto, apesar de institucionalizada, a Residência Médica não escapou do âmbito da categoria médica do ponto de vista de suas definições. O governo criou a instância para que as negociações entre os vários segmentos médicos ocorresse. O tipo de articulação que ocorre dentro da CNRM, em suas

relações com as diversas entidades de classe da categoria médica e com o Congresso Nacional é outro. Há uma articulação que tem viabilizado decisões curiosas como, por exemplo, a preservação do piso salarial nacional dos residentes. O tema Residência foi deixado tão exclusivamente ao sabor da categoria que o piso ainda persiste nesta conjuntura fortemente marcada pela desregulamentação (Feuerwerker, 1998).

A CNRM estabeleceu, no processo de regulamentação da Residência Médica, requisitos e condições mínimas para o processo pedagógico e de trabalho, reconheceu o residente como trabalhador (mas autônomo, sem reconhecimento do vínculo empregatício com a instituição que mantém o programa). Foi determinado um piso salarial, mas na forma de uma bolsa de estudos. Outros direitos trabalhistas, como férias, licença-maternidade, foram também assegurados ao longo do tempo.

Apesar de a Residência Médica ser regulamentada por uma Comissão abrigada no MEC e reconhecida formalmente como processo educacional, na prática, a maior parte das reivindicações trabalhistas dos residentes foi atendida. Essa é uma evidência de acordo e de interesses, pois o Estado garantiu os direitos dos residentes - ao contrário do que gostariam as instituições mantenedoras de programas - mas sem o reconhecimento completo da sua condição de trabalhadores (Lima, 2010).

Segundo Elias (1997) o estudo das concepções básicas em relação à Residência permitiu identificar duas correntes, denominadas de “pedagógica” e “trabalhista” e reconhecia que ambas apresentavam alguns elementos comuns. Apesar de poderem-se reconhecer na residência as dimensões educacional e a de trabalho, ela não se reduz ou esgota em nenhuma delas. Segundo o autor, ao tomar a Residência Médica como objeto de estudo, como sendo um projeto educacional, destinado à especialização do médico se acaba limitando as possibilidades de compreensão das questões postas pela Residência, advindas da complexidade que esta adquiriu a partir de sua integração às Políticas de Saúde.

Assim, a verdadeira característica, assumida pela residência, será dada pela interação dessas duas dimensões em situações institucionais concretas. O ponto de vista de que a residência é concomitantemente processo de ensino e

aprendizado e de trabalho é endossada por Lima (2010) que ao discutir a *“Residência Médica sob a óptica do direito do trabalho”* afirma que não há uma dicotomia necessária entre estudo e trabalho na residência. *“Pode-se, sim, pensar que o residente, mesmo sendo pós-graduando, exerce atividades laborais e, portanto, pode ter garantidos direitos trabalhistas”* (p. 191).

Segundo o referido autor, mesmo reconhecendo como atividade fim o ensino na residência, a própria regulamentação legal prevê, para o residente, alguns direitos semelhantes aos de trabalhador: limite de carga horária de atividades, repouso semanal e férias anuais, direitos decorrentes de seguro de acidente de trabalho e, para a residente gestante, licença por quatro meses. Além disso, na sua pós-graduação, o residente tem riscos e responsabilidades ocupacionais que não são de mero estudante, são riscos e responsabilidades próprios da profissão.

Mas não ficou muito claro o que seria compreender a Residência em sua dupla dimensão. A caracterização das correntes identificadas como “pedagógica” e “trabalhista” não dá exatamente conta da realidade. Como o Elias (1987) aponta, as concepções se interpenetravam e variavam de acordo com as situações concretas. Nesse trabalho, o autor não conseguiu formular claramente como a singularidade da Residência Médica poderia se traduzir do ponto de vista da política. A tradução dessa singularidade poderia ser o reconhecimento e valorização do papel do trabalho como instrumento fundamental do aprendizado na Residência Médica.

Concordados com Feuerwerker (1998) que na residência não existe contradição entre trabalho e aprendizado, nem subordinação de um processo ao outro. Um se faz dentro do outro, de maneira indissociável. O tratamento adequado à Residência Médica implicaria em reconhecer que ela é parte integrante e fundamental do processo de formação dos médicos, porém, intrinsecamente ligada à produção dos serviços de saúde. A Residência Médica estaria na interação (que é concreta e real) entre as políticas de educação e as políticas de saúde.

B) A Residência Multiprofissional em Saúde: histórico e percursos atuais.

É necessário fazer este resgate histórico, para entendermos os avanços de hoje e os retrocessos que ainda permeiam as residências multiprofissionais em saúde, bem como visualizar que a história das RMS tem uma caminhada fortemente influenciada por acontecimentos ligados ao contexto político que a envolve e o contexto do SUS.

O surgimento das RMS se deu nos anos 1970. Os primeiros programas de Residência surgiram em hospitais e seguiram este regime de internato (Ferreira, 2007). Nesta época havia basicamente as residências médicas e algumas experiências de residências em enfermagem (Ferreira, 2007). O primeiro programa de Residência (com exceção da Residência Médica) que se tem algum relato é da Residência em Enfermagem, vinculada ao Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo, no ano de 1961 (Brasil, 2009a). Outras Residências Uniprofissionais nessa época, como fisioterapia, nutrição, odontologia, farmácia, enfermagem e medicina ainda não tinham o foco no trabalho em equipe, tampouco perspectiva multiprofissional e integral.

Em 1976 foi criada pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, na Unidade Sanitária denominada São José do Murialdo, a primeira Residência em Medicina Comunitária do Brasil (Campos, 2006), na contramão da formação uniprofissional tradicional e voltada para atenção hospitalar. A proposta inicial desta nova modalidade de formação era preparar médicos *“com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública, com perfil humanista e crítico, com competência para uma boa resolubilidade das necessidades de saúde da comunidade”* (Campos, 2006, p. 5.). No ano de 1978, esta Residência tornou-se multiprofissional.

A Residência do Centro de Saúde Murialdo tem muita importância para o cenário nacional pelo pioneirismo de integração interdisciplinar e trabalho em equipe, voltado à população na rede básica de saúde para além da assistência centrada no médico e no corpo biológico (Ferreira, 2007). Essa experiência no Rio Grande do Sul foi incorporada em Pernambuco e no Rio de Janeiro, em uma estrutura de saúde qualificada e de base municipal (Rosa & Lopes, 2009, 2010).

A Residência do Centro de Saúde Murialdo se baseava em experiências vindas de outros países e de conferências internacionais, bem como da forte influência do movimento da Reforma Sanitária brasileira (Uebel, Rocha, Mello, 2003).

No Rio de Janeiro, em 1977, existia uma outra formação de equipe multiprofissional, chamada de Treinamento Avançado em Serviço (TAS), com a gestão da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ) que também buscava integrar as diversas profissões da saúde (Brasil, 2009a). Pode-se perceber que a criação das primeiras RMS tem muito a ver com as características do contexto, principalmente com as questões que estavam sendo discutidas na área da saúde, como a revisão dos modos de trabalhar em equipe e na comunidade, a afirmação da concepção ampliada dos processos saúde-doença e superação da biologização do conhecimento, as relações do modelo de produção da sociedade com a saúde da população, a formação universitária e a constituição do campo da Saúde Coletiva.

Segundo Pasini (2010, p. 50),

Os anos 80 são, sem dúvida, muito especiais na história da saúde no Brasil e da universalização das políticas sociais. Contudo, ao mesmo tempo, havia um assujeitamento à agenda internacional, comandada pelo Banco Mundial, que ainda era bastante forte.

Nos anos 1980 acontece uma quebra neste processo inovador das RMS. De acordo com Uebel, Rocha e Mello (2003), após a regulamentação nacional da residência médica do Centro de Saúde Murialdo, em 1983, o tempo de duração e a remuneração passaram a diferir entre os médicos e os demais trabalhadores da saúde.

Sugundo Silva et AL (2007, p. 52), *“isso ocorreu porque, uma vez regulamentada, a profissão médica tinha garantido por lei seu reajuste salarial – o que não acontecia com as outras áreas, que tiveram suas bolsas congeladas”*. Levando em conta que o país vivia num período inflacionário, a bolsa dos residentes multiprofissionais desvalorizou, culminando no término da RMS e na permanência somente do programa de residência médica (Silva et al, 2007).

De acordo com Da Ros et al. (2006), com declínio do governo da ditadura militar associado com a necessidade da criação de outro modelo de atenção à saúde - que se configura com a proposta do Programa de Atenção Integral em Saúde/Ações Integradas em Saúde (PAIS/AIS) -, temos um crescimento no número de Residências em Saúde Comunitária. Contudo, em sua maioria eram exclusivamente médicas enquanto algumas poucas eram multiprofissionais.

Também em 1986, aconteceu a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. O tema da Conferência foi: a Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária. O evento incluiu na agenda do movimento sanitário a discussão sobre a política de gestão do trabalho e de formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde, visando já a implantação do SUS (Pasini, 2010). Sobre a formação de sujeitos para trabalharem no Sistema de Saúde e mais especificamente sobre a formação no modelo Residências, esta Conferência apontou que *“a extensão desta forma de especialização – a Residência – a outros profissionais deve ser utilizada sempre que suas características sejam adequadas à obtenção do produto final desejado”* (Ministério da Saúde, 1993, apud Pasini, 2010, p. 167).

As RMS, então ganharam fôlego novamente nos anos 1990. Na metade da década de 1990, alguns fóruns de participação social e que defendiam as bandeiras do SUS, passaram a criar outros programas de RMS, como é o caso do Programa de Residência em Saúde Mental, do Instituto Philippe Pinel, em 1994, o Programa de Residência em Saúde Coletiva, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1995 (Ramos et al, 2006).

No ano de 1999 o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde - MS, juntamente com diversos atores do Movimento da Reforma Sanitária, se articularam na forma de grupos interessados em criar, reavivar e reinventar residências em saúde da família em nível nacional (Campos, 2006). A proposta era criar um modelo de RMS,

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 o acolhimento (Brasil, 2006, p. 6).

Os anos 2000 é marcada pelas legislações que regulamentam as RMS e que apresentam um desenho regulatório em âmbito nacional. O Ministério da Saúde (MS) vem apoiando Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) desde 2002 com o estabelecimento de financiamento regular para os Programas de Residências Multiprofissionais de Saúde no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde, o investimento na sua potencialidade pedagógica e política, tem por objetivo possibilitar tanto a formação de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho técnico-assistencial do SUS, demonstrando, dessa forma, a centralidade da formação para o trabalho em saúde que, no caso das residências, se torna um espaço privilegiado por se tratar de uma formação no e pelo trabalho (Brasil, 2006).

As RMS são programas de pós-graduação em modalidade lato-sensu e possuem uma carga horária superior a 5.000 horas de formação prática e teórica, durante a qual o residente se insere nos serviços do SUS por um período de dois anos, com a orientação de trabalhadores mais experientes desses espaços, além da inserção da pesquisa em saúde. É importante dizer que a palavra RMS enfatiza que cabe à Residência estabelecer a integração dos Programas de diferentes ênfases, assim como entre trabalho e educação, entre diferentes profissões (campo e núcleo de saberes e práticas profissionais em articulação permanente), entre ensino-serviço-gestão do SUS, e também entre os campos das ciências biológicas, humanas e sociais (Silva et al, 2007).

Somente em 2002 que o Ministério da Saúde começou a financiar 19 programas de RMS (Lobato, 2010). Mais tarde, no desejo de criar uma política de valorização do trabalhador do SUS e de cumprir o Art. 200 da Constituição Federal, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) (Brasil, 2009). Assim, o Departamento de Gestão da Educação, em 2003, começa 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, em 2003 (Brasil, 2009).

Sendo assim, reinventa-se a Residência Multiprofissional em Saúde como uma possibilidade de *“espaço de (trans)formação para trabalhadores da saúde (inseridos na interseção ensino serviço)articulado como dispositivo da educação permanente”* (Ramos et al., 2006, p.378). Em seus princípios norteadores, a RMS aborda a Educação Permanente em Saúde como eixo pedagógico

estruturante dos programas e considera este um espaço para o desenvolvimento de processo de educação permanente em saúde, dispositivo potencial para promover mudança dos modelos de gestão e atenção do SUS (Brasil, 2006).

A RMS constitui-se como uma modalidade de formação pós-graduada (*lato sensu*), que se realiza pela práxis profissional responsável por propor processos formativos enraizados na humanização, na participação do usuário, na ação multiprofissional, integral e na resolutividade nos serviços de saúde, visando consolidar os princípios que norteiam o SUS (Lobato, 2010).

Residência multiprofissional pode ser compreendida como dispositivo de educação permanente, com o objetivo de transformação das práticas profissionais em saúde, com a articulação cotidiana entre ensino e serviço, com base nos princípios da integralidade do cuidado, conduzido por ações interdisciplinares. Consiste em um curso de pós-graduação que se materializa por meio do exercício profissional supervisionado. Entende-se que o programa de Residência Multiprofissional deve oferecer aos profissionais em formação a oportunidade de desenvolver seus saberes de núcleo e campo. O núcleo se refere ao conhecimento específico da categoria profissional e o campo trata dos saberes comuns a serem construídos e compartilhados.

As possibilidades de materialização de uma formação multiprofissional devem ser expressas pelos Projetos político-pedagógicos dos programas, com o objetivo de formar sujeitos capazes de compreender os desafios colocados pelo SUS e intervir diante destas questões com autonomia.

No cenário nacional, Bravo e Menezes (2011) relatam que o MS no primeiro mandato do Partido dos Trabalhadores sinalizou como um dos desafios a efetivação da agenda da Reforma Sanitária, e, no entanto o que se via ainda era a presença de dois projetos distintos: Reforma Sanitária e Privatista.

De acordo com Dallegrave e Kruse (2009), no ano de 2004 o MS apresentou o panorama da educação em serviço no país e dessa forma também assumiu seu papel como responsável por essa modalidade de formação. Por fim, esse documento escrito pelo MS ainda aponta, dentre outras coisas, “o desaparecimento da organização privativa da profissão médica para a especialização profissional realizada em serviço” (Brasil, 2004, p.5).

Contudo, não foram tranqüilas as tentativas de incluir as RMS na legislação, mesmo com a organização e articulação de diversas entidades da área da saúde. Havia ainda inúmeras resistências em alguns setores governamentais, principalmente nos setores representativos das corporações médicas (Pasini, 2010). Somente em 2005 as RMS ganham espaço na legislação nacional e é instituída a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que estabelece a criação da Residência em Área Profissional da Saúde, excetuada a área médica. Porém, é a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117 de novembro de 2005 que institui a Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2006). Estimulou, dessa forma, vários grupos a se articularem, em diversas regiões do país, para construir novos programas de residência multiprofissional em saúde (Brasil, 2006).

A partir daí oficialmente este modelo de formação profissional se incorpora às políticas públicas de saúde, direcionadas à formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) do país, na perspectiva de modificar e qualificar o processo de trabalho, ampliar o atendimento à população e aumentar a resolutividade deste atendimento. Enfim, considerando o SUS, efetivamente, como condutor para formação de profissionais na área de saúde.

No mesmo ano ocorre, o I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - SNRMS, com a participação dos diferentes atores que compõem o cotidiano das RMS, como preceptores, tutores, residentes e Controle Social. Neste espaço, as principais discussões que emergiram dos debates foram com relação às estratégias para construção da integralidade na formação, a construção de diretrizes nacionais para as RMS e a composição da CNRMS (Campos, 2006).

Faz-se importante trazer que no ano de 2006 o movimento de residentes propôs um projeto ao Ministério da Saúde, intitulado “*Projeto de articulação e produção de debates sobre a Formação Profissional em Saúde: Residências Multiprofissionais em Saúde*”, e essa parceria promoveu três seminários regionais (Sul/Sudeste, Centro-Oeste/ Norte e Nordeste) e o II “Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde” (Ramos et al, 2006, p. 384). O II Seminário Nacional de Residência Multiprofissional, que foi potencializado pela organização de seminários regionais, ocorreu durante o 8º Congresso da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva -

ABRASCO, 27 quando ficou definida a composição e as atribuições da CNRMS (que viria a ser regulamentada pela portaria 45 de 2007).

Segundo Abid (2012), A instituição das Residências em Saúde enfrentou muitos obstáculos pelas tensões corporativas, burocráticas e políticas que marcam a época. Mesmo depois de sancionada a Lei 11.129 de 2005, foram necessários dois anos de muitas mobilizações, inclusive por parte do Conselho Nacional de Saúde - CNS, para que a Portaria Interministerial nº 45 instituísse a CNRMS, assim conferindo mais legitimidade e permitindo a regulação de forma participativa das RMS.

A composição da CNRMS ficou da seguinte forma:

I - o Diretor do Departamento de Residências e Projetos Especiais da Saúde do Ministério da Educação, membro nato; II - o Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, membro nato; III - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; IV - um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS; V - um representante dos coordenadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde; VI - um representante dos preceptores ou tutores de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde; VII - dois representantes do Fórum Nacional de Residentes Multiprofissionais em Saúde; VIII - um representante do conjunto de entidades que integram o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde - FENTAS; IX - dois representantes das associações que integram o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde - FNEPAS; X - um representante do Fórum das Executivas de Estudantes de Cursos da Área da Saúde; e XI - um representante das instituições de ensino superior. (Brasil, 2007)

Além da composição da CNRMS, esta portaria traz consigo outros encaminhamentos importantes. Exemplo disto se verifica ao se colocar no texto que as Residências devem ter eixos como concepção ampliada de saúde, integração ensino-serviço-comunidade, integração com a Residência Médica e outros níveis de formação, e, principalmente, que as Residências sejam orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS. O financiamento, feito pela SGTES (MS) incluía o pagamento de bolsas para residentes, tutores, e preceptores.

Em 2008, ocorre a implantação de sistema informatizado e realiza-se uma convocação para amplo cadastramento dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde de todo o país, no período de julho a outubro de 2008. Na mesma ocasião, abriu-se um edital de convocação

para selecionar avaliadores de programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde (Brasil, 2009a). Ainda que as RMS tenham ganhado uma notoriedade maior e um arsenal de leis e portarias que as legitimavam agora nos âmbitos federal, estadual e municipal, os programas já existentes apresentavam dificuldades, principalmente nos processos de aprendizagem e na inserção do residente no serviço (Campos, 2006).

De outra parte, nos dois primeiros anos de funcionamento da CNRMS, de acordo com a *“Carta em defesa das Residências em Saúde”* mesmo com as dificuldades operacionais, por parte do MS e do MEC, havia também espaços para diálogo com os movimentos sociais e profissionais da área da saúde por meio de Seminários e Fóruns Nacionais.

No ano de 2009 MEC e MS deixam de convocar as reuniões do pleno da CNRMS. Assim, diversas negociações públicas ficaram suspensas o que ampliou as dúvidas em relação a regulamentação, credenciamento e financiamento de atuais e novos programas. Contudo o acontecimento que surpreendeu o Fórum nacional dos residentes, Fóruns de Coordenadores e de Preceptores e Tutores e o CNS, foi a portaria Interministerial 1.077 de 12 de novembro de 2009 (Brasil, 2009b): *“sem qualquer debate público, MEC e MS revogaram a Portaria nº 45, substituindo-a pela Portaria Interministerial nº 1.077 de 2009, que altera a composição e a dinâmica da CNRMS”* (FNRS, 2010).

Na portaria a nova composição da Comissão deu mais poder e cadeiras para os Ministérios da Saúde e da Educação. Também obrigou as entidades a enviarem lista tríplice para que os membros natos (não indicados por entidades) escolhessem quem deveria ser o representante daquela entidade na CNRMS, acabando com a autonomia das mesmas na escolha de seus representantes. Além disso, foi excluído o segmento dos estudantes de Cursos da Área da Saúde, os Fóruns de residentes, de coordenadores, de preceptores e tutores e foi inserida a representação dos conselhos profissionais.

Quanto à dinâmica, essa portaria institui o regime presidencialista na CNRMS, contrariando o modelo de organização estabelecido na portaria anterior, onde havia um colegiado gestor ao invés de uma organização hierárquica. A partir da leitura dos Fóruns, a Portaria nº 45 foi *“construída e pactuada amplamente com todos os setores, movimentos sociais, governo e*

instituições formadoras” (Pasini, 2010, p. 68). A nova Portaria acaba colocando em cheque as discussões promovidas durante os três seminários nacionais e os demais encontros regionais e estaduais de Residências em Saúde.

Abaixo composição da CNRNS publicada em 2009:

I - o Diretor do Departamento de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde do Ministério da Educação, membro nato e seu Presidente; II - o Coordenador Geral de Residências em Saúde do Ministério da Educação, membro nato; III - o Coordenador Geral de Hospitais Universitários Federais do Ministério da Educação, membro nato; IV - o Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, membro nato e seu Vice-Presidente; V - o Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde do Ministério da Saúde, membro nato; VI - dois representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; VII - dois representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS; VIII - dois representantes das Instituições de Ensino Superior, que desenvolvam Programas de Residência Multiprofissional ou Residência em Área Profissional da Saúde; IX - dois representantes dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residências em Área Profissional da Saúde; 37 X - dois representantes dos Residentes de Residências Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde; XI - um representante das Associações de Ensino das profissões da saúde, referidas no Artigo primeiro, Parágrafo único; XII - um representante dos Conselhos Profissionais das profissões da saúde referidas no Artigo primeiro, Parágrafo único; XIII - um representante das entidades sindicais nacionais representativas de trabalhadores da área da saúde, no âmbito das profissões da saúde. (Brasil, 2009b)

Em 2009, o MEC mostra claramente o interesse em fomentar essa modalidade de formação no contexto hospitalar²⁶. Quando o III Fórum de Dirigentes dos Hospitais Universitários Federais discutiu sobre a implementação de Programas de RMS, a seguir, em 2012, o MEC financia 800 bolsas para

²⁶Interessante notar que nesta conjuntura que foi criada a EBSEH sendouma forma de privatização dos Hospitais Universitários (HUs) Federais do país no qual o Governo Federal permite que sejam entregue a sua gestão, abrindo espaço para o avanço do capital e da lógica do lucro sobre esse segmento da saúde pública brasileira. Em 31 de dezembro de 2010, o então presidente Lula e o ministro da Educação Fernando Haddad assinaram uma Medida Provisória (MP 520) que autorizava o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A - EBSEH. A medida tinha como justificativa resolver os inúmeros problemas dos hospitais universitários, sobretudo no que se refere aos diversos vínculos de trabalhadores existentes, muitas vezes precários, contratados pelas fundações de apoio das universidades. Em dezembro de 2011 a presidenta Dilma assinou a lei 12.550/2011 que autoriza o poder executivo a criar a EBSEH, contrariando a decisão da 14ª Conferência Nacional de Saúde que se posicionou contra a mesma. De acordo com o Decreto nº 7.661/2011, dentre as competências da EBSEH está o de: apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa, em especial na implementação de residência médica ou multiprofissional e em área profissional da saúde, nas especialidades e regiões estratégicas para o SUS. No Regimento Interno da EBSEH aprovado em 2016 afirma que o Conselho Consultivo da empresa é constituído também por um representante dos residentes em saúde dos hospitais universitários federais, indicado pelo conjunto de entidades representativas.

Residentes do primeiro no ano de Residência, com o objetivo de estimular a interdisciplinariedade por meio das Residências nos HU (Brasil, 2009c).

Por outro lado, também se nota a diminuição na oferta de bolsas para programas na Atenção Básica, por exemplo. Deste modo, o MEC mostra interesse em credenciar apenas programas ligados às universidades e com prioridade para a área hospitalar em detrimento das demais ênfases. Embora se considere que a RMS no ambiente hospitalar é de vital importância para a mudança nos modos de organizar o trabalho, constata-se um aumento de residências hospitalares na mesma medida em que houve diminuição nos programas de RMS na Atenção Básica, na Saúde Mental Coletiva, entre outras. (Abib, 2012).

A Portaria Interministerial Nº 1.320, de 11 de novembro de 2010, que dispôs sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Essa portaria foi posteriormente alterada pela Portaria Interministerial Nº 1.224, de 3 de outubro de 2012, que dispôs alterações principalmente no que tange à presidência da Comissão Nacional e à coordenação dos programas de residência. Atualmente são atribuições dessa Comissão: 1) Dispor sobre o processo de regulação; 2) Avaliação e supervisão dos programas em todo território nacional; 3) Estabelecer normas para os programas (duração, carga horária, currículo mínimo, dentre outros); 4) Constituir banco de avaliadores para visita in loco dos programas; 5) Garantir a certificação dos residentes; 6) Propor e adotar medidas, objetivando o diálogo entre a Residência em Área Profissional da Saúde e a graduação e outras formas de pós-graduação; 7) Propor políticas educacionais para a Residência e articular-se com outras Instituições para fins de aprimoramento dos programas e possuir as Câmaras Técnicas para fins de assessoramento nos processos de autorização, credenciamento e renovação de credenciamento dos programas.

Em 2011 retorna os seminários/encontros/congressos estaduais e regionais sobre as Residências em Saúde, impulsionados pelos Fóruns como forma de articulação e formação dos residentes, preceptores, gestores, tutores e coordenadores para o IV Seminário Nacional de Residências. A Rede Unida também passa a incorporar as Residências como componente programático nos seus fóruns regional e nacional.

A comissão organizadora do IV Seminário Nacional de Residências construída em 2010 em meio a muitas disputas e tensionamentos envolvendo de um lado o CNS e os Fóruns de Residentes, de Coordenadores e de Preceptores e Tutores e do outro lado a CNRMS e setores do MEC e MS, começou seus trabalhos em 2011 e conseguiu realizar o evento, esperado e reivindicado desde 2009. A composição e o funcionamento da CNRMS também foi tema muito presente nas discussões do evento.

Além da composição e do funcionamento da atual CNRMS, outro tema polêmico levantado durante os espaços no IV Seminário foi sobre a vinculação (ou a não) compulsória e obrigatória das RMS junto a Instituições de Ensino Superior (IES). As pessoas contrárias a esta normatização alegaram que este seria um processo abrupto de academicização das Residências, tirando do SUS o papel de formador de recursos humanos e de propositor de políticas de Educação Permanente, enquanto que os defensores alegavam que era preciso aproximar mais as IES com os serviços públicos de saúde (Abib, 2012).

Também foram pautados temas como: dedicação exclusiva na RMS, carga horária feita pelos residentes, quais categorias profissionais podem se inserir nas Residências em Saúde, formas de financiamento (não se restringindo só ao pagamento de bolsas), certificação como Residência e não como especialização lato-sensu, residente como “mão de obra barata” dentro do serviço e/ou da universidade, descentralização do acompanhamento dos programas (no caso se falou sobre a criação de Comissões Estaduais de Residências), a não necessidade de titulação acadêmica (mestrado e doutorado) para o exercício da preceptoria e tutoria (Abib, 2012).

Após o IV Seminário de Residência Multiprofissional em Saúde, realizado em setembro de 2011, acordou-se que o processo de escolha dos representantes Coordenadores de Programa, Residentes, Tutores e Preceptores de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde seriam realizada por eleição para o próximo colegiado. Em agosto de 2012, iniciou-se processo de renovação do colegiado da CNRMS.

Após a definição dos membros titulares e suplentes das entidades natas (Conselhos Profissionais e Associações de Ensino da área da saúde e com as

Entidades Sindicais Nacionais representativas de trabalhadores da área da saúde, CONASS, CONASEMS, Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior – ANDIFES e Associação Brasileira dos Reitores das Universidades Estaduais e Municipais – ABRUEM), em comunicado de maio de 2013, a Coordenação-Geral de Residências em Saúde do Ministério da Educação informava que processo de eleição direta se encontrava em tramitação para adequação da legislação pertinente e que para a realização da eleição de Residentes, Tutores, Coordenadores de Programa e Preceptores fazia-se necessária a publicação da alteração da Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009.

Ainda no III Encontro Nacional de Residências, ocorrido em Fortaleza, dentre os problemas discutidos nos fóruns (de preceptores, tutores, residentes e coordenadores) se priorizou o debate e luta pela revogação da portaria 1.077/10, principalmente no que tange a composição da CNRMS. Demarcando a necessidade da criação de uma Política Nacional de Residências integradora, construída de maneira democrática e participativa por todos sujeitos que constroem as residências, articulada com a política de Educação Permanente (Carta de Fortaleza, 2013). Ainda No Encontro Nacional de Residências de 2014 se pautou a luta “pelo reconhecimento dos fóruns como instâncias legítimas para indicação das vagas de representante dos residentes, preceptores, tutores e coordenadores na CNRMS” (Carta de Recife, 2014).

Somente em abril de 2014 a publicação da Portaria Conjunta da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e da Secretaria de Gestão da Educação para o Trabalho do Ministério da Saúde, nº 34, de 9, de abril de 2014, sobre a nomeação de membros não natos da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. A referida nomeação realizou-se em consonância com os ditames da Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009 sobre os seguimentos de representação.

Ainda está em curso alteração desta Portaria Interministerial na qual será incluído o seguimento de Tutores/preceptores de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional, com duas representações. Em 2015, no Encontro Nacional de Residências em Florianópolis também foi reforçado a defesa da indicação dos representantes, CNRMS e demais espaços

deliberativos, pelos seus respectivos fóruns segmentares (Carta Florianópolis, 2015).

No VI Encontro Nacional de Residências realizado em Curitiba em 2016, percebe-se que ainda se reafirma a necessidade da representação democrática para a construção da Política nacional de Residências.

Reiteramos os encaminhamentos da Carta de Florianópolis e anteriores para a efetivação da construção coletiva e democrática nos processos decisórios relacionados às Residências em Saúde, por meio da organização dos diferentes atores em seus respectivos fóruns loco-regionais e nacionais. Se faz necessário que os programas e instituições envolvidas com a Residência reconheçam a legitimidade do ENRS como espaço deliberativo e de articulação dos segmentos em seus respectivos fóruns. Reafirmamos a legitimidade dos Fóruns Nacionais na indicação de seus representantes para a CNRMS e demais espaços deliberativos, sendo atribuição irrestrita de cada um dos fóruns. Entendemos que o respeito às decisões tomadas no ENRS é um princípio básico da democracia participativa defendida por este coletivo. Ainda, é necessário a legitimação do processo de eleição dos/das representantes residentes da CNRMS a partir da eleição construída coletivamente dentro do ENRS, garantindo em seu regimento interno 2 (dois) representantes titulares e 2 (dois) suplentes, sem a necessidade de diferenciação entre uni ou multiprofissional. Diante da conjuntura atual, reafirmamos a importância da manutenção dos espaços institucionais governamentais responsáveis pelas Residências em Saúde e reivindicamos a realização do V Seminário Nacional de Residências em Saúde, para construção da Política Nacional de Residências em Saúde. (Carta VI ENRS de Curitiba, 2016)

Num contexto de retomada dos trabalhos ordinários da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), a partir da publicação da Portaria nº 34, de 10/04/2014, da ampliação de Programas de Residência em Área Profissional da Saúde em todo Brasil, e da necessidade de organização do V Seminário Nacional das Residências em Área Profissional da Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional) existe ainda o desafio da representação nacional das RMS estabelecer uma maior vinculação e aproximação com as suas bases.

Em meio a tantos fatores, é imprescindível que possamos pensar que os desafios que o SUS e as RMS enfrentam não são poucos. Os projetos estão em constante disputa e tensionamento. Apesar de alguns avanços legislativos, as RMS têm repetido alguns problemas parecidos com os da graduação, como o pouco estímulo à interdisciplinaridade e ao trabalho multiprofissional, reproduzindo a lógica uniprofissional e do “procedimento-especializado”.

Os programas espalhados pelo país também apresentam discrepâncias na distribuição das 60 horas semanais, reforçando a precarização do trabalho e da formação do residente, que acaba por trabalhar mais do que as 44 horas previstas na legislação trabalhista. Percebe-se também que o residente acaba entrando no ciclo da má gestão do SUS e da precarização do mundo do trabalho da nossa sociedade, ao ficando expostos enquanto “força de trabalho” e “tapa buraco” nas Unidades de saúde.

De acordo com Abid (2012) persiste uma realidade e que contrasta inclusive com os pressupostos básicos da RMS, desde a criação do SUS, que são os residentes – financiados com dinheiro público para atuarem no serviço público - trabalhando para o setor privado ora para “completarem” a carga horária, ora para preencherem os “buracos” dos convênios.

Acreditamos que a RMS é uma estratégia importante para a Educação Permanente no SUS. Algumas das proposições históricas da Residência têm se efetivado de alguma forma no cenário brasileiro. Apesar do grande lobby do setor privado, a maior parte dos programas de Residência está inserida em serviços públicos de saúde. No entanto, não podemos afirmar se a concepção pedagógica desses programas está sendo orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, que é uma das principais proposições das Residências em Saúde.

Para o movimento dos residentes, o FNRS, é imprescindível que a concepção pedagógica dos programas não deixe a questão saúde despolitizada, focada somente nos núcleos profissionais e que também proporcione ao residente a vivência de co-gestão da Residência, como ator ativo na construção do processo de formação. É necessário que o termo “multiprofissional” não permaneça somente no papel, mas que seja uma realidade no cotidiano.

Segundo Abib (2012) os tensionamentos e disputas políticas no campo das RMS não se restringem à CNRMS. É preciso pleitear mais participação e democracia dentro dos próprios programas, que muitas vezes são impositivos nas suas deliberações e não incluem os residentes, os trabalhadores e menos ainda o Controle Social na sua gestão. Neste campo repleto de relações de poder e de disputas pela hegemonia é importante defender que as bandeiras históricas do Movimento Sanitário não se percam em meio a essas tensões e que a RMS se consolide cada vez mais como um espaço potente e criativo de

(trans)formação no trabalho em saúde e na gestão e não como mais um campo precarizado de trabalho e de constituição de sujeitos. Também para que não tenhamos mais campos precarizados de trabalho também devemos seguir atentos aos ataques contra o SUS, no qual somos atendidos, trabalhamos e nos formamos.

Hoje, as RMS encontram-se atreladas ao um contexto de grandes disputas, lutas políticas e sociais, que exigem que os sujeitos envolvidos assumam posição de protagonistas deste processo (Lobato, 2010). Além disso, que contribuam para a formação de sujeitos com a capacidade de compreender e significar, de modo ampliado, os desafios de implementação do SUS e as necessidades individuais e coletivas de uma determinada população com habilidades, conhecimentos e atitudes para a elaboração, execução e coordenação de intervenções produtoras de autonomia apropriados de uma pedagogia que os permitam ser sujeitos da construção de saberes de modo permanente (Ramos *et al.*, 2006, p.379).

Segundo o discurso oficial na modalidade de ensino em serviço, a RMS, constitui-se como uma das estratégias potenciais para repensar o processo de formação em saúde (Brasil, 2006). Busca-se proporcionar uma nova perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e diretrizes do SUS, promovendo além do contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, o desenvolvimento de mudanças de modelo tecnoassistencial em vista às necessidades regionais (Brasil, 2006).

No campo da saúde, a educação pelo trabalho é considerada uma possibilidade para o desenvolvimento de novos perfis profissionais que visem à integralidade da atenção, princípio que norteia o SUS (Ferla & Ceccim, 2003). Além disso, a presença permanente nos locais de *“produção de ações e o estabelecimento de estratégias de aprendizagem coletiva, em equipe multiprofissional, podem ser eficientes na formação dos trabalhadores para a integralidade”* (Lobato, 2010, p. 33).

Assim, a RMS afirmam ter como objetivo, a formação de profissionais para uma atuação diferenciada no SUS, constituída como estratégia de mudança da formação dos trabalhadores da saúde, com construção interdisciplinar, trabalho em equipe, educação permanente e, portanto, de reorientação das lógicas

assistenciais (Lobato, 2010). O que se agrega a esta nova modalidade de formação resultam em ações educativas centradas nas necessidades de saúde da população, na equipe multiprofissional e uma possibilidade de maior institucionalização da Reforma Sanitária Brasileira, que vem ao encontro do que preconiza os princípios do SUS.

Indagamos se na tentativa de efetivação do SUS, a indução de políticas de formação para a saúde com interferência direta no modelo educacional e atenção a saúde vai contribuir para o aprimoramento da educação em saúde na perspectiva da educação permanente ou se é uma estratégia de estruturar a rede de saúde através da oferta de um campo de trabalho precarizado para os profissionais de saúde.

Desde o final dos anos 2000, o Ministério da Saúde vem lançando editais objetivando a mudança da formação e do trabalho em saúde²⁷. Os programas se propõem a vislumbrar mudanças na formação, propondo a construção de um trabalho interdisciplinar e coletivo atento aos princípios e diretrizes do SUS e que qualifique as ações em saúde. Assim, abre espaço para a afirmação de um trabalho com potencial de envolvimento das treze categorias profissionais de saúde de nível superior Serviço Social, Enfermagem, Farmácia, Odontologia, Veterinária, Química, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Biologia, Biomedicina, Fonoaudiologia (conforme Resolução 287 de 8 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde).

Em relação às RMS suas características são: formação em serviço, supervisão direta por profissionais capacitados (preceptoria), supervisão acadêmica (tutoria), regime de dedicação exclusiva, cenários de formação e práticas em serviços da rede de atenção à saúde nos três níveis de complexidade. Nas Residências as atividades de formação têm por objetivo

²⁷ Seguindo a tendência de medidas de cortes do atual governo Temer, o Ministério da Educação (MEC) dirigiu o ofício em setembro de 2016 aos conselhos de residência informando que não ampliará o programa de bolsas para residência (residência médica e em área profissional da saúde – uniprofissional e multiprofissional) para 2017, em decorrência do corte orçamentário. No texto, diz que as bolsas existentes estão garantidas e que a progressão das bolsas de R1(residentes que estão no primeiro ano do curso) e para R2 (residentes do segundo ano) também não sofrerá alteração. (Ministério da Educação, 2016). Porém, consideramos que as RMS ainda são consideradas interessantes dentro do SUS pelo governo tendo em vista que o Ministério da Saúde anunciou em outubro de 2016 a expansão do financiamento de bolsas com mais 1 mil novas vagas de residência, sendo 400 de residência médica e 600 de residência em área profissional da saúde (ênfase nas residências multiprofissionais).

desenvolver habilidades e competências para profissionais atuarem em determinadas situações locais de saúde.

Verifica-se que na implementação deste programas o discurso oficial é de que busca-se a construção de uma nova consciência sanitária e pedagógica e na busca da formação do trabalho coletivo com base na interdisciplinaridade. Vale destacar que um forte componente dessa indução é o financiamento do MS para as instituições e secretarias estaduais de saúde contempladas, com fornecimento de bolsas para alunos, preceptores e tutores para o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisas e extensão na área da atenção primária em saúde. Mesmo antes dessas iniciativas, o MS reconhecia a necessidade de ampliar para além da medicina a formação na modalidade Residência.

Porém, a análise dessa proposta de estruturação e mudança do trabalho em saúde através do investimento nessa modalidade de ensino não pode se pautar apenas pelo discurso oficial e nesse sentido indagamos o porquê de ao invés do investimento na qualidade dos Serviços de saúde - para que assim o perfil de profissional possa se adequar ao processo de trabalho condizente com as propostas do SUS – a política de formação vem focando na expansão de vagas para especializações através do trabalho com carga horária elevada (exigindo-se dedicação exclusiva) e salário (bolsa) abaixo do piso normal de um profissional de saúde (apesar da bolsa das residências serem maiores que muitos salários pagos a profissionais de saúde tanto em algumas empresas privadas quanto em muitos concursos públicos, destaca-se que a carga horária do residente são 60 horas semanais).

Dessa forma, apesar dos esforços do movimento sanitário para uma formação em saúde articulada aos princípios do SUS, atual proposta de residência multiprofissional, em tempos neoliberais, pode fortalecer ainda mais a lógica do mercado nas políticas de saúde. Observamos a influencia neoliberal tanto na substituição de profissionais estáveis e vinculados aos serviços por força de trabalho mais barata, temporária e precarizada, quanto na tentativa de “interiorizar” e expandir ações de saúde no país sob a lógica de inserção de residentes em áreas com a atenção mal estruturada sem garantias de articulação de espaços e profissionais formadores para tutoria, supervisão e

docência o que compromete, além da qualidade da expansão desses serviços, a própria formação.

Tendo em vista que nessa estratégia de formação pelo trabalho o governo estabelece uma forma de contrato aviltante, temporário e precário. Exclui do trabalhador o direito a férias e licença remunerada além do 13º salário, FGTS, adicional de insalubridade e estabilidade. Obriga os bolsistas a pagarem o INSS como contribuinte individual, sem que haja contribuição patronal ao invés de instituir um plano de carreira para os profissionais da saúde o que conseqüentemente fortaleceria de fato o SUS.

Soma-se a este fato a precarização dos serviços de saúde em si submetendo os profissionais, já inseridos no trabalho no SUS, à dinâmica contrária aos princípios sanitários do sistema de saúde, tendo em vista, a fragmentação da seguridade social, a real precarização da implementações dos cursos de residência pelo país, a falta de integralidade dos serviços o que compromete a realização de um trabalho multiprofissional e intersetorial, agregado a estas questões está a crescente privatização dos equipamentos e da gestão do trabalho em saúde.

Santos (2012), defende que no caso brasileiro entre as particularidades da “questão social” está uma de um lado a superexploração do trabalho, de outro, uma passivização das lutas sociais que historicamente *foram* mantidas sob controle do Estado e das classes dominantes. Segundo a autora, a “flexibilização/precariade” do trabalho entre nós não pode ser creditada somente à crise recente do capitalismo, pois essas características fazem parte da nossa característica de exploração do trabalho.

A manutenção de um fluxo permanente de demissões e contratações, ou seja, de uma política de substituição dos trabalhadores, que, assim, não conseguem, na sua maioria, ultrapassar os anos iniciais da carreira além de reduzidos custos do passivo trabalhista, reduz também os custos de seleção. O atual quadro das políticas sociais aprofunda a precarização do padrão de proteção social — por meio da centralidade da assistência social focalista — e a “passivização” dos trabalhadores e movimentos sociais. É fato que se aumenta o grau de precarização e flexibilidade do trabalho aumenta, na mesma proporção, sua exploração. Sabe-se da funcionalidade que os processos de precarização e

contratação possuem como fonte de “barateamento” do valor trabalho e como sua utilização tem sido cada vez mais recorrente em diversos setores do mundo do trabalho, inclusive nos recursos humanos da saúde (Santos, 2012)

Além da precarização da Política de saúde e do trabalho no SUS, observa-se a dificuldade desses profissionais, inseridos como formadores, de apreender a perspectiva de saúde crítica da Reforma Sanitária e organizar o serviço no modelo multiprofissional e de participação social como demanda o SUS. Fazendo-nos indagar como seria para estes profissionais já formados e inseridos num modelo fragmentado serem responsáveis por formarem novos profissionais com perfil diferente através da colocação dos discentes nestes serviços cuja tendência é a crescente fragmentação das atividades e rotatividade de profissionais devido a privatização e flexibilização.

No artigo “*No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da Residência Multiprofissional em Saúde*”, Dallegrave (2009) discute as relações estabelecidas entre os diferentes atores envolvidos no processo de concepção e implementação das Residências multiprofissionais e em área da saúde, valendo-se da noção de “invenção cultural” para fundamentar o debate sobre o abalo provocado pelo emergente discurso pró-Residência multiprofissional. Segundo a autora, os grupos que falam a favor da proposta das Residências a configuraram como uma estratégia politicamente importante sob o tom da inovação da proposta, a articulação com poderosos discursos globalizados (meio ambiente, cidadania, solidariedade) ou que se coadunassem com o ideário da Reforma Sanitária (SUS, integralidade, trabalho em equipe). São discursos que, ao falarem das necessidades pedagógicas para formar o profissional acionam a questão da Reforma Universitária e dos serviços de saúde.

Ceccim (2009) enfatiza que a maneira multiprofissional de se formar especialistas em serviço é uma proposta amplamente defendida no âmbito do SUS, como tentativa de resposta à diretriz nacional de reestruturação das redes de serviços e cuidado e sob o prisma da integralidade. Além disto, a defesa da multiprofissionalidade vem agregada à noção de interdisciplinaridade, compreendendo tais formas de trabalho como construtoras do desejado trabalho em equipe, do cuidado não estritamente biológico e da incorporação dos conceitos de prevenção, proteção e promoção da saúde no cotidiano dos serviços.

Por fim, Ceccim (2009) corrobora a conclusão de Dallegrave (2009) quando se posiciona a favor da Residência como escolha pedagógica importante para a consolidação do SUS e acrescenta que tal modelo deve dialogar, permanentemente, com o controle social, a integralidade e o trabalho em equipe.

Feuerwerker (2009) na sua reflexão sobre as residências em saúde expõe um questionamento relevante ao tema: qual é a contribuição concreta desta modalidade de formação? Sobre isto, a autora afirma que a importância do trabalho vivo e das tecnologias leves para o trabalho em saúde justificam o interesse por esta modalidade de ensino-aprendizagem. A especialização pelo trabalho, segundo ela, pode contribuir para a inovação das práticas em saúde e tem como componente essencial o encontro entre as profissões, oportunidade rara nas graduações, habitualmente pensadas por categoria.

Prosseguindo seu raciocínio, Feuerwerker (2009) enfatiza a importância de que a Residência multiprofissional esteja legalmente garantida e normatizada, para que a formação não seja, em algum momento, capturada por interesses outros que não os do sistema público de saúde.

3

Resultados da pesquisa em campo e discussões

3.1.

Percurso Metodológico

A pesquisa com os profissionais se realizou através de entrevistas semi-estruturadas com preceptores e residentes no espaço do Instituto São Francisco de Assis (HESFA), que é uma unidade de ensino e assistência à saúde pertencente à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O instituto é campus de referência, no âmbito de Atenção Básica em Saúde e tem como principais diretrizes, no nível docente-assistencial, servir de campo de práticas para alunos de graduação e de pós-graduação da área da saúde, envolvidas com o ensino, a pesquisa, a extensão e a capacitação profissional multidisciplinar. No tocante às ações e estratégias relacionadas aos níveis da baixa e da média complexidade, engloba os cuidados básicos de saúde primários e secundários.

Considera-ser importante contextualizar brevemente o HESFA que localizado na Cidade Nova, bairro do centro do município do Rio de Janeiro foi fundado inicialmente para servir a uma missão caritativa. Data de 1876, o lançamento da pedra fundamental da edificação pela Princesa Isabel, projetada para ser o Asilo da Mendicidade, inaugurado em 1879, pelo então Imperador do Brasil, D. Pedro II (Coutinho, 2011). Considerado um Patrimônio Histórico e Artístico Nacional e tombado, em 1983, pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN), o HESFA participa da história da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da UFRJ desde o princípio, servindo como cenário de prática aos alunos.

Conforme afirmam Maciel et al, “a relação da EEAN com o HESFA existiu desde o início do funcionamento das duas instituições [...]”, ambas pertencentes à Universidade do Brasil (2009, p.55). Inclusive, em suas estruturas físicas havia um túnel que ligava as instituições, pois, os fundos do Hospital são voltados para

a rua da Escola (Rua Afonso Cavalcanti). As enfermeiras-docentes e alunas do Curso de Graduação DA EEAN, iam e vinham entre essas duas instituições, uma, o hospital-escola onde os estágios em Serviço eram princípios no currículo de enfermagem, cobrindo todos os horários (manhã, tarde e noite, de domingo a domingo, incluindo os feriados e dias santificados) (Paim, 2006, p.6).

Desde seus primórdios as professoras da EEAN, além de ministrar aulas, trabalhavam no Hospital Geral da Assistência, atual Hospital Escola São Francisco de Assis, e junto com as enfermeiras-chefes das enfermarias faziam a supervisão do trabalho das alunas. O ensino integrado à assistência era considerado parte essencial na formação das estudantes. Deste modo, as professoras além de ensinar e prestar assistência ocupavam-se de administrar os vários setores do hospital o que permitia o treinamento prático das alunas (Sauthier & Barreira, 1999, p. 90).

As enfermeiras do serviço – chefes de diferentes enfermarias e especialidades - acabavam por desempenhar uma prática pedagógica, visto que elaboravam as escalas dos alunos nos cuidados aos usuários internados. (Coelho, 1997). A assistência integral aos doentes hospitalizados era realizada na clínica médica, cirurgia geral, urologia, ginecologia e oftalmologia do HESFA e havia atuação das enfermeiras no ensino teórico-prático e na avaliação das alunas. (Maciel et al, 2009).

Com a inauguração do HUCFF em 1978, o HESFA foi desativado, retomando suas atividades passados 10 anos, devido a necessidade do acolhimento de idosos de uma Casa de Saúde que desabou após fortes temporais ocorridos no Rio de Janeiro, em fevereiro de 1988. Pela primeira vez uma enfermeira assumira o papel de diretora de um hospital. (Carvalho, 2006, p.324). Um pioneirismo importante na saúde no que se refere ao protagonismo na gestão de outra profissão de saúde, tendo em vista que historicamente a saúde no Brasil possui a hegemonia médica.

Em sua diretoria o HESFA já contou com diversas enfermeiras docentes da EEAN e, desde 2008, integra o Complexo Hospitalar da UFRJ, e que é constituído por unidades da universidade que prestam assistência à saúde aos pacientes internados ou em nível ambulatorial (UFRJ, 2010). A estrutura física desta instituição centenária está interditada em grande parte, limitando o número

de atendimento, assim como alterando suas características iniciais. Grande parte do espaço do HESFA encontra-se em péssimas condições estruturais, rachaduras e árvores enraizadas nas paredes externas, por isso passa atualmente por obra de restauração de todo o seu conjunto.

Hoje, é uma unidade acadêmica docente-assistencial do SUS, cujas ações estão organizadas em nível de atenção primária à saúde. Estes espaços propícios à assistência, ensino, extensão e pesquisa possibilita também o encontro de alunos de graduação e pós-graduação. Atende aos munícipes do Rio de Janeiro que procuram os serviços por demanda espontânea ou referenciados, de acordo com os princípios do SUS. Mas, por sua localização estratégica, de fácil acesso por meios de transporte público de todo Estado (trem, metrô e ônibus), muitas vezes, acolhe pessoas de municípios vizinhos.

Em 2011, através do vínculo estabelecido com Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, serve como unidade para equipes de saúde da família (que em sua composição básica possui 01 médico, 01 enfermeiro, agentes comunitários de saúde e 01 auxiliar ou técnico de 65 enfermagem). Cenário de construção de práticas pedagógicas, o HESFA continua escrevendo sua história na formação dos alunos (UFRJ, 2010 e 2011).

No HESFA atualmente existem os seguintes setores: Centro de Testagem e Diagnóstico – CTA; Serviço de Atendimento Especializado de pacientes HIV/AIDS – SAE, Programa Saúde da Família – PSF; Unidade de Cuidados Básicos – UCB; Ouvidoria; Unidade de Problemas Relacionados a Álcool e outras drogas (UNIPRAD); Unidade de Reabilitação – UR; Programa de Assistência Integrado ao Paciente Idoso -PAIPI; Unidade de Práticas Complementares –UNIPAC. A importância do HESFA deve-se ao fato da universidade ter um campus com prioridade de formação para a Atenção Básica em Saúde, o que tem sido uma necessidade apontada pelo Ministério da Educação e Cultura e pelo Ministério da Saúde quanto à urgência de formar profissionais de saúde para atuação nesse âmbito.

O HESFA possui o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher voltado para formar profissionais de saúde no nível de especialização. Além desse campus, a RMSM articula campus de prática em outras unidades da UFRJ com vistas a enriquecer a formação dos residentes, o Instituto de

Ginecologia e a Maternidade Escola. Também existe parceria para atuação dos residentes na Escola Estadual Julia Kubstchek.

A aprovação do projeto pedagógico da RMSM em 2010 constava seis vagas para residentes, distribuídas em (2) Enfermagem, (2) Psicologia e (2) Serviço Social. Em 2012 o programa ampliou o quantitativo de vagas para nove vagas distribuídos em (3) para Serviço Social, (3) para Enfermagem e (3) para Psicologia. No ano de 2014, esse quantitativo foi mais uma vez ampliado para doze vagas: (4) Enfermagem, (4) Psicologia e (4) Serviço Social e tal quantitativo foi conservado em 2015 e 2016.

O programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher possui como sujeitos participantes preceptores, residentes, coordenadores, tutores e demais profissionais de diferentes áreas do conhecimento. O programa possui 10 tutores das seguintes áreas: Serviço Social (5), Enfermagem (2) e Psicologia (3); possui duas coordenadoras e 62 preceptores vinculados ao curso.

Do total dos preceptores vinculados ao curso 41 são profissionais do HESFA, sendo 17 enfermeiros, 10 assistentes sociais, 6 psicólogos, 1 fonoaudiólogo, 3 médicos; 2 fisioterapeutas, 1 nutricionista, 1 terapeuta ocupacional. Definiu-se entrevistar somente os preceptores do HESFA porque a maior vivência dos residentes é nesse espaço institucional onde é formalmente vinculado o programa. Nesta pesquisa ouvimos os profissionais formadores na preceptoria. No universo dos preceptores que trabalham no HESFA utilizaremos a amostragem por saturação na entrevista. No total entrevistamos 12 preceptores (6 enfermeiros, 3 assistentes sociais e 3 psicólogos).

Dentre o universo de residentes de 2016, adotamos a amostragem por saturação em pesquisa qualitativa. Nesta pesquisa entrevistamos o total de 13 residentes que estão discentes em 2016 (3 enfermeiros, 5 assistentes sociais; 5 psicólogos) distribuídos entre R1 e R2. Entrevistamos os residentes das diferentes áreas que há abertura de seleção e inserção nesse curso (Psicologia, Serviço Social e Enfermagem) para apreendermos como estes discentes percebem a relação do programa de residência no fortalecimento do SUS.

O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos

passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição (Fontanella, Ricas, Turato, 2008). Os profissionais entrevistados foram distribuídos nos diversos setores do HESFA e considerou a participação de das diferentes áreas profissionais.

Foi organizado um roteiro para preceptores e outro para os residentes. Os dados foram analisados por meio do método da Análise de Conteúdo que atribui e analisa os significados do conteúdo das entrevistas que perpassam as falas dos entrevistados. Objetivou-se com essa análise, categorizar as variáveis por meio de eixos temáticos. Utilizando-se a técnica de Análise Temática, segundo as orientações de Bardin (2011), buscando compreender os conteúdos manifestos, organizando-os em categorias.

A pesquisa qualitativa possui as seguintes características: um foco na interpretação ao invés de na quantificação: geralmente, o pesquisador qualitativo está interessado na interpretação que os próprios participantes têm da situação sob estudo; flexibilidade no processo de conduzir a pesquisa: o pesquisador trabalha com situações complexas que não permite a definição exata e a priori dos caminhos que a pesquisa irá seguir; orientação para o processo e não para o resultado: a ênfase está no entendimento e não num objetivo pré determinado, como na pesquisa quantitativa; preocupação com o contexto, no sentido de que o comportamento das pessoas e a situação ligam-se intimamente na formação da experiência; reconhecimento do impacto do processo de pesquisa sobre a situação de pesquisa: admite-se que o pesquisador exerce influência sobre a situação de pesquisa e é por ela também influenciado; a análise de dados é desenvolvida, de preferência, no decorrer do processo de levantamento destes (Cassel & Symon, 1994, p. 127-129).

Para Minayo (1994) as relações entre abordagens qualitativas e quantitativas demonstram que as duas metodologias não são incompatíveis e podem ser integradas num mesmo estudo e que uma pesquisa quantitativa pode conduzir o investigador à escolha de um problema particular a ser analisado em toda sua complexidade, através de métodos e técnicas qualitativas e vice-versa, porém a investigação qualitativa é a que melhor se coaduna ao reconhecimento de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos.

No caso de se trabalhar com entrevistas quando se analisa esse tipo de fonte, é preciso incorporar o contexto de sua produção e, se possível, complementar com informações da observação participante. A entrada em campo é permeada por problemas de identificação, obtenção e sustentação de contatos e informações, assim como a saída do campo merece cuidados que envolvem questões éticas e de prática teórica.

No campo e durante todas as etapas da pesquisa, tudo merece ser entendido como fenômeno social e historicamente condicionado: o objeto investigado; as pessoas concretas implicadas na atividade; o investigador e seu sistema de representações teórico-ideológicas; as técnicas de pesquisa e todo o conjunto de relações interpessoais e de comunicação simbólica. Partindo desse pressuposto, o pesquisador adentra na etapa de análise do material qualitativo com a premissa de que é necessária a superação da análise espontânea e literal dos dados, que, segundo Minayo (1994), é um dos obstáculos enfrentados pelo investigador.

Minayo (1994) apresenta a análise de conteúdo como uma modalidade para análise de dados em que a atenção é voltada para o conteúdo manifesto, suas regularidades e significações. São levados-se em consideração os sentidos semânticos relativos aos significantes do discurso e os sentidos sociológicos, além do contexto cultural.

Bardin (2011) conceitua a entrevista como um método de investigação específico e a classifica como fechadas e abertas. Além disso, enfatiza que a análise do conteúdo em entrevista é muito complexo e apresenta os critérios de organização de uma análise: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

O tratamento dos resultados compreende a codificação e a inferência. Descreve, as técnicas de análise, categorização, interpretação e informatização, apresentando alguns exemplos facilitadores. Faz-se necessário também, certo grau de intuição, imaginação e criatividade, sobretudo na definição das categorias de análise. Jamais esquecendo, do rigor e da ética, que são fatores essenciais (Freitas, Cunha, Moscarola, 1997). Ao final, no momento da exploração do material, codificam-se os dados, processo pelo qual os dados são transformados sistematicamente e agregados em unidades. O processo de

codificação dos dados restringe-se a escolha de unidades de registro, ou seja, é o recorte que se dará na pesquisa.

Para Bardin (2011), uma unidade de registro pode ser um tema, uma palavra ou uma frase. No processo de seleção de regras de contagem, a presença de elementos ou unidades de registros (palavras, temas ou outras unidades) pode ser significativa ou, ao contrário, a ausência de determinados elementos pode bloquear ou traduzir a vontade escondida. Outros fatores cruciais nesse processo são a frequência em que aparece a unidade de registro.

Bardin (2011) apresenta os critérios de categorização, ou seja, escolha de categorias (classificação e agregação). Na perspectiva da análise do conteúdo, as categorias são vistas como rubricas ou classes que agrupam determinados elementos reunindo características comuns. Na fase de interpretação dos dados, o pesquisador precisa retornar ao referencial teórico, procurando embasar as análises dando sentido à interpretação.

Uma vez que, as interpretações pautadas em inferências buscam o que se esconde por trás dos significados das palavras para apresentarem, em profundidade, o discurso dos enunciados. Segundo a mesma autora, realizar análise temática *“consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação, cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido”* (Bardin, 2011).

O texto das entrevistas é recortado em unidades de registro (palavras, frases, parágrafos), agrupadas tematicamente em categorias iniciais, intermediárias e finais, as quais possibilitam as inferências. Por este processo indutivo ou inferencial, procura-se não apenas compreender o sentido da fala dos entrevistados, mas também buscar-se-á outra significação ou outra mensagem através ou junto da mensagem primeira (Fossá, 2003).

A fase do tratamento dos resultados, inferência e interpretação, consiste em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado (entrevistas, documentos e observação). A análise comparativa é realizada através da justaposição das diversas categorias existentes em cada análise, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes.

No nosso estudo as categorias foram estabelecidas posteriormente com base no conteúdo do material empírico e foram definidas a partir do roteiro das entrevistas com vistas ao alcance dos objetivos estabelecidos. A partir das leituras de cada entrevista e tendo a visão do geral consolidada, procurou-se detalhar no que cada entrevistado quis falar, separando trechos em categorias que tinham semelhanças e possuíam relevância para a pesquisa. A fala única (aquela que não foi repetida por mais de um entrevistado) também foi destacada se considerada de interesse para o estudo. Segundo Minayo (2007), trabalhar com categorias significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger as classificações.

Nessa direção foram estabelecidas as seguintes eixos de análise para captar determinados conteúdos nas entrevistas: Preceptores: 1- Condições de trabalho para desenvolvimento das atividades de preceptoria (incentivos, carga horária e estrutura); 2-Motivação de Adesão à RMS; 3- Repercussões e desafios da RMSM; 4- Participação do preceptor nos espaços de decisão; 5-Educação permanente para os preceptores; 6 – Papel da RMS no SUS. Residentes:1- Condições da RMS para desenvolvimento da formação profissional (bolsa e carga horária); 2- Condições da RMS para desenvolvimento das atividades práticas e teóricas; 3-Motivação para adesão à RMS; 4- Participação do residente nos espaços de decisão;5- Relação com a unidade acadêmica; 6- Função do Residente; 7- Papel da RMS no SUS; 8-Repercussões e desafios da RMSM.

Procuramos colocar pequenos quadros síntese na apresentação de cada categoria de modo a facilitar o entendimento do leitor, e destacamos respostas colocando-as citadas no trabalho de acordo com a relevância e frequência.

Este estudo permitirá descobrir, observar, descrever, e interpretar os elementos que influenciam sobre um determinado fenômeno, no caso em análise, a percepção de preceptores e residentes sobre a RMS. É um estudo exploratório, principalmente, visto que o tema é recente e ainda pouco estudado. Quanto à abordagem qualitativa, Minayo (2000), recomenda a importância dessa metodologia quando se pretende alcançar respostas particulares e subjetivas que não poderão ser quantificadas.

Esta abordagem ainda possui como pressuposto o fato de que os conhecimentos sobre indivíduos “só são possíveis com a descrição da

experiência humana tal como ela é vivida e tal como é definida pelos próprios atores” (Polit, Hungler, Beack, 2005, p. 270).

A construção do desenho metodológico deu-se no amadurecimento e elaboração do projeto de pesquisa que antecedeu a investigação realizada, e durante a própria execução do trabalho de campo e elaboração da presente investigação. Sendo assim, a abordagem foi adequada para o presente estudo por permitir a análise da RMS a partir do estudo de textos e documentos que nos fazem compreender seu contexto e histórico, e pelas concepções dos seus preceptores e estudantes acerca da estratégia da RMS no contexto do SUS.

Houve necessidade de delimitar o tempo, espaço e campo para execução do trabalho de campo o que contribuiu para caracterizar a natureza exploratória da pesquisa desenvolvida e delimitar o estudo.

O trabalho de campo ocorreu entre os meses de outubro e novembro de 2016 e foi realizado pela própria autora. As datas e os locais para realização das entrevistas ficaram a critério de escolha dos próprios entrevistados, assim que aceitaram participar da pesquisa. Estas foram realizadas no HESFA nos próprios locais de trabalho dos entrevistados.

Todo este estudo foi realizado com base nos princípios da ética e bioética, estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Escola de Enfermagem Anna Nery em 013 de Julho de 2016 sob o parecer CAAE: 56114616.6.0000.5238. Para a realização da pesquisa, foi solicitada a prévia permissão junto à diretoria do Instituto de Atenção a Saúde São Francisco de Assis HESFA/UFRJ. Foram respeitados os princípios de privacidade e confidencialidade dos sujeitos.

As entrevistas eram realizadas preferencialmente de forma individual, não sendo permitido o acesso de outras pessoas às respostas prestadas. Somente uma entrevista foi realizada com duas residentes juntas a pedido das mesmas tendo em vista a disponibilidade do tempo. Em nenhum momento haverá informação personalizada e o anonimato será assegurado, sendo que em hipótese alguma serão divulgados dados de identificação dos sujeitos arrolados nesta pesquisa.

Desse modo, os nomes dos participantes da pesquisa nesta dissertação, bem como em qualquer trabalho dela decorrente foram substituídos para assegurar o seu anonimato. Não foi concedido nenhum tipo de benefício material e/ou financeiro, promoção ou prêmio. Procuramos causar o mínimo de riscos possível, não sendo relatado por nenhum participante sequer desconforto ou constrangimento durante a pesquisa. Para evitar e/ou minimizar os riscos, os questionamentos foram feitos pelo próprio pesquisador.

Todos os participantes receberam informações sobre os objetivos, justificativas e metodologia da pesquisa e em qualquer aspecto que desejassem, bem como estavam livres para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a qualquer momento. A participação foi voluntária e a recusa não acarretaria qualquer penalidade ou perda de direitos. Todos os sujeitos depois de esclarecidos e de forma voluntária que aceitaram participar do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE. Uma via dos TCLE foi arquivado pelo pesquisador responsável e outra via foi entregue ao sujeito da pesquisa.

No próximo item do capítulo serão apresentados os resultados das análises das entrevistas e uma discussão inicial sobre as mesmas, segundo as categorias de investigação. As entrevistas realizadas com os preceptores e residentes significaram uma oportunidade de envolvimento, reflexão e aprendizado sobre as informações expressas nos seus discursos. Suas falas representam, portanto, elementos essenciais ao propósito deste estudo.

Essa concepção vai ao encontro da metodologia da análise de conteúdo utilizada nesse estudo. O que está falado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de para a identificação do conteúdo, seja ele explícito e/ou implícito (Franco, 2008). Por fim, no intuito de contextualizar os significados percebidos a partir dos resultados dos depoimentos, foram utilizados, trechos extraídos durante o processo de análise das entrevistas e que pareceram melhor expressar a percepção dos entrevistados.

3.2.

Projeto político-pedagógico da RMSM/HESFA

O HESFA possui duas Residências Multiprofissionais – A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher. Serve como cenário de prática para Residências Multiprofissionais de outros hospitais. Não possui nenhuma residência médica. A Residência Multiprofissional em saúde da Mulher permite aos residentes vivenciarem a experiência em todos os setores do HESFA, por isso consideramos que para os objetivos desta pesquisa entrevistar preceptores e residentes vinculados a RMSM seria interessante. A RMSM foi criada em 2009 tendo a primeira turma em 2010.

O Projeto Político-pedagógico da RMSM/HESFA informa que esta tem a perspectiva de possibilitar ao recém-graduado compartilhar saberes, necessidades, possibilidades com a equipe de saúde e usuárias, na perspectiva da autonomia dos usuários e negociação do cuidado. Possui como estratégia principal dar suporte a assistência, ao ensino e a pesquisa em Atenção Primária e Secundária de Saúde. Os princípios orientadores do Projeto Político-Pedagógico são: Integralidade; Trabalho em equipe; Humanização; Educação permanente; Educando; Educador; Transversalidade; Transdisciplinaridade; Interdisciplinaridade.

Possui como objetivo:

Promover o desenvolvimento de atributos profissionais de enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, formados pelo programa de residência multiprofissional em saúde, nos diferentes Campos de Saberes e Práticas, para o exercício profissional com excelência nas áreas de cuidado integral à saúde da mulher e sua família, assim como, na gestão e organização do trabalho, visando à melhoria da saúde, da qualidade de vida e atendimento das necessidades da rede para a consolidação do SUS. (RMSM, 2009, p. 19).

A carga horária mínima do curso é de 2880 horas anuais, distribuídas em 60 horas por semana, totalizando, no mínimo, 5760 horas. A carga horária teórica corresponde a 20 %, da carga horária total (1152 horas em 2 anos). A carga horária teórica é distribuída entre os Módulos Teóricos Integrados e os Módulos Teóricos Específicos das áreas profissionais que integram o programa.

A carga horária prática, concretizada nas atividades de formação em serviço, corresponderá a 80% da carga horária total (4608 horas em 02 anos).

A carga horária é cumprida em tempo integral, em regime de dedicação exclusiva, nas dependências do HESFA, assim como nos cenários firmados com as Unidades Básicas do HESFA, da Maternidade Escola da UFRJ e Instituto de Ginecologia da UFRJ. Os residentes são avaliados regularmente pelos preceptores dos programas e suas respectivas áreas, tomando por base os seguintes critérios de avaliação:

Campo Prático: Comprometimento, interação com o grupo, a clientela e com o cenário, assiduidade, pontualidade, capacidade de reflexão, iniciativa, poder de decisão, criatividade, conhecimento teórico associado à prática, liderança, resolutividade, pró-atividade, destreza prática, capacidade de exercer a interdisciplinaridade, elaboração do Diagnóstico Situacional (Teórico-Prático) e elaboração de Projeto com propostas a partir do diagnóstico situacional (Teórico-Prático) **Campo Teórico:** Participação, conhecimento teórico, estudos de casos, elaboração e envio de artigos científicos em cada área de atuação, elaboração do diagnóstico situacional (Teórico-Prático), elaboração de projeto com propostas a partir do diagnóstico situacional (Teórico-Prático) e elaboração do trabalho de conclusão de curso e 01 artigo ao final do curso (RMSM, 2009, p. 84)

O projeto ainda afirma que a RMSM defende um modelo de formação que seja uma estratégia na formação do profissional comprometido com as diretrizes do SUS. O processo de educação permanente será desenvolvido com base numa filosofia de integralidade no Cuidado em Saúde e interdisciplinaridade. A integração Academia-Serviço, ocorre com a participação de docentes da Faculdade de Medicina, Enfermagem, Serviço Social e Psicologia.

As possibilidades de materialização de uma formação multiprofissional devem ser expressas pelos Projetos político-pedagógicos dos programas, com o objetivo de formar sujeitos capazes de compreender os desafios colocados pelo SUS e intervir diante destas questões com autonomia.

O Projeto Político-pedagógico não se resume a um conjunto de planos de capacitação e nem deve simplesmente ser arquivado depois de pronto ou encaminhado às autoridades interessadas, como prova de cumprimento de uma atribuição. Deve ser visto como uma construção coletiva, a ser vivenciada em todo o processo educativo e por todos os atores nele inseridos.

A construção de uma proposta pedagógica não é uma questão meramente formal, da escolha de conteúdos curriculares, dos instrumentos e processos de avaliação, da seleção do material, mas é, essencialmente, uma questão política e ideológica, na qual são confrontados valores, objetivos e concepções sobre educação e sociedade. Além do caráter pedagógico, todo Projeto de Ensino é político, na medida em que exhibe um compromisso com a formação de um cidadão, imbuído de determinados valores e conceitos, pactuados por um grupo majoritário, concretizados como prática pedagógica. As dimensões política e pedagógica possuem um significado indissociável, definido como um processo permanente de reflexão em busca da efetivação das intenções do Projeto (Gadotti, 1994).

Concordamos com Santos (2010), de que o Projeto Político-pedagógico não se resume a um conjunto de planos de capacitação e nem deve simplesmente ser arquivado depois de pronto ou encaminhado às autoridades interessadas, como prova de cumprimento de uma atribuição. Deve ser visto como uma construção coletiva, a ser vivenciada em todo o processo educativo e por todos os sujeitos nele inseridos. A construção de uma proposta pedagógica não é uma questão meramente formal, mas é, essencialmente, uma questão política e ideológica, na qual são confrontados valores, objetivos e concepções sobre educação e sociedade. Quando construído coletivamente, o projeto é capaz de alimentar e amadurecer a discussão sobre a democracia no cotidiano institucional, dando voz ativa aos sujeitos envolvidos.

A partir dessa apresentação geral das diretrizes da RMSM que, como podemos observar, pretende ser instrumento de fortalecimento da formação e da atenção a saúde para o SUS na perspectiva da Reforma sanitária e da educação permanente, iremos expor o resultado do nosso estudo junto com os preceptores e residentes do curso.

Primeiro apresentaremos as percepções dos preceptores e após mostraremos dos residentes e ao longo das apresentações faremos análises levando em consideração o acúmulo das discussões nos Encontros Nacionais de Residência sobre os blocos que serão abordados.

3.3.

Resultados e discussão: concepções dos preceptores

Segundo a Portaria Nº 1.111/GM, de 5 de julho de 2005, Art. 7º, Incisos I, que descrevem as funções preceptor, este possui:

Função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de experiência em área de aperfeiçoamento ou especialidade ou titulação acadêmica de especialização ou de residência, que exerçam atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais ou estudantes, respectivamente em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão (Brasil, 2005).

Segundo a Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS Nº 2 de 13 abril de 2012 - o papel do preceptor é de supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista e experiência.

Tal resolução demarca a importância do preceptor na formação em saúde ao estabelecer para este sujeito as seguintes competências:

I - exercer a função de orientador de referência para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde; II - orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor(es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do PP; III - elaborar, com suporte do(s) tutor(es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução; IV - facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática; V - participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS; VI - identificar dificuldades e problemas de qualificação do(s) residente(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando se fizer necessário; VII - participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) residente(s) sob sua supervisão; IX - proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral; X - participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento; VI - orientar e avaliar dos

trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU, respeitada a exigência mínima de titulação de mestre (Brasil, 2012)

De acordo com Parente (2008), a identidade do fazer dos preceptores da residência multiprofissional está na facilitação do fazer das diferentes categorias profissionais, cuidar da reflexão e da problematização da categoria da qual cada profissional e ele mesmo fazem parte, articulando o saber da categoria com a realidade do território. Tem o desafio de aprofundar os saberes na perspectiva de sistematizar o processo de trabalho da categoria identificando como promover a saúde a partir de contribuições que perpassam a singularidade da disciplina.

O preceptor deve estimular a investigação e o cuidado das necessidades específicas da atenção à saúde, a partir da leitura das condições de vida e saúde da população promovendo o diálogo da categoria com outros níveis de atenção (primária, secundária e terciária), simultaneamente que reconhece a complexidade do sujeito (usuários dos serviços de saúde), não reduzindo o olhar sobre este sujeito apenas ao saber de uma dada categoria, por ser insuficiente.

Além disso, o preceptor também é responsável pela avaliação do processo de formação,

Focada nos aspectos relacionais, no desempenho do fazer disciplinar, no grau de responsabilização sanitária da categoria e no processo de trabalho no território; e ainda, com o aprofundamento técnico-científico relacionado ao fazer específico da categoria. (Parente, 2008, p.52)

Ou seja, o preceptor enquanto sujeito formador, é um ator central deste processo de ensino e o exercício da preceptoria, a partir da supervisão da prática, mostra-se como estratégia complexa nessa modalidade de pós-graduação. Esta mediação exige do preceptor conhecimento, bom senso, criatividade e formação continuada. Implica, ainda, em compreensão da dinâmica do processo de ensino-aprendizagem a partir da prática, das especificidades que caracterizam o trabalho em saúde e do entendimento da complexidade do trabalho multiprofissional. Muito importante também é a compreensão acerca das transformações do mundo do trabalho e das políticas sociais públicas (especificamente no âmbito da saúde) e do exercício profissional na saúde.

A Residência Multiprofissional propõe 80% de carga horária prática, portanto, uma vivência importante do residente (discente do curso) com o preceptor. Portanto, para este estudo escolhemos (dentre os sujeitos formadores) nos aproximar das concepções e análises dos preceptores sobre a estratégia da RMS para o SUS.

No total entrevistamos três psicólogos, três assistentes sociais e seis enfermeiros. Representando também a maior quantidade de preceptores, que é na área de enfermagem, na RMSM do HESFA.

Buscamos, dessa forma, traçar um pequeno perfil dos preceptores. Os dados revelam que 4 preceptores entrevistados possuem mestrados (3 são assistentes sociais e 1 psicóloga), um enfermeiro é mestrando e os demais todos possuem especialização. Somente dois profissionais entrevistados estão a menos de 3 anos envolvidos na RMSM. Todo o restante está desde o início da fundação do curso. Somente dois profissionais trabalham a menos de 3 anos no HESFA, e uma profissional trabalha a 9 anos, os demais profissionais entrevistados (9 Profissionais) trabalham a mais de 10 anos no HESFA. Todos possuem vínculo estatutário. A maioria dos preceptores possuem mais de 35 anos de idade.

Tabela 1- Idade dos Preceptores

Idade	Quantidade	Total
18-25 anos	Nenhum	
26-35 anos	2	17%
36-45 anos	6	50%
46-60 anos	3	25%
Acima de 60 anos	1	8%
Total	12	100%

Fonte: Próprio autor.

Podemos observar que todos cumprem a determinação legal no que se refere à formação mínima de especialista e de experiência no exercício profissional. A preceptoria no HESFA traz consigo a vantagem de ser um complexo universitário (em que a atividade de ensino é mais valorizada que demais espaços) cujos profissionais em sua maioria são estatutários garantindo

maior estabilidade e possibilidade de continuidade do trabalho da preceptoria. Em muitos cenários do SUS os preceptores são altamente rotativos (devido ao vínculo precário de emprego) o que compromete a qualidade da formação.

Os HU's são, ainda, instituições públicas que produzem ciência e tecnologia de excelência, mas que estão tendo o investimento e a infra-estrutura cada vez mais negligenciados pelo Governo Federal. Consideramos como privilegiado o espaço ocupado por esses profissionais (HU's), visto que é onde surgem questões importantes da saúde coletiva, com a possibilidade de produção do conhecimento, de críticas às práticas vigentes e de formação de multiplicadores na busca da implementação e ampliação do Sistema Único de Saúde (SUS), como é assegurada nas legislações de saúde.

Cabe lembrar que a UFRJ ainda está resistindo à implantação da EBSEH²⁸. Em pesquisa realizada com os preceptores da RMSM do HESFA/UFRJ constatou-se que a maioria dos preceptores entrevistados defendem a universidade pública (67%) e são contrários a privatização da saúde (83%) dado relevante no que se refere ao tipo de resistência e crítica dos profissionais, e especificamente os ligados a RMS, nesta instituição (Silva, 2015).

A pauta contra a privatização do SUS é presente nos Encontros nacionais de Residências²⁹ que reúne anualmente residentes, preceptores, tutores e coordenadores das RMS em todo território nacional:

²⁸No Rio de Janeiro Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, da Unirio foi entregue à Ebserh, por meio de contrato de adesão assinado pelo reitor em dezembro de 2015. Também o Conselho Deliberativo do Hospital Universitário Antonio Pedro (Huap) da Universidade Federal Fluminense (UFF) aprovou em março de 2016 a cessão da unidade à Ebserh, em uma reunião realizada fora das dependências acadêmicas da universidade e fechada à participação de estudantes, técnico-administrativos e professores. No mesmo ano ocorreu concurso público para contratação de profissionais pela EBSEH no HUAP/UFF. (ANDES, 2016).

²⁹ O ENRS é organizado pelo Fórum Nacional de Residências em Saúde (FNRS) que é uma instância organizativa e de articulação política na luta em defesa de programas de residências em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O FNRS já realizou seis encontros nacionais nos anos de 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016. Sendo que o I ENRS ocorreu em Rio de Janeiro/RJ, fazendo parte do encontro da Rede Unida. O II ENRS foi realizado em Porto Alegre/RS e organizado concomitantemente ao 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, que teve como objetivo articular "O Movimento Nacional de Residências em Saúde" e os seguimentos de gestores, trabalhadores, residentes, usuários, tutores e preceptores para a consolidação de uma Política Nacional de Residências em Saúde comprometida com o SUS. O III ENRS foi sediado em Fortaleza/Ceará e teve como tema "Educação Permanente no Brasil: desafios para as residências em um contexto de precarização e privatização do SUS". No IV e último ENRS realizado em Recife/Pernambuco a educação permanente volta a ser temática central com o título: "Residências em Saúde como Estratégia de Educação Permanente para o

Tendo em vista o atual panorama das constantes ameaças de retrocessos que o SUS tem sofrido nos últimos anos, repudiamos qualquer forma de privatização - que ocorre por meio das OS's, OSCIP's e EBSEH -, terceirização, subfinanciamento e precarização dos serviços públicos. (Carta ENRS Florianópolis, 2015).

Assim sendo, colocamos nossa posição contrária ao atual Ministro da Saúde Ricardo Barros, do Ministro da Educação Mendonça Filho e do atual presidente interino Michel Temer ou qualquer Governo que atue na contramão dos princípios e diretrizes do SUS, da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Somos contrários também à manutenção da agenda neoliberal que em detrimento do capital retira direitos da classe trabalhadora, expressos por meio das terceirizações, privatizações e consequentemente promovem a precarização e o sucateamento do Sistema Único de Saúde. (Carta ENRS Curitiba 2016)

A) Condições de trabalho para desenvolvimento das atividades de preceptoria (incentivos, carga horária e estrutura)

Indagamos aos preceptores como avaliavam as condições de trabalho no HESFA. Os profissionais destacam as dificuldades estruturais do Instituto que se expressão em poluição sonora, salas muito quentes (sem ar condicionado) e muitas vezes com pouca ventilação. No total, foram 7 os preceptores que destacaram os problemas estruturais em suas falas.

Fortalecimento do SUS". O V foi realizado em Florianópolis/SC no ano de 2015 tendo como tema central "O desafio da interdisciplinaridade e a contribuição da Residência para a (re)afirmação do SUS". O VI ENRS 2016 aconteceu em Curitiba/PR teve como tema "Residências em Saúde: Construindo Nossa Identidade e Questionando Nossa Formação". Esses encontros vêm sendo reconhecidos como espaço de aproximação e diálogo entre os diversos atores que compõem os programas de residências em saúde (residentes, preceptores, tutores, coordenadores), bem como entre trabalhadores da área de saúde, gestores, usuários e instituições, o que propicia troca de experiências, discussões, democratização e participação social através de rodas de conversa, grupos de trabalho e elaboração de relatório final com sugestões de melhorias nos programas de residências. Além disso, proporciona produção e divulgação científica e relatos de experiências acerca do trabalho em saúde voltado para o SUS nos programas de residências em todo o Brasil.

Tabela 2- Condições de Trabalho dos Preceptores

Condições de Trabalho		
Categorias	Quantidade	Respostas
Problemas estruturais	7	60%
Falta de profissionais e especialidades	2	15%
As condições são boas	3	25%
Total	13	100%

Fonte: Próprio autor.

São difíceis pela questão física né, da gente também não ter suporte aqui de Hospitais de emergência para tratar de pacientes que precisam de internação. É bastante difícil, por isso que nós acentuamos muito com eles de trabalhar a prevenção, muito, claro, porque ninguém quer ficar doente. Mas acontece, né. É bem difícil. Então assim, você vê agora a gente em obra, estão trabalhando aqui, aqui tinha uma janela e os operários falando ai e eu atendendo aqui. No verão, isso aqui fica insuportável, você está vendo esse calor, aqui é muito quente. (enfermeira nº1)

É, físico a qualidade não é muito boa não, não é excelente mas também não é ruim, é regular. A gente necessitaria de uma condição melhor. Eu que tenho, tenho alergia, então é muito pó, é um prédio velho, então tem mofo, tem essas situações que incomoda, ar-condicionado velho, antigamente a manutenção era horrível, as empresas antigas não eram de qualidade, então assim tem umas certas coisas que isso dificulta o trabalho. (Psicóloga nº7)

Destaca-se para os relatos de que os problemas de espaço, falta de sala, e estrutura de container, geram muitos transtornos para atender os usuários e afetam a qualidade do atendimento, por exemplo, demora para o atendimento e o sigilo profissional.

E é bem complicado assim porque a gente precisa dividir sala, é tudo do jeito que você está vendo, a gente precisa revelar a realidade para as pessoas, para os residentes, para os usuários, então, a gente precisa dividir sala, então, a questão do sigilo ela é bem complicada, é um hospital escola, então, a gente tem que está com estagiário e residente e, as vezes, também, não dá para a gente está inserido em todas as atividades mais ao mesmo tempo a gente quer colocar os residentes para acompanhar porque faz parte do processo de formação profissional. (Assistente social nº 4)

Hoje mesmo estávamos com dificuldade tremenda com relação à sala para atendimento. (Assistente social, nº 5)

Ainda há os profissionais que falam da falta de certas especialidades, áreas profissionais, contra-referência e falta de insumo e material.

“Como eu trabalho em outro serviço público, se eu fizer comparação de um com outro, aqui é bem melhor. Porém, mesmo sendo melhor do que o outro serviço, ainda existem algumas dificuldades, em termos de material, material de consumo. Agora, por exemplo, estamos com falta de espécimo de um determinado tamanho, só temos o tamanho P, precisaria do M, as vezes, até do G, do Pp. A gente está com falta, teve um período que estávamos com falta do frasco, a gente “ta” tendo também um probleminha com convênio de laboratório... um laboratório que avaliava os exames, eles deram um prazo pra gente procurar outro laboratório, porque eles não vão mais atender a gente”. (Enfermeira nº 9)

“O que eu sinto falta aqui é de uma médica ginecologista. Na maioria das vezes quando há algo que tenha que se resolvido, tipo, uma hemorragia, uma lesão de mama, ou de colo, tem que encaminhar pro setor de ginecologia”. (Enfermeira nº8)

“Bem, muitas das vezes, a falta de insumos, a falta de um serviço de referência, digamos assim...A gente consegue fazer um diagnóstico preciso, né, do que o paciente precisa, porém tem aquele encaminhamento, né, de você não ter apoio de outros lugares para que a gente possa encaminhar o paciente. Então eu acho isso uma grande barreira, porque as vezes, no meu caso, eu to conseguindo, como te falei, no instituto de ginecologia, mas no caso do serviço social, da psicologia, as vezes é necessário que haja um encaminhamento, alguma coisa, a gente não consegue. Então, também tem a barreira do SISREG, porque antigamente eu fazia um, eu encaminhava o paciente de próprio punho, e ele me retornava com alguma resposta, agora, depois da criação do SISREG, as vezes o paciente fica meio perdido, porque eu tenho que mandar ele procurar a clínica da família da sua região ou posto de saúde, e ele não volta para ele falar se conseguiu ou não. O paciente precisa de um outro profissional de outro serviço profissional que não tem aqui, então a gente se depara com o que? A gente não consegue resolver porque não tem retorno daquilo, isso é uma grande barreira, a gente consegue fazer o básico aqui, mas muitos precisam ir para outros profissionais e a gente não consegue. Não tem o retorno”. (Enfermeira nº8)

“A questão não é as condições de trabalho, o fato da gente está atrelado agora, a questão de estarmos atento em recebermos verbas do SUS, não faz com que a gente desempenhe realmente o papel de hospital escola como no início do hospital...

Poderia ser melhor? Sim, se a gente tivesse mais pessoal para poder dar conta de tudo. Hoje em dia a gente tem o que queria no passado que era estrutura, temos regimento, mas a gente não tem como botar ele para funcionar como funcionou no início...

As condições de trabalho é nesse sentido, você não tem pessoal...” (Enfermeiro nº12)

Os profissionais que consideraram boas as condições de trabalho no HESFA consideram que, em comparação com os demais espaços de atuação no SUS, o HESFA ainda é um espaço privilegiado. Destacam que muito do desconforto estrutural deve-se a obra de restauração em que vive o Instituto, portanto seria algo momentâneo.

Ah, é muito bom, eu gosto. A gente tem o apoio da direção, o que a gente precisa a direção está apoiando a gente. Eu não tenho nenhuma crítica a fazer não. (psicóloga, nº 3)

Na verdade as condições são boas. Por conta dessa obra que a gente está passando, a gente teve que mudar de lugar, o nosso local de trabalho foi mudado algumas vezes e tal. Mas, eu considero ainda um local bom de trabalho não é ruim não. (Enfermeiro nº2)

Olha, dentro de uma realidade de um contexto de uma saúde pública, até que eu não posso reclamar muito das condições não. A gente sempre consegue obter os recursos básicos necessários para poder realizar os atendimentos, dentro de uma possibilidade básica de conforto, de você ter um espaço adequado que a gente também consegue ter. Então, eu posso a princípio dizer que eu acho que oferece condições adequadas para poder a gente realizar o trabalho. (Psicóloga, nº11)

Há o destaque de que formar para o SUS é colocar o residente em contato com a realidade do sistema que em todo lugar vive dificuldades estruturais e escassez de recursos.:

“Claro que para eles, também, a escola teria esse sentido porque nada é 100%, então, em outros locais de trabalho ou em outros espaços de formação profissional, eles vão encontrar dificuldades relativas às condições de trabalho, então eles já vão vendo estratégias de como superar e de como resolver, mas que é o ideal não é. E a gente precisa trabalhar com a verdade e essa é a situação, certo!”. (Assistente social nº 4)

Agora, por outro lado eu também avalio que assim, a gente forma para o mundo real e aí, assim, se a gente trabalha num lugar ideal possivelmente a gente não está preparando o residente e o estagiário para uma realidade que não existe, a gente vai estar preparando para uma realidade que não existe. É óbvio que assim, o ideal seria que tivesse condições boas de trabalho, mas, assim, a gente interfere nesse sentido porque é ruim de atender é difícil até de ter um espaço e mais reservado para você prestar orientação e atendimento. Por outro lado, assim, é essa a realidade que ele vai encontrar principalmente se ele for atuar num serviço público, dificilmente ele vai encontrar uma estrutura boa para se atender. (assistente social nº5)

Sobre essa concepção consideramos que é necessário que o profissional residente conheça os entraves e conquistas do SUS no cotidiano, mas o discurso de naturalização da escassez no SUS pode ser perigoso ao tratar de forma fatalista a “falta” nos serviços públicos reproduzindo um perfil de profissionais conformados com tal realidade na contramão da defesa da qualificação crescente do sistema público.

Perguntamos aos preceptores qual a avaliação deles sobre as condições do HESFA para o desenvolvimento das atividades de ensino:

Seguindo a mesma tendência das afirmações anteriores os profissionais destacaram a falta de espaço físico para atendimento em conjunto com os residentes e dificuldades na Infra-estrutura. Alguns que anteriormente consideraram as condições de trabalho satisfatórias não seguiram a mesma tendência ao falar das condições para o ensino.

Tabela 3- Condições de Ensino do HESFA

Condições do HESFA para desenvolvimento das atividades de ensino		
Categorias	Quantidade	Frequência das respostas
Falta infraestrutura	8	47%
Condições boas (apoio institucional, equipamentos, auditório).	2	12%
A precarização também é realidade no SUS e vivenciá-la é aprendizado.	2	12%
Falta recurso para material educativo; folders; divulgação; oficinas; campos específico de “Saúde da Mulher”	5	29%
Total	17	100%

Fonte: Próprio autor.

Então, isso aí prejudicou bastante porque a gente agora só tem duas salas de atendimento, nós tínhamos também alunos de graduação também do Anna Neri que ficavam conosco e que a gente não tem mais e por conta de toda essa diminuição de espaço, a gente não tem como fazer uma preceptorial a contento, como a gente gostaria, por conta da diminuição do espaço físico. (Enfermeiro 2)

As condições no sentido físicas que às vezes se tornam um pouco limitante, mas é algo que é temporário até por conta da reforma que o Hospital está passando. (Psicóloga – nº 11)

Então, é isso que eu estou te falando, muitas vezes a gente está numa sala que não comporta todo mundo que precisa participar, então fica fazendo um revezamento. Eu acho que quebra um pouco a continuidade do atendimento porque você tem que fazer um repasse para o residente que é mais qualidade para o atendimento dele, para o desenvolvimento da atividade, ele participar e fazer as contas do que ele receber um repasse, entendeu! Então, é questão de espaço físico mesmo, quantidade de cadeira, a mesa que você não consegue colocar todo mundo para se ver ao redor da mesa, compromete no ensino e na aprendizagem também deles, compromete sim. Sem contar assim, por exemplo, a sala é quente, sem ar-condicionado e como é que uma pessoa que mora no Rio de Janeiro tem um verão que é muito acirrado que não tem ar-condicionado?” (Assistente social nº 4)

Eu sempre costumo dizer para o grupo de residente que apesar dessas dificuldades que a gente encontra no dia a dia de estrutura física, principalmente,

aqui...a gente não tem um banheiro, a gente a pouco tempo não tinha nem água para lavar a mão né, graças a Deus a gente conseguiu uma pia recentemente, mas que eu percebo com o passar do tempo dos vários grupos que já passaram aqui desde o início da residência multiprofissional, que o aproveitamento dessa interação assistencial e ensino depende muito mais da boa vontade, desse residente que chega e quer aproveitar esse período da melhor forma possível. (Enfermeira nº6)

Também há destaque para as respostas que identificam os poucos materiais educativos e falta de espaços de oficinas, grupos, pesquisas e aulas como problemas que afetam as atividades de ensino na unidade:

No iniciozinho, quando eu entrei, tinha mais condições de oficinas, de palestras, de material mesmo de divulgação, folders, essas coisas, a gente tinha acesso mais a essas coisas, a gente era chamada para fazer cursos, para fazer eventos, para fazer encontros. Hoje em dia infelizmente não vejo isso, mas eu não sei como é feito isso em outros locais para que eu pudesse fazer uma comparação. (Psicóloga nº 7)

No caso, para as atividades de ensino, acaba envolvendo também essa parte do material é importante, porque residente também atua na prática, então se a gente não tem todo material para mostrar a eles e utilizar, mostrar o uso, atrapalha no processo de aprendizagem deles também. E, assim, na parte do material educativo a gente também não tem, até alguns residentes fizeram eles mesmos um material legal, mas a gente não tem, pelo hospital não é fornecido. A gente tem uns bem antigos, como por exemplo esses que você está vendo aqui, mas não tem nada assim, novo. (Enfermeira nº 9)

Hoje em dia, eu acho que nesse sentido por estar atrelado a, por ter dado mais ênfase da questão de números, a gente fugiu, essas atividades aí, elas estão, não digo nem que elas estão no nível secundário mais considero que elas estão a nível terciário. Não se faz mais pesquisas, não se vai mais a congressos, não se produz mais nada em termos de pesquisa. Aí vocês entraram, os residentes entraram, eu lembro que os meus primeiros residentes, eu orientei, e a gente mandou um trabalho que foi aprovado num Congresso internacional. Quer dizer, hoje, você não tem mais isso, acabou. As pessoas que entram aqui só cumprem o que manda a residência, mas não sabe, fugiu a discussão que existia, deixou de existir, e num hospital escola isso não pode ocorrer porque a função nossa aqui é produzir um conhecimento novo para melhorar a assistência e isso acabou. Pelo menos no meu ponto de vista acabou, a gente continua atendendo do mesmo jeito, mas a produção que deveria existir, não existe mais. (Enfermeiro nº12)

Tem a dificuldade do espaço físico né, a gente teve mudança do antigo setor pra cá, então diminuiu a quantidade de salas para o atendimento e também até a realização de sala de espera, minha parte de atividade em grupo que as residentes faziam a gente está um pouco parado, a gente teve que fazer outras estratégias de divulgação de educação em saúde, mais na base informativa assim com eles, elas fizeram um mural de orientação né. A grande dificuldade é o espaço físico né, não ter um espaço próprio. (Assistente social nº10)

Na mesma direção, perguntamos aos preceptores se estes consideram a quantidade de preceptores suficiente para acompanhar os residentes. A maioria dos preceptores, 58% (7 profissionais), considera o quantitativo ainda insuficiente:

Tabela 4- Quantidade dos Preceptores

Quantidade de preceptores é suficiente?		
Categorias	Quantidade	Frequência
Sim	5	42%
Não	7	58%
Total	12	100%

Fonte: Próprio autor.

Porque a gente não só os residentes daqui, tem os residentes do Inca que venham pra cá, geralmente em dupla, então, fica 3 residentes daqui mais 1 R2, que é o que a gente tem no momento, e mais 2 residentes do Inca. Se bater a escala deles no mesmo dia, ficam 6 residentes para, as vezes, 1 receptor só. (Enfermeira nº 9)

Não, não, não necessariamente porque assim, eu não sei com relação aos outros setores, mas assim, a gente aqui, as pessoas não são obrigadas a trabalhar na preceptoría e a gente não vê muita motivação e interesse de outros profissionais em estar participando e nem há um outro tipo de incentivo nesse sentido. Quem faz é porque gosta é isso, porque gosta muito. (Assistente social nº5)

Na minha área acho que deveria ter mais uma porque às vezes eu fico com três. Tipo assim, no caso do enfermeiro, as vezes eu quero que ele comece a fazer uma coleta sozinho, né, pra ele ficar com mais autonomia, e isso nunca é possível, por não ter ninguém assim, para treiná-lo, né, de esperar, de conseguir treinamento, ou eu ou outra enfermeira, pra que ele possa atender sozinho. Seria mais, agilizaria mais, né, na atuação dele. (Enfermeira nº8).

É, poderia ser maior, mas aí a gente esbarra nessa questão de espaço físico que não tem espaço para, na minha opinião, assim, para você receber mais, nem mais residentes, a gente recebe três multiprofissionais e mais profissionais fica complicado também né. (Assistente social nº10).

É, nós tivemos uma redução muito grande de pessoas, de aconselhadores por questão de pessoas que foram se aposentando, de pessoas que foram trocando de setor.... Então, assim, a gente está num número muito reduzido hoje, nós somos 4 e nós éramos de 15 para cima, nós éramos 7 em cada turno, para 2 em cada turno, é muito pequeno. Então assim, para preceptor eu acho pouco, mas eu acho que assim como nós vocês aprenderam a lidar com o que tem né, infelizmente. Mas poderia, sim, ter mais, mais aconselhadores trabalhando, mais salas para oferecer porque a gente só tem duas, então a gente também foi restringindo ao local por conta de obra, pelo o que aconteceu. (Psicóloga nº7)

Perguntamos aos preceptores se recebem incentivo financeiro para a atividade da preceptoría. Nenhum preceptor recebe gratificação específica para

fazer preceptoria. Ainda há os que destacam que a falta de incentivo é além da questão financeira, há falta de investimento na formação dos preceptores, em cursos, entre outros.

Tabela 5- Incentivo Financeiro

Recebe algum incentivo financeiro para ser preceptor?		
Categorias	Quantidade	Frequência de respostas
Não há incentivo financeiro	10	67%
Não há, também, incentivo em curso e na carga horária para preceptoria	3	20%
A preceptoria é atividade de competência do técnico administrativo e não há porque ter gratificação.	2	13%
Total	15	100%

Fonte: Próprio autor.

Não, nenhum. Nenhum incentivo de remuneração e nem de carga horária. A gente encaixa o trabalho de preceptor na nossa rotina e faz porque gosta de fazer, é muito mais de motivação interna do que receber algum incentivo. Porque incentivo externo, para nós estarmos como preceptores ou tutores na residência, nós não temos nenhum. (Psicóloga, n° 11)

Nao, é a mesma coisa para quem não é preceptor. (Enfermeira n° 9)

Não. Inclusive, quando eu cheguei aqui, eu não sei como é que é a comunicação do Hospital como um todo sabe, mas eu que tive que procurar saber como é essa questão da preceptoria. As residentes, como eu falei no início, elas que me deram apoio assim sabe. A coordenação da residência não me procurou, depois a gente se encontrou em algumas reuniões. O que eu recebo é uma declaração final do ano dizendo, colocando que teve essa atividade e que eu não recebo nenhum incentivo. É uma atividade a mais que eu realizo, eu acho mais do que justo ter um pagamento por isso porque a gente não vive de voluntariado, a gente vive do nosso trabalho e é um trabalho que dá trabalho porque pega vários aspectos.... Então isso, eu preciso de tempo, preciso me dedicar, às vezes eu deixo de fazer alguma atividade do trabalho para fazer essa atividade de urgência deles, então, eu cumulo minha atividade específica do trabalho. Mas não sinto que tem muito apoio do programa não com relação à isso, e não recebo nenhum incentivo, nada, recebo muito trabalho. Mas é bom assim, uma troca né, tudo tem seu preço. (Assistente social n°4)

Ainda há respostas que enfatizaram que a preceptoria é uma competência inerente a um técnico que trabalha em um complexo universitário, portanto, faz parte da remuneração do profissional que trabalha na universidade.

Está embutido no salário, sempre esteve. A gente sempre soube, desde quando eu entrei aqui em 1988 que nós éramos preceptores de alunos. Então, tinha alguns "Ah, mais eu vou recusar porque não está no meu salário", aí eu falo assim "Não está no salário não? nós somos servidores técnicos", tanto é que meus, eu pegava meus contra-cheques... Agora mesmo eu estou fazendo o negócio para mandar lá para o Ministério e está lá "Servidor técnico-administrativo em saúde, função Enfermeiro". Se você é do Ministério da Saúde, no Ministério da Educação e está numa unidade hospital escola, você é preceptor. Porque, antigamente, isso era separado existia uma gratificação, aí quando foi feito o plano de cargo e salário nosso tudo isso foi englobado, só que até hoje alguns profissionais se recusam. Na verdade, tem que ter perfil, se você não tiver perfil essa é uma outra realidade porque eles tentam enquadrar, mas não tem perfil, tem gente que tem mestrado e doutorado e não consegue ser preceptor, eu até entendo em alguns aspectos entendeu porque eu convivo também com pessoas assim, mas muita gente não tem a gratificação escrita lá específica, mas está embutido no salário e é uma boa gratificação, é mais ou menos uns 20% em nosso salário depois que ela foi embutida. (enfermeiro, nº12)

Não, isso está dentro das atividades profissionais, enfim, está posto pelo próprio Hospital assim, a gente não recebe nenhuma função gratificada, nada disso. Está dentro da rotina digamos assim. (assistente social nº10)

Buscamos saber se os preceptores receberam treinamento para exercer a função da preceptoria e serem sujeitos formadores na residência. A metade dos preceptores entrevistados, 50%, (6 profissionais) não tiveram treinamento.

Tabela 6-Treinamento para preceptoria

Recebeu treinamento para ser preceptor?		
Categorias	Quantidades	Frequência respostas
Sim	6	50%
Não	6	50%
Total	12	100%

Fonte: Próprio autor.

Não, começamos com a cara e com a coragem, eu estou desde o começo da primeira turma de residência e a gente começou descobrindo no fazer, no dia a dia, se reunindo de vez em quando e discutindo, a gente foi descobrindo o que que era fazer esse papel. Depois, um ano, depois que foi ter um curso sobre preceptoria, mas no começo foi "começar e começar, vamos ver no que vai dar!". (Psicóloga nº11)

Não, nenhuma preparação. O que eu fiz foi uma especialização, mas isso foi por minha conta. Claro, a gente tem a liberação que a gente tem para estudar dentro da universidade, porém, da universidade para receber a residência não. (Enfermeiro, nº2)

Olha, isso foi no início, mas não me pergunte quando, eu não sei. Isso foi no iníciozinho, a gente recebeu um material todo escrito, mas não sei quando. (Psicóloga nº 7)

Eu fiz um curso depois que recebemos os residentes, aí um tempo depois, eles viram a necessidade de fazer um curso para preceptores. Eu fiz esse curso de preceptoria. (Enfermeira, nº1)

Questionamos aos preceptores sobre suas considerações sobre a questão da carga horária na residência. Destaca-se muito a quantidade de respostas que consideram ruim a organização/ articulação do tempo nos setores com as atividades teóricas. Seguem-se os depoimentos:

Tabela 7- Carga Horária da Residência Multiprofissional em Saúde

Categorias	Quantidade	Frequência de Respostas
Os residentes poderiam ficar mais tempo no setor.	3	22%
Carga horária do residente é adequada	1	7%
Para os residentes são horários de qualidade no setor	3	22%
60h para os residentes é improvável	2	14%
Carga horária má distribuída /organizada	2	14%
Para os preceptores o atendimento aos residentes é a todo momento, pois não há horário específico para o programa de residência.	2	14%
Deixamos de atender ao usuário para atender os residentes.	1	7%
Total	14	100%

Fonte: Próprio autor.

A gente tira um tempo, nós tiramos da nossa carga horária as horas para atender os residentes. Então, quer dizer, a gente tem que tirar da nossa carga horária, deixa de atender, para atender os residentes. (psicóloga 3)

Eu acho que os residentes aqui, eles não têm hora até para assim, se dedicar aos setores que eles estão. Então, tem muitas atividades fora do HESFA fora do convívio dos setores e, muitas vezes, a gente fica a desejar deles e eles ficam a desejar do trabalho feito aqui. A gente não pode nem exigir muito deles porque, de repente, eles têm que fazer alguma aula fora, algumas atividades fora que deixa a desejar no setor. (psicóloga 3)

Por exemplo, o que eu saiba, o programa daqui ele estabelece 60 horas semanais, sendo que o hospital ele não trabalha noite, madrugada, final de

semana e para complementar essa hora ele desenvolve outras atividades. Para essa carga horária dos residentes, o horário do setor ele é reduzido, mas assim, sinceramente são horas de qualidade na minha opinião, quando eles estão aqui a gente sempre está participando das atividades, discutindo, fazendo encaminhamentos, colocando eles também para eles decidirem acompanhando os atendimentos, então, são horas de qualidade. (assistente social, n 4).

Agora, com relação a carga horária de uma forma geral, penso que essas 60 horas, se eu não me engano, semanais, fica meio improvável e bem difícil de se cumprir mesmo né, com relação aos atendimentos, pelo menos aqui não funciona esse tempo todo e ai teria que abrir um lugar em outro espaço para atendimento. (assistente social nº 5)

Então, essa questão da carga horária é uma coisa, na maioria das vezes, desde o início sempre questiono um pouco porque a gente percebe que a grade de horário dos residentes oscila muito, as vezes. Então, ele chega aqui com uma programação X e no meio do caminho ela é mudada porque tem um evento tal, uma outra situação tal e, às vezes, você não consegue fazer um planejamento com esse residente dentro da unidade até visando um melhor aproveitamento dele na participação das atividades dentro da unidade por causa dessas interrupções ou, às vezes, por causa pequeno período que ele passa conosco. Então, essa questão do tempo, às vezes ela é insuficiente, assim, é uma percepção minha da experiência que eu tenho aqui. (Enfermeira nº 6)

Mas, por outro lado, eu acho que se pudesse focar em cada programa, o residente, o R2 pudesse ficar direto talvez fosse mais interessante de acumulo talvez assim para aquela área específica. (Assistente Social nº10)

Excessiva! Eu não digo nem a palavra excessiva, poderia ser melhor aproveitada. Eu acho que deveria ser melhor aproveitada, primeiro, porque já são profissionais formados, isso é um detalhe, não sei tem essa pergunta ai, mas não são tratados como tais, deveriam. Parece que são estudantes, não são estudantes, são profissionais formados que estão fazendo residência, pós, porque aquilo ali é uma pós. Então, eu acho que essa questão ai tem que ser revista, considero que essa questão tem que ser revista. (Enfermeiro nº 12)

Na minha opinião, aqui na saúde da mulher, deveria ficar mais tempo, eu acho que eles passam muito rápido por aqui, entendeu? Na saúde da mulher. (Enfermeira nº 8)

Na verdade, a gente usa a hora normal que a gente tem, a gente não deixa só as 10 horas, porque como temos... O que eu falei na questão anterior, que eles não tem também a disponibilidade, que eles têm que rodar em outros setores, então eles têm uma grade que não é tão flexível assim, então a gente fica no horário que a gente está aqui, se eles puderem a gente atende, se eles puderem vir nos três dias, a gente está aqui, a gente faz... Não são só dez horas para a residência, não, a gente acaba até ficando mais. (Enfermeira, nº9)

Acho que a carga horária, o horário é bem puxadinho, né, 60 horas. Mas, dentro do que é proposto, eu acho que dá para eles aproveitarem sim. Eles acabam ficando mais ou menos isso, 10 horas por semana em cada setor. Em dois meses, eu acho que dá pra... E ainda tem o outro ano. Dá para eles absorverem bem. (Enfermeira, nº9)

Eu acho que a carga horária que a gente tem é integral. A gente não tem distinção para a carga horária com o usuário e carga horária com a residência não. Sempre que tem residente a gente atende da melhor forma, então, a gente não tem essa distinção não. (Enfermeiro nº 2)

B) Motivação de Adesão à RMS

Indagamos aos preceptores qual a motivação para serem preceptores no programa de Residência Multiprofissional. Destacou-se o fato de que a maioria ressalta que considera uma atribuição importante do Técnico universitário:

Tabela 8- Motivação de inserção na Residência Multiprofissional em Saúde como preceptor

Motivação para ser preceptor:		
Categorias	Quantidade	Frequência de respostas
Faz parte da atribuição de um Técnico universitário	7	47%
Ensinar/Transmitir sua experiência aos novos profissionais	6	40%
Gosta de residentes porque trazem novas idéias	2	13%
Total	15	100%

Fonte: Próprio autor.

Bem, eu não fui motivada, eu nem sabia que ia ser preceptora. Só que quando você vai trabalhar numa Universidade, você sabe que vai trabalhar também com o ensino, então, mas... Seria mais o que me motivou escolher aqui, porque receber os residentes, eu nem sabia que íamos receber. Acho que nós nem fomos comunicados. Acho que eu nem fui comunicada. (Enfermeira nº1)

Poxa, na verdade eu não tive nenhuma motivação para ser preceptor porque nós estamos em uma instituição de ensino e, por estar aqui, a gente acaba recebendo. Como a gente fez o concurso para a UFRJ, a gente sabia que a gente estava numa instituição de ensino. (Enfermeiro nº2)

Então, sinceramente não houve uma motivação para ser preceptora. Quando eu cheguei aqui, por ser um Hospital/escola, a gente supõe que tem que ter uma atividade de ensino/pesquisa/extensão enfim. Quando eu cheguei aqui já havia umas meninas que precisavam de uma preceptora, e eu aqui eu seria uma preceptora, claro que eu não me neguei a fazer isso porque também quando a gente está num processo de formação profissional, numa universidade e que a gente precisa de uma supervisora. (Assistente Social, nº 4)

Olha, eu fui convidada a ser, eu não fui muito assim... A gente não tem muito escolha, a gente é profissional da unidade, a gente está num hospital/escola e a gente sabe que tem um dever de estar contribuindo com isso. Fui convidada a ser e não me neguei porque eu enquanto profissional tenho que contribuir com esse projeto, com essa iniciativa da instituição. (Enfermeira nº6)

Ainda há o destaque para o relato dos profissionais que se interessam pela “docência”, pelo ensino e troca de experiência e conhecimentos com os discentes.

Na verdade, assim, eu gosto muito da docência, dessa relação entre aluno e profissional. Eu penso que assim, ter gente nova, traz idéias novas, traz críticas que essa crítica meio que impulsiona a gente. Acho que você trabalhar sem alguém por perto que possa está trazendo coisa nova, está trazendo idéias novas, está trazendo... Quando eu falo crítica eu não estou falando daquela crítica destrutiva, estou falando de trazer idéias e idéias são sempre muito bem vindas. Quando eu fiz o mestrado, eu não pensei na docência, eu pensei nesse tipo de docência que não deixa de ser, mas o estudante traz no movimento, traz o movimento, traz o livro novo, traz a idéia nova, traz o que tem de novo no campo lá da universidade para cá, acho que pra mim esse seria o fator principal, eu gosto muito dessa troca. (Assistente social nº5)

A vontade de passar o meu conhecimento para outros profissionais, porque é muita satisfação você ver que aquela pessoa que lá na frente conseguiu um bom emprego público e que se apaixonou pela área da saúde da mulher, como eu sou apaixonada, né. A gente vê que eles realmente passou por aqui e continuou, deu prosseguimento do que ele começou. Satisfação muito grande saber disso. (Enfermeiro nº 8)

O objetivo de tal bloco de questionamentos é indagar os profissionais sobre as condições de trabalho para o exercício da preceptoria no HESFA/UFRJ. Observamos que predomina a queixa da falta de estrutura, especialmente física, do instituto para atender usuários e residentes. Há também relatos de queixa da direção produtivista dentro da instituição que por vezes influencia no teor qualitativo que deve ter uma unidade docente-assistencial. Associa-se a quantidade insuficiente de preceptores que afirmam, em sua maioria, não terem incentivos para a realização da função (destaque para os que polemizam ao dizerem que não há necessidade de gratificação, pois por ser unidade de ensino a já é associado ao salário).

Um dado relevante é que, apesar da maioria dos preceptores estarem desde o início da fundação da RMSM, a metade dos profissionais não receberam treinamento específico para a função da preceptoria. É expressiva a quantidade de respostas que apontam que a motivação para desenvolver a preceptoria está relacionado a este ser uma competência de um técnico administrativo de um complexo universitário, por outro lado muito afirmam que nem todos os profissionais dos setores são preceptores e que necessita ter incentivos para os preceptores para que mais profissionais aderissem à RMS.

Ao serem questionados sobre como avaliam a carga horária na RMSM, a maioria dos profissionais se voltaram para análise da carga horária dos residentes em tons de crítica pela má distribuição dos tempos práticos e teóricos, do tempo em que os residentes ficam nos setores. Parece haver um distanciamento dos sujeitos preceptores nas decisões e discussões sobre a distribuição da carga horária dos alunos nos cenários de prática. Alguns pontuaram que para o preceptor as vezes conciliar atendimento as demandas dos usuários com o acompanhamento do residente é desafiador.

Muitos das queixas apontadas localmente por estes preceptores podem ser observadas também nos registros de diversos preceptores das RMS no país afora registradas nas cartas e relatórios dos Encontros Nacionais de Residências. Podemos observar que no ENRS 2013 coloca-se como desafio nacional a valorização e qualificação do corpo docente assistencial por meio de reconhecimento da carga horária, certificação, inclusão nos planos de cargos, carreiras e salários, e formação Permanente. No ENRS de 2014 também se pontua a necessidade de despreciação do trabalho do corpo docente-assistencial (trabalhadores, orientadores, preceptores, tutores e coordenadores) com a devida valorização por meio de remuneração específica, reconhecimento da atividade para progressão nos planos de cargos e carreiras, possibilidade de destinação de carga horária específica e certificação.

No ENRS de 2015 se destacou a necessidade do reconhecimento e fortalecimento da através da definição de Políticas Institucionais de integração ensino e serviço com parâmetros de produtividade que considerem as atividades docentes, além das assistenciais. Necessidade de reconhecimento, apoio e incentivo à participação na preceptoria, que contemplem carga horária específica; inclusão da atividade docente nos planos de cargos, carreiras e salários; remuneração.

A luta é tanto para que a função preceptoria ser contabilizada e valorizada enquanto trabalho na carga de trabalho, quanto para que se tenha menor tempo para progressão nos lugares em que tal atividade já é contada. Alguns falam mesmo em bolsas remuneradas para os preceptores. Destaca-se que a Lei Federal no 11.129/05, que, dentre outros, instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde, cria Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho,

destinado a estudantes, residentes e a corpo docente-assistencial. Entretanto, a bolsa remunerada para preceptores não se constituiu como realidade.

Denunciava-se, também nos relatórios e cartas, a escassez de recursos humanos nas unidades e o acúmulo de funções dos profissionais. No III Seminário Gaúcho de Residências em Saúde se propôs “*Previsão dedisponibilização de horas para elaboração e execução de atividades – sugestão de 30%da carga horária; Delimitação da relação entre o numero de residentes por preceptor*” (III SGR 2011).

Os preceptores reivindicam estrutura adequada para o exercício profissional; educação permanente que estimule o desenvolvimento de habilidades políticas, pedagógicas e técnicas. Destaca-se nesse encontro a luta pelo incentivo à participação em eventos e encontros do Fórum Nacional dos Tutores e Preceptores e certificação pelo trabalho desenvolvido na preceptoria. Essa carta ainda destaca “*que o exercício de Tutoria e Preceptoria deva respeitar o desejo do profissional para realizar tal função.*” (carta dos Preceptores ENRS Florianópolis em 2015), inclusive com a sugestão de que 20% da carga horária de preceptores dirigida para sua preparação para o campo e o contato com os residentes (Relatório - desafios sudeste, 2015).

Essa busca pela valorização da função da preceptoria, se por um lado busca que a adesão possa ser espontânea do preceptor à RMS, por outro lado também seria a busca da amarra institucional para garantir o trabalho de preceptoria afim de que as iniciativas não dependam da vontade e esforço pessoal, mas sejam largamente estimulada pela instituição na avaliação funcional (estimulada e não forçada) (Relatório - desafios da Região Sul, 2015).

Ainda há a sugestão de se acrescentar como critério para preceptoria a opção de tempo de experiência mínima de 3 anos na área. Tal preocupação deve-se ao fato de que em muitos cenários de prática dentro do SUS (principalmente aqueles em que não há concurso público efetivo e os geridos pelas organizações sociais) há uma grande rotatividade de profissionais preceptores o que acaba interferindo na qualidade da formação.

Além disso, seria uma tentativa de definir critérios para escolha de profissionais qualificados para o exercício dessas funções e no investimento na

qualificação constante; mais uma forma de valorização da função de preceptoria tendo em vista que para orientar e supervisionar outros profissionais deve-se ter expertise suficiente para tal.

C) Repercussões e desafios da RMSM

Perguntamos aos preceptores de que forma a introdução do programa de Residência repercuti no exercício profissional e organização das atividades. Os profissionais relatam que a Residência foi um instrumento de atualização e estímulo profissional na medida em que traz profissionais novos ao espaço de trabalho para pensar, propor coisas novas.

Tabela 9- Repercussões da Residência Multiprofissional em Saúde

Repercussão da RMS no exercício profissional:		
Categorias	Quantidade	Frequência de respostas
Não houve mudança	1	8%
Mais pessoas para popor, pensar/ idéiasatuais	4	33%
Estímulo para o preceptor estudar mais e qualificar a assistência que irá prestar	3	25%
Estímulo ao trabalho Multi	1	8%
Demandou mais tempo de dedicação e melhor organização do trabalho	3	25%
Total	12	100%

Fonte: Próprio autor.

É, então, quando a gente tem residente aqui, são mais pessoas pensando, são mais cabeças pensantes e pensam junto conosco no cotidiano, no desenvolvimento do serviço. Então, é muito importante a gente ter residente aqui porque são pessoas críticas, são pessoas que estão sempre olhando com uma visão, cada um com sua visão e tentando melhorar, tentando aprimorar o nosso serviço e isso nos ajuda bastante. (Enfermeiro nº2)

Repercutiu bastante porque são pessoas novas, com idéias novas, porque a gente muitas vezes está muito tempo na profissão, a gente esquece muitas coisas ou deixa de fazer muitas coisas, até pelos anos trabalhando na mesma coisa, e o residente vem com idéias renovada, idéias de melhoras, com idéias bem atuais de cada assunto. (psicóloga nº3)

Eu acho que de certa forma eu respondi isso na questão anterior. Acho que repercute no sentido que traz ideias novas pra mim é motivador, motivador mesmo, e a gente tenta se organizar da melhor forma de disponibilidade de

horários, aí a gente negocia, por exemplo, uma menor quantidade de atendimento para que entre um atendimento ou outro a gente tenha a possibilidade de discutir esse atendimento, a gente tenta conseguir alguns períodos de liberação para estar, especificamente, com o residente ou com o estagiário, nesse sentido acho que isso faz a gente mudar muito, influencia muito nas nossas atividades acho que positivamente, muito positivamente no sentido que a gente se sente pressionado a estar prestando um bom serviço de “estou sendo observado”, “meu trabalho está sendo observado”. Nesse sentido eu acho que é motivador, entendeu? (Assistente Social nº5)

Eu acho que é uma responsabilidade né, pela condução dos residentes, apesar que os residentes já são profissionais formados, alguns já têm acúmulo e, às vezes, até maior que o nosso, enfim, tem muita capacidade. Mas, eu acho que ter esse trabalho didático, vamos dizer assim, que você tem que desenvolver na tua prática não é só assistencial, não é só atendimento, e sim a busca da reflexão com o residente, dessa transmissão do conhecimento. (Assistente Social nº10)

Houve profissionais que destacaram a necessidade de investir mais tempo para a qualificação do seu trabalho no setor e melhor organização dos horários:

Assim, com a residência a gente tem que ter uma melhor organização do tempo, a gente também não pode se estender tanto porque tem os pacientes lá fora, porque tem outros atendimentos. Então, foi mais a questão de tempo, porque até mesmo, tem a questão das avaliações, tudo isto demanda o tempo profissional também, não é só aquele momento ali com o residente, né. O residente tira dúvidas, então a gente ainda fica um tempo explicando, tentando sanar essas dúvidas, então é essa questão do tempo. Quando tem residente o tempo fica mais curto, então a gente tem que saber organizar mais, então a gente tem que organizar o tempo, para não prejudicar os residentes, os usuários e os próprios profissionais. (Enfermeira, nº9)

Olha, eu sempre tive o hábito, até por conta da própria reabilitação que a gente até aqui né, eu não posso chegar, por exemplo, e ver um paciente hoje, já mando ele vir amanhã porque amanhã eu vou poder sentar e vou poder ouvir ele, eu não posso chegar e ficar 15 minutos com esse paciente e achar que eu vou fazer o atendimento dele. Então, a residência também ela, na verdade, ela só me dá um suporte daquilo que eu estou fazendo e entender que eu tenho que me organizar. Por exemplo, amanhã de manhã eu só atendo três pacientes e os residentes estão comigo porque eu sei que eu não posso atender mais do que isso. Primeiro que a questão aqui não é só para aprender, mas também para participar, então eles influenciaram nesse sentido de modificar a rotina com relação ao volume do atendimento que tinha. (Enfermeiro nº12).

E apenas um preceptor afirmou que não houve mudança:

Olha, não modificou muito não. Eu continuei a trabalhar como sempre trabalhei, eu sempre estudei muito, eu estudo muito para passar para os pacientes para tentar fazer uma boa consulta de enfermagem, para tentar ajudar o paciente ao máximo. Então, não mudou, eu continuei o meu trabalho. (Enfermeiro, nº1)

Perguntamos se estes profissionais formadores do SUS e vinculados a uma universidade possuem o costume de participar de eventos científicos e 75% não participa atualmente mesmo vinculado a um curso de pós-graduação.

Sim, sim, muito nas semanas científicas, isso acontece mas também é pontual, é uma vez por ano e vai muito da área de interesse do próprio residente, que a gente acaba participando, estimulando mas não no sentido de ser oferecido uma possibilidade de novos cursos e formação, isso não é prioridade, não é o costume. (assistente social nº5).

É assim, nós somos informados das coisas que estão acontecendo, Semana Científica, as palestras que tem, encontros que não são muitos. Dentro do HESFA a realidade é essa, não são muitos, são eventos pontuais, não tem todo o mês não existe isso. Mas assim, por conta da restrição de espaço, da restrição de aconselhadores, dessa dificuldade nossa enquanto profissional dentro do espaço físico que a gente tem, a gente não consegue participar desses eventos. (psicóloga nº7).

É, em alguns momentos tem algum convite de participação das bancas dos residentes, reuniões com as tutorias, mas um incentivo no sentido de participação acadêmica, até há, por conta do próprio Hospital, mas não há um, vamos dizer assim, tem toda uma questão de liberação também do horário, da parte assistencial do atendimento com essa parte acadêmica, entendeu. Essa carga horária está toda voltada mesmo para a prática para a grande maioria assim, e aí, é uma coisa a se pensar também né. (Assistente social nº10).

Não, não. E te digo até porque você está na UFRJ e existe uma separação, "eu sou professor e você é preceptor", apesar que você acabar de fazer a função de professor. (Enfermeiro nº12)

Não. Não, não temos esse incentivo de participar de eventos científicos de produzir trabalhos junto com vocês... Isso daí nunca foi passado pra gente não. (Psicóloga nº11).

Perguntamos aos profissionais se a Residência Multiprofissional tem cumprido o papel de formação permanente para os preceptores e a maioria, 75%, (9 profissionais) considera que tem cumprido sim a essa finalidade.

D) Educação permanente para os preceptores

Tabela 10- Educação permanente

A RMSM tem cumprido seu papel na Educação Permanente?		
Categorias	Quantidade de respostas	Frequência de Respostas
Sim	9	75%
Não	3	25%
Total	12	100%

Fonte: Próprio autor.

Ah tem sim. Eu não sei em outros setores, mas no meu setor a gente está sempre se comunicando com os residentes, está sempre fazendo troca, tirando dúvidas de casos clínicos que aparecem aqui já que aqui é um setor de Álcool e droga, então, tem várias novidades e justiça envolvida, perda e guarda de crianças. Então, sempre aparece casos novos e a gente sempre discute com os nossos residentes sobre isso. (Psicóloga, nº3)

Dos preceptores que consideraram que a Residência tem sido relevante para a educação permanente, 44%, (quatro preceptores) aponta que, contudo, tal potencial necessita ser aprofundado:

Acredito que sim. Agora, assim, deveria ter um suporte melhor, mas reuniões, mais atividades também, os preceptores precisam ter mais qualidade de trabalho, mais condições de trabalho para os residentes. (Assistente social nº4)

Mais ou menos, na verdade assim, são oferecidos alguns cursos que eu me lembro de grupo e até mesmo de tutoria de preceptores, já foi feito, mas assim eu já falei que foi oferecido já há algum tempo e eu não tive a oportunidade de fazer. Então, assim, acho que poderia isso ficar mais próximo da gente até mesmo de atualização, a coisa caminha e muda né, acho que é importante que seja oferecido. Quando eu falo de estímulo, acaba sendo um estímulo pessoal, “eu me sinto motivado, vou querer me formar”, nesse sentido contribui. Mas, se for falar assim “O que é oferecido para vocês?” basicamente não é oferecido. Entendeu? (Assistente Social, nº5)

Olha, às vezes, eu acho que isso poderia ser mais enriquecido, não sei como, quer dizer, eu não estou lá na ponta em meio a essa parte administrativa e de coordenação da residência, mas as vezes eu sinto falta de alguma, até de ter um retorno dessa coordenação desse trabalho de preceptor. Está sendo a contento? ...Porque eu as vezes, eu particularmente que estou na preceptoria já há algum tempo desde o início, eu fico “Poxa, será que eu contribui?”, será? Como é que... Assim, a única coisa que eu sei é que eu tento fazer o meu melhor, é rico pra mim também essa questão de residente aqui pra mim enquanto profissional, é rico porque vocês trazem as vezes informações novas, é uma visão multiprofissional. (Enfermeira nº6)

Olha, eu acho que a gente poderia ter mais espaço com os residentes de discussão e para a gente também né, de se ter mais a própria discussão mesmo da preceptoria, as funções, acho que, talvez, falta um pouco mais de diálogo entre os preceptores, não digo da equipe, mas de outros setores entendeu, incentivos também para os residentes com essa questão de divulgação de trabalhos, de apresentação, essa parte mais acadêmica, apesar deles terem aulas com os tutores, mas ter uma articulação maior nisso, acho que talvez fosse interessante também. (assistente social nº10)

Dentre os profissionais que afirmam que a Residência não cumpre o papel de formação permanente para os preceptores, destacam-se as seguintes respostas:

Só teve um curso de capacitação que já aconteceu que eu já nem sei quando e depois nunca mais, a gente não senta, não discute, não estuda, não faz um curso de capacitação, não se reúne para discutir qual a melhor maneira de proceder, então assim, o meu aprendizado é no dia a dia com o residente, mas ter aquele aprendizado oferecido pela residência para você, enquanto preceptor ficar atualizado, se aprimorar, ficar sabendo o que acontece com outras residências, não, isso não acontece. (Psicóloga nº11)

Eu acho que aí não, porque a gente fica muito preso ao trabalho, mas nunca é ofertado aqui pra gente um curso, a gente ver os residentes indo para vários eventos e não chega nenhum convite pra gente. Eu acho que seria interessante também os preceptores serem convidados, informados. E, a gente não é, e agente fica muito envolvido com o trabalho e a gente não tem tempo de ficar procurando onde tem tudo. E como a residência tem um centro de estudos e tal, eles estão mais informados. Acho que eles poderiam, assim, os responsáveis lá, né, indicar pra gente também, né. Porque as vezes o residente chega até com mais informação que a gente tem pra dar pra eles. Então, acho que a gente precisava assim, de ter esses convite, vamos dizer assim. (Enfermeira, nº9)

Não, não, não porque é aquilo que eu estava te falando, uma coisa era antes até uns três anos atrás, de três anos para cá, vamos supor de 2014 para cá mais ou menos, eu considero que foi mudando. Não tem mais reunião, ninguém mais chama, a gente sabe que tem residente, aí eles vêm e apresentam o setor, aí eles me chamam para poder apresentar o hospital todo porque eu conheço todo mundo né, como se fosse o chefe do museu e fica por isso mesmo. Ninguém explica, não chamam mais porque eles chamavam os preceptores especificamente, eu sei porque eu cheguei a fazer algumas aulas no início de como era que funcionava o setor, quais são as doenças que tinham, como que era a mera integração entre a equipe, não tem mais isso, não estão preocupados com isso. (Enfermeiro, nº12).

As respostas reforçam a concepção de que a RMS é uma estratégia potencial de educação permanente provocando intenções de transformação e novas formas de organização das práticas de saúde no instituto. Entretanto, convive com tensões de uma realidade do que fragiliza tanto um trabalho reflexivo quanto a participação dos preceptores na construção pedagógica do curso. Acaba por reproduzir uma gestão e atenção em saúde verticalizada onde os sujeitos mais “à ponta” (no caso da RMS: preceptores e residentes) ficam alheios à possibilidade de pensar e propor mudanças em seus locais de trabalho.

Segundo Farah 2003, a reflexão crítica na educação contribui propicia aos profissionais, no seu espaço de trabalho, possibilidade de pensar, sentir, querer, agir, serem criativos e autônomos.

A preocupação de se fazer processos educativos para os profissionais de saúde esteve referendada nas Conferências Nacionais de Saúde, incluindo a I e II Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde (1986 e 1993),

registrou-se a necessidade de educação continuada para os profissionais de saúde em serviços como forma de tornar os recursos humanos capazes de compreenderem as necessidades dos serviços e necessidades de saúde da população. Mas os serviços, ao proporem esses processos educativos que, estavam preocupados apenas com o aprimoramento das técnicas, desvinculadas da prática concreta dos trabalhadores de saúde. As metodologias utilizadas nestes treinamentos reproduzem os conhecimentos através da transmissão que pouco contribui para as mudanças desejadas no setor, e nem a formação de ética-política (Farah, 2003).

Com a regulamentação do SUS tornou-se urgente a organização de processos educativos para se implantar e implementar o sistema. A educação em serviço foi o primeiro conceito a ser operacionalizado, conforme sugere o histórico das Conferências Nacionais de Saúde, com o objetivo de ajustar os profissionais às necessidades de saúde nos serviços públicos. Esse tipo de educação ainda é muito utilizada na capacitação dos profissionais de saúde, porque tem como finalidade principal os interesses da instituição, sendo geralmente usados os treinamentos mais centrados nas técnicas (habilidades), do que nos conhecimentos teóricos a serem adquiridos. A educação em serviço objetiva o desenvolvimento profissional, provendo os serviços de profissionais mais capacitados para o trabalho.

A educação continuada, então, surgiu como uma das estratégias para a capacitação de grupos de profissionais de saúde já inseridos nos serviços. O conceito de educação continuada formulado pelo grupo da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (1997), diz ser a educação continuada um processo permanente que se inicia após a formação básica e está destinado a atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupo, frente às evoluções científicas, técnicas e sociais. Esse conceito permite a visão da necessidade apreender conhecimento contínuo, como forma de atualização, a partir das reais necessidades sociais e da própria evolução do setor saúde.

Portanto, diante desses conceitos, a educação continuada torna-se uma abordagem para complementar a formação dos profissionais, auxiliando-os a aproximarem-se da realidade social e oferecendo subsídios para que possam entender e atender as necessidades da população e contribuir para a organização dos serviços de saúde (Farah, 2003).

Portanto, a educação continuada é entendida como informações formais, planejadas, direcionadas, aplicadas e avaliadas, de acordo com a necessidade do trabalho, realizadas por meio de cursos, e a educação em serviço é entendida como o trabalho diário e momentâneo.

Já a Educação Permanente em saúde, significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos sujeitos envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses sujeitos como base de interrogação e mudança (Ceccim & Ferla, 2005). A educação permanente é centrada no processo de trabalho e tem como propósito melhorar a qualidade de vida humana e auxiliar na formação integral do indivíduo e na transformação da realidade (Hadadd, 1990, p. 25).

Portanto, tem-se optado por adotar o conceito de educação permanente por entender que o processo de trabalho na saúde é coletivo, e não depende exclusivamente de um saber individual do profissional para dar respostas aos problemas de saúde da população. Por compreender que educação é um processo permanente, que busca alternativas para os problemas de saúde reais vivenciados pelas pessoas e grupos em suas realidades. Ela deve ser entendida como um fator que influenciará no processo de reflexão e transformação das práticas vigentes nos serviços. Todo processo educativo não tem um fim em si mesmo. Ele é um processo inacabado, sendo necessário retroalimentá-lo continuamente pela dinâmica da realidade.

O Ministério da saúde, através da SGTES, aprova a Resolução Nº 335, de 27 de novembro de 2003 que dispõe sobre a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, a qual culminou posteriormente na Portaria Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores na saúde.

Em 2007, a Portaria GM/MS Nº 1.996, de 20 de agosto, dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e revoga a anterior. Nessa Portaria, é reafirmado que a criação da PNEPS visa contribuir com a transformação e

qualificação das práticas de saúde, com a organização das ações e dos serviços, com os processos formativos e ainda com as práticas pedagógicas. Dentre as várias iniciativas propostas e realizadas no âmbito da implementação da EPS no Brasil destaca-se a experiência das Residências Multiprofissionais em Saúde.

A EPS está baseada na aprendizagem que propõe que a capacitação dos profissionais seja pautada na metodologia da problematização do processo e da qualidade do trabalho ofertado em cada serviço de saúde. A concepção da EPS foi compreendida não apenas pela finalidade de produção de resultados ou com objetivos pré-estabelecidos, mas também como espaços de diálogos entre os profissionais de saúde. A 'educação permanente em saúde' não expressa, portanto, uma opção didático-pedagógica, expressa uma opção político-pedagógica, propondo fortalecer o SUS em suas diretrizes: integralidade e a participação popular com papel de controle social. Dessa forma a EPS inova na proposição de articulações entre o ensino, o trabalho e a cidadania.

De acordo com Ceccim (2005), a Educação Permanente em Saúde opera o Quadrilátero da Formação: ensino, gestão, atenção e controle social. A interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde deveria permitir valorizar as características locais, as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, produzir auto-análise e autogestão.

O papel das práticas educativas deve ser crítica e incisivamente revisto para que almeje a possibilidade de pertencer aos serviços/profissionais/estudantes a que se dirigem, de forma que os conhecimentos que veiculam alcancem significativo cruzamento entre os saberes formais previstos pelos estudiosos ou especialistas e os saberes operadores das realidades – detidos pelos profissionais na assistência, pois são os sujeitos do cotidiano que devem ser protagonistas da mudança de realidade desejada pelas práticas educativas. (Ceccim, 2005). Vale lembrar que nos cursos de atualização trata-se do “como deveria ser”, ou seja, o conhecimento científico acumulado e atualizado, não se leva em consideração à experiência cotidiana e as situações vivenciadas no trabalho como aprendizagem permanente. Diante disto, a educação permanente e continuada surgem como estratégia.

Inegável o discurso ministerial de aposta nas RMS como uma modalidade de formação sintonizada com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. No entanto, o histórico e arcabouço legal das Residências irá revelar os embates, as disputas, as pactuações, os enfrentamentos, os tensionamentos e os discursos dos diferentes sujeitos diretamente envolvidos com o desenvolvimento das RMS no país.

Nas discussões dos Encontros Nacionais de Residências em Saúde, pode-se observar a recorrente luta pela garantia de espaços de educação permanente para preceptoria assim como aproximar preceptores e tutores na construção do processo de orientação no Programa de Residência. No que tange ao Projeto Político Pedagógico é desafiador:

[...] a busca por real abertura para os processos de Educação Permanente em Saúde na cultura do trabalho em saúde; valorização de produção escrita/científica pelos diferentes atores desta formação; espaços teóricos organizados para dar conta das necessidades desta formação e do SUS; turno de pesquisa diurno (não noturno); pactuar com a gestão espaços de ensino/reflexão nos serviços que irão abrigar programas de residência; inserção real do controle social nos Programas de Residência; garantia da inserção de experiências de controle social como cenário de prática profissional. (Relatório – Desafios região sudeste, 2015)

Em relação à formação e educação permanente dos preceptores e tutores, reafirma-se a necessidade de comprometimento das instituições responsáveis pelos Programas e das esferas de gestão do SUS, visando a garantia da prática da Educação Permanente no exercício da docência em serviço. E ainda, a estruturação de programas de formação em nível Nacional e Regional, nas modalidades presencial, semi-presencial e a distância, além da possibilidade de intercâmbio entre tutores e preceptores de diferentes programas. (Carta dos Preceptores na ENRS 2016 – Curitiba)

Quanto ao reconhecimento e fortalecimento da função tutoria, docência e preceptoria nos programas de residência em saúde, os espaços de debates das RMS indicam que há necessidade de definição de Políticas Institucionais de integração ensino e serviço de modo a exigir que o espaço de ensino esteja inserido no processo de trabalho dos serviços que abrigam programas de residência. No relatório do III Seminário Gaúcho de Residências em Saúde Porto Alegre de 2011, registra-se a necessidade de:

Garantir espaços formais (no plano de formação da residência) de discussões, de interlocução e de diálogo, para as trocas entre a equipe como um todo; Garantir a educação permanente para os trabalhadores dos espaços que o residente circula e/ou que está inserido, principalmente dos preceptores; Mobilizar a criação de

espaços sistemáticos de encontro e troca entre preceptores e tutores das Residências em Saúde (intra e interprogramas), orientados pela perspectiva da Educação Permanente em Saúde; Necessidade de formação pedagógica de preceptores. (III Seminário Gaúcho de Residências em Saúde Porto Alegre, 2011)

Efetivar democratização concreta de todas as discussões e decisões da gestão dos Programas Residência de modo a garantir a contribuição coletiva de todos os atores nas definições pedagógicas e políticas faz parte da perspectiva da Educação Permanente. Porém, em pesquisa realizada no Hesfa em Silva (2015), constata que na época a maioria dos preceptores desconhecia (67%) o projeto pedagógico do curso.

Quando indagados sobre a participação na construção do projeto 43% afirmou que não participou da construção do projeto; 42% participou da construção, mas não considerou a participação substancial afirmando que foram chamados a apenas operacionalizar o que já fora pensado; e apenas 15% afirma ter tido participação efetiva na construção do projeto. Um dado interessante se levarmos em consideração que 67% dos preceptores, então, entrevistados se inserirão no RMSM desde seu início.

Outra constatação é sobre articulação com os demais sujeitos formadores da residência (coordenadores e tutores) em que 50% afirmou pouca articulação e ainda 17% respondeu haver nenhuma articulação, somente 33% considerou os sujeitos bem articulados. Essa pesquisa também evidenciou que os preceptores não planejam regularmente suas atividades de ensino, realizando espontaneamente as funções relativas a preceptoria.

Perguntamos se estes profissionais formadores do SUS e vinculados a uma universidade possuem o costume de produzir Relatos de Experiência e 33% não produz relato de experiência, 25% produz relatos e publica, 17% publicava, mas atualmente não publica mais; e 25% produz conhecimento relacionado a pesquisa e resultado do mestrado. Ou seja, 50% atualmente mesmo vinculado a um curso de pós-graduação que articula teoria e prática não costumam produzir relatos de experiência do exercício profissional (Silva, 2015).

A falta de protagonismo dos formadores preceptores na construção do Projeto Político Pedagógico abre a discussão para repensar a participação mais satisfatória destes na RMS tendo em vista que estes profissionais são centrais

na formação com ênfase prática onde a maior parte do processo de ensino-aprendizagem se realizará com a orientação profissional dos preceptores.

Ainda aprofunda a reflexão sobre a necessidade de potencializar a RMS como espaço de educação permanente incentivando os profissionais à prática reflexiva (Vasconcelos, 1997) e o contínuo pensar e planejar sobre o trabalho realizado. Além disso, o próprio espaço da tutoria que seria um momento de orientação dos preceptores e discussão teórico-prático, é negligenciado e pouco aproveitado na RMSM.

Segundo a Resolução CNRMS Nº 2 de 2012, a tutoria caracteriza-se exatamente pela atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes voltada à discussão das atividades teóricas e teórico-práticas, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. Ao tutor compete, entre outros, implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino serviço; realizar encontros periódicos com preceptores e residentes com frequência mínima semanal, contemplando todas as áreas envolvidas no programa; organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do Projeto pedagógico; participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores.

Entretanto, segundo o relato dos preceptores a articulação destes com os tutores/tutoria é frágil. Um espaço institucional que sendo fortalecido contribuiria para a reorganização dos processos de trabalho a partir da problematização, reflexão e avaliação nos territórios de modelos e de práticas de trabalho instituídos. Neste sentido, envolver os sujeitos para operar a Educação Permanente é tarefa necessária para que processos educativos da RMS tenha como fim a organização dos serviços a partir de sua análise e da proposição sobre os problemas identificados.

E) Participação do preceptor nos espaços de decisão

Quando perguntados se participam espaços coletivos da Residência e da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde - COREMU **-todos os preceptores afirmam que atualmente não participam das reuniões.** Destes,

dois profissionais afirmam que desconhecem o que seja a COREMU e outros dois profissionais afirmam que participaram somente no início.

Desconheço, não sei nem o que é COREMU! Seria muito legal se a gente pudesse estar recebendo informes sobre isso, informe do que está sendo discutido porque, às vezes, a gente não tem a disponibilidade de estar presente lá, enquanto todo um grupo de preceptoria. Mas, se a gente pudesse estar recebendo quais foram as questões discutidas, quais os resultados desse seminário, quais as novas perspectivas que sempre aparecem né no seminário, acho que seria legal a gente está atualizado a respeito disso. Seria bem interessante. (Enfermeira, nº6)

Olha, não, os tutores sim, os preceptores, até dois anos atrás a gente ainda recebia um e-mail dizendo que ia ter, convidando para a reunião, mas agora ninguém convida mais, acabou. Hoje em dia eu não sei como está essa história, não convidam, eu não recebo mais e-mail, eu recebi porque eu tenho guardado alguns e-mails comigo, eu fui até em algumas reuniões que eu pude ir, mas agora eu não tenho mais, deteriorou o negócio. (Enfermeiro nº12)

Eu já participei da COREMU no início, até fui representante da tutoria. Ai depois eu precisei me afastar porque eu comecei o mestrado, e depois nunca mais eu soube das reuniões da COREMU. Depois eu simplesmente nunca fui mais informada de quando teve reunião, quando deixou de ter, quando vai ter a assembleia, nunca mais eu soube nada a respeito da COREMU, ela ainda acontece? (Psicóloga nº11)

Não, não lembro de ter sido convidado. Não lembro. Eu sei que existe. Mas não lembro de ter tido “Ah, você está sendo convidado a participar disso”, não, não lembro de ter acontecido isso. (Assistente social nº5)

ACOREMU é um órgão componente da residência multiprofissional composta por representantes dos diversos sujeitos envolvidos com a residência. Este órgão tem caráter informativo e deliberativo, reunindo-se ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que necessário, o calendário anual das reuniões deve ser publicizado. Portanto, se constitui um espaço coletivo mais local de deliberação sobre a RMS. Toda RMS necessita estar ligada a uma COREMU. A Resolução nº. 2, de 2 de maio de 2010 da CNRMS Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que oferecem programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde.

Segundo o Regimento Interno dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro aprovado em dezembro de 2011, a COREMU/UFRJ tem caráter deliberativo e será a responsável pelo acompanhamento, monitoramento, assessoria aos programas

de residência multiprofissional da universidade³⁰ e será composta pelos seguintes membros, com igual direito de voz e voto:

I. 01 Coordenador Geral ou Vice Coordenador; II. 01 Coordenador ou Vice Coordenador de cada Programa; III. 01 membro efetivo e 01 suplente representante dos Preceptores ou Tutores ou Docentes de cada Programa; IV. 01 membro efetivo e 01 suplente representante dos Residentes de cada Programa; V. 01 membro efetivo e 01 suplente representante do Gestor Local de Saúde ou das coordenações de área de planejamento dos cenários de prática externos a unidades da UFRJ (p.2)

Ainda fala que a COREMU/UFRJ possui as seguintes atribuições:

Deliberar sobre assuntos referentes aos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da UFRJ, consubstanciando-se em Decisões ou Resoluções; II. Manter os entendimentos com a CNRMS e sua representante regional, considerando que é o órgão competente para tal; III. Organizar a seleção anual dos candidatos à Residência Multiprofissional em Saúde e encaminhar o processo de admissão dos aprovados em parceria com as Comissões de cada Programa; IV. Homologar o resultado da seleção anual dos candidatos aos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e encaminhar o processo de admissão dos aprovados às instâncias competentes da UFRJ/MEC/MS; V. Acompanhar, monitorar e assessorar o desenvolvimento das atividades da Residência Multiprofissional em parceria com as Comissões de cada Programa; VI. Fazer avaliação periódica do desempenho das áreas já credenciadas em parceria com as Comissões de cada Programa; VII. Cobrar dos distintos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da UFRJ o Plano Anual da Residência Multiprofissional em Saúde, fixando a programação a ser desenvolvida e o número de vagas para cada área, de acordo com a disponibilidade de bolsas e solicitação baseadas em estudo analítico, na comprovação de sua capacidade de atendimento e nos critérios gerais aprovados pelas Comissões de cada Programa; VIII. Apreciar as faltas e transgressões dos Residentes, de acordo com este Regimento e aplicar as penalidades cabíveis em parceria com as Comissões de cada Programa; IX. Elaborar relatório anual. (p.2, Grifo nosso)

A COREMU decide sobre questões importantes do programa como os critérios de avaliação, frequência e aprovação, o regime disciplinar e questões éticas, direitos e deveres do residente, penalidades, a estrutura pedagógica e curricular dos cursos, o trabalho de conclusão de curso, avaliação de

³⁰ A COREMU da UFRJ acompanha os seguintes programas de Residência da UFRJ: Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HUCFF/UFRJ; Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher HESFA; Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – HESFA/UFRJ; Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da UFRJ; Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente do IPPMG/UFRJ; Residência Multiprofissional em Saúde Mental do IPUB/UFRJ. Se realizam nas instituições hospitalares da UFRJ: Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - HUCFF, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis - HESFA, Maternidade Escola e Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN, Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira – IPPMG, Instituto de Psiquiatria-IPUB.

aprendizagem, certificado de conclusão do curso , entre outros. Portanto, a não participação dos preceptores nesse espaço vai à contramão da perspectiva participativa do SUS e da Educação permanente.

Pontuamos, entretanto, que o esvaziamento participativo dos profissionais nos espaços deliberativos é parte e expressão de uma conjuntura maior de alijamento da base na construção da Política de Residência Multiprofissional em saúde. Como vimos anteriormente neste trabalho, na instância maior e nacional de deliberação sobre as residências – a CNRMS –a participação dos sujeitos base da Educação e do Trabalho em Saúde, que estão gestão e na assistência do SUS, foi bloqueada.

A partir de 2009, os Ministérios da Saúde e da Educação deixaram de convocar as reuniões da Comissão, suspendendo negociações públicas e agravando as tensões e dúvidas sobre regulamentação das residências, além de alterarem a composição e a dinâmica da CNRMS ampliando a representação do governo, fragmentando a representação dos diversos segmentos e deslegitimando os fóruns que a compunham.

Apesar do bloqueio institucional os coletivos (Fórum Nacional de Residentes Multiprofissional em Saúde – FNRMS, Fórum Nacional de Tutores e Preceptores das Residências Multiprofissional e em Área Profissional em Saúde – FNTP, Fórum Nacional de Coordenadores das Residências Multiprofissional e em Área Profissional em Saúde) estão se movimentando em processo permanente, de forma instituinte, e pleiteando o reconhecimento e legitimidade dos Fóruns Nacionais na indicação de seus representantes para a CNRMS e demais espaços deliberativos. Nacionalmente, a utilização de fóruns já constituídos foi uma das principais estratégias de articulação, acompanhamento da legislação, capilarização do debate e oxigenação das iniciativas exitosas existentes em algumas localidades.

Sedo que no contexto local da própria Residência – RMSM, além da falta de incentivo à participação e publicidade da COREMU, há a cultura de afastamento dos profissionais dos espaços coletivos e decisórios. Na pesquisa realizada em 2015 evidenciamos, por exemplo, que no que diz respeito aos conselhos de política e de direitos na atenção à saúde da população, observou-se um distanciamento dos profissionais com estes espaços já que 42% nunca

participaram dos conselhos e 25% não participam mais, apenas 33% participam ativamente.

Quando perguntados se participam de outros espaços coletivos, 50% afirmam que não participam atualmente, mas já participaram; 42% nunca participaram e apenas 8% participam ativamente. Indagou-se sobre a importância dos espaços coletivos, fóruns e conselhos, para a formação do Residente do SUS e a maioria (83%) afirmou ser positivo e necessário para a formação dos residentes. Porém, 9% desconhecem esses espaços e ainda tiveram aqueles que criticaram esses espaços (8%). Interessante notar que, mesmo os que não incorporaram a participação nesses espaços em sua prática social na saúde, a maioria reconhece a relevância da inserção dos residentes nesses espaços políticos, identificados como importantes para fortalecer o SUS (Silva, 2015).

É urgente a necessidade de organização e participação coletiva dos profissionais preceptores para fortalecer a demanda por condições de trabalho e valorização da função de preceptor que é uma luta nacional (como vimos anteriormente). Condições de trabalho que muitas vezes é um impedimento de melhor participação político-pedagógica dos profissionais no curso.

A urgência de organização e participação também se deve a necessidade de firmar a RMS como uma política voltada ao SUS e à perspectiva da EPS. Tendo em vista que existe uma disputa entre paradigmas sobre a finalidade da RMS, somente a resistência e participação de seus sujeitos para garantir que interesses divergentes ao do fortalecimento SUS não prevaleçam na construção da política nacional de residências.

No eixo de Participação Social é interessante destacar a posição assumida no VI Encontro nacional de Residências defendendo o espaço da participação nos espaços políticos (espaços em defesa do SUS e da RMS) como integrante da carga horária da residência e o chamamento para a mobilização social:

Compreendemos também o fortalecimento a partir da presença e mobilização dos/das residentes, preceptores/as, tutores/as e coordenadores/as nos espaços de controle social, garantindo assim a formação crítica e de militância social, bem como que todos os programas de residência tenham em sua carga horária espaços de defesa do SUS – como os ENRS, Assembléias de segmentos, Conselhos Municipais, Estaduais e Nacionais e outros movimentos sociais, no

mínimo mensalmente. Consideramos necessária a aproximação com os movimentos sociais que lutam por direitos sociais sendo estratégico para potencializar e rearticular a militância dos residentes e da pauta do SUS defendida por nós. Ressaltamos que o encontro deve ser construído com caráter político e junto aos Fóruns de segmentos. Para o próximo encontro, pautamos a necessidade de espaços para discutir políticas de equidades (questões de gênero, etnia, entre outras). Por fim, diante das ameaças aos direitos sociais e ao SUS, acreditamos que seja necessário que as residências se mobilizem na elaboração de estratégias de luta na defesa do SUS para além das instituições formadoras, serviços e controle social e por isso, convocamos com urgência todos os atores envolvidos com as Residências a se aproximarem e articularem nos coletivos e movimentos sociais já organizados em seu território para a construção, fortalecimento e consolidação de um SUS público, estatal, universal, gratuito e de qualidade (Carta da VI ENRS 2016 Curitiba)

Destacamos, também, a defesa feita no II Encontro Nacional de Residências em Saúde (2012) de *“aumentar a participação dos usuários nos espaços de discussão da residência”* e *“Estimular a participação de outros atores sociais (entidades, associações locais, movimentos etc.) na composição das COREMUs”* (Carta II ENRS Porto Alegre, 2012). Tal defesa vem sendo assumida em todas as Encontros nacionais e demarca o “espírito” de participação e controle social em que se baseia o SUS. No entanto, percebemos que mesmo a participação de sujeitos formadores ainda é desafiador dentro do SUS.

F) Papel e desafios da RMS no SUS.

Indagamos os preceptores sobre o papel da Residência Multiprofissional no Contexto do SUS. Dividimos as respostas nas seguintes categorias:

Tabela 11- Papel da Residência Multiprofissional em Saúde

Papel da RMS no SUS:		
Categorias	Quantidade	Respostas
Reformular o Modelo de Atenção do SUS; Reforçar promoção e prevenção em Saúde e Fortalecer a atenção primária	3 respostas	25%
Qualificar o atendimento aos usuários através da formação qualificada e inserção no SUS.	3 respostas	25%
Fortalecer o trabalho Multiprofissional e a Integralidade	5 respostas	42%
Fortalecer a Praxis; a assistência articulada à pesquisa e ao ensino.	1 resposta.	8%
Total	12 respostas	100%

Fonte: Próprio autor.

É dar ao SUS o que está faltando, a parte principal, integralidade... E, é aí, eu acho que a residência pode estar ajudando nesse sentido, você está formando esses profissionais não com uma outra cabeça, porque cada um pensa de um jeito, mas, pelo menos, dando a ele uma visão diferenciada de que significa essa palavra e que todo mundo gosta de falar "Integralidade, integralidade, integralidade" e, na verdade, a integralidade não é o cara ser atendido pelo Serviço Social, ser atendido pelo enfermeiro, pelo médico, pelo psicólogo, vai para o ortopedista, isso não é integralidade. Isso, qualquer policlínica faz. Integralidade é você sentar com os outros profissionais e traçar um prognóstico desse indivíduo, "Olha, o problema básico dele agora é esse, se a gente resolver esse problema, a gente vai conseguir ir para o outro", isso não tem, e isso a residência pode dar. (Enfermeiro nº12)

Então, assim, talvez, para o SUS isso tenha contribuído por conta da Política de Atenção Básica, a questão da Clínica da Família, de ter que ter uma equipe multiprofissional. Mas aqui para o Hospital nós precisávamos ter residência por uma questão de certificação, porque uma das pendências para receber uma certificação junto ao MEC e ao próprio Ministério da Saúde era o fato de nós não termos uma residência. (Psicóloga, nº11)

É, então, recentemente, acho que essa semana mesmo a gente está vendo todos esses cortes no governo, essa coisa nova, e eu fiquei sabendo que as residências elas não terão mais as bolsas de incentivo. E isso me deixou muito triste e chateado porque parece e o que a gente imagina é que eles estão querendo meio que, de alguma forma, boicotar o SUS, porque essa formação, essa residência é uma formação nova, é uma proposta nova que faria com que profissionais saíssem daqui com uma nova visão e a gente poder tentar dar uma nova diretriz pro SUS, um novo atendimento, qualidade, e sem esse incentivo não acho legal. (Enfermeiro nº2)

O papel da residência, né? São pessoas entrando nesse mercado de trabalho, com idéias novas, mais interesse e iniciativa, de querer, de tentar mudar alguma coisa, porque a gente tá vendo que tá tendo uma decadência do SUS pela frente. E com a residência multiprofissional, é uma maneira também de se pensar mais, né. Tem três profissionais de categorias diferentes, com pensamentos alguns em comum outros diferentes, também é uma maneira de tentar instrumentalizar melhor essa rede de organização, até da questão da resolutividade. Porque se você atendi ali com uma equipe multiprofissional, com certeza você vai ter mais condições de dar resolutividade na atividade, para aquele indivíduo, do que ficar encaminhando. Então, isso, a resolutividade também é um princípio do SUS e eu acredito que é muito importante. (Enfermeira nº9).

Para o SUS, eu só vejo aspectos positivos, de ter a residência multiprofissional, já são profissionais, mas que ainda estão em formação de estar conhecendo, de estar pesquisando, de estar atuando, de estar discutindo os casos e de estar levando situações para os setores para os profissionais que já estão lá, de estar colocando a necessidade de capacitação, de estar trocando, eu acho muito positivo essa atividade, para o SUS de modo geral. Pena que o SUS, ele não consegue depois absorver esse profissional que ele contribuiu com a formação porque são profissionais que estão super especializados em saúde pública e tudo, mas ele depois não consegue absorver, por outras questões também né, de contrato de concurso enfim. Termina que são profissionais que muitas vezes vão trabalhar na iniciativa privada também na área da saúde, formado pelo SUS, ou, que mudam de área também mas são profissionais muito capacitados, são dois anos assim de muita dedicação, de estar a semana inteira, dia e noite. Tem muita carga horária voltada para a saúde especificamente e que, infelizmente, depois esses profissionais não são absorvidos porque são profissionais extremamente qualificados que poderiam dar continuidade até nos setores por onde passaram, né. (Assistente Social nº 4)

Pedimos que os preceptores falassem o que representa desafios do RMSM para contribuir na qualificação da formação e atenção em saúde no SUS:

Tabela 12- Desafios da Residência Multiprofissional em Saúde

Desafios da RMS:		
Categorias	Frequência de respostas	Respostas
Melhora da estrutura física do equipamento; espaço físico recursos; referência e contra-referência.	4	25%
Ter mais profissionais preceptores	2	13%
Trabalhar de forma multiprofissional e investir na Educação permanente	5	31%
Maior organização das atividades/ Comunicação entre os sujeitos formadores sobre a carga horária teoria e prática.	5	31%
Total	16	100%

Fonte: Próprio autor.

Acho que, assim, primeiro é o estímulo mesmo aos profissionais, abranger mais pessoas a estarem trabalhando nesse campo atuando como preceptor ou tutor; melhores condições físicas porque, às vezes, a gente recebe os residentes e fica com uma dificuldade inclusive de sala para poder estar acompanhando, para estar orientando, para estar discutindo o caso, até por conta das atividades de profissionais também de forma geral e acaba não tendo muito tempo para isso. Hoje mesmo a gente estava numa correria tremenda porque aí você tem fazer acolhimento, você tem que atender, tirar dúvidas do paciente, hoje, por exemplo, eu estava recebendo uma estagiária. Então, assim, no primeiro momento você tem que dar toda a orientação e você tem que estar junto e aí, assim, você fica com um tempo muito escasso, talvez se tivesse mais gente fazendo outras coisas, você se liberaria mais até por conta da lógica da produtividade. Apesar de ser uma Universidade, apesar de ter um foco também na educação, o tempo todo se fala “A produção caiu, a produção aumentou”, isso acaba influenciando de forma negativa na qualidade do atendimento que você deveria prestar. (Assistente social nº5)

Eu acho que o grande desafio é a multidisciplinaridade né. É você ser multi, a nova visão multi que existe agora, eu acho que esse é o grande desafio, saber trabalhar Serviço Social, enfermagem, psicologia, todas as três num olhar mais holístico. Acho que esse é o grande desafio, não fracionar o usuário, que ele seja um ser único e abordado de uma forma multi né. Acho que o maior desafio da residência, para quem passou, pra você que passou, para nós que somos preceptores, é olhar o usuário dessa forma. (Enfermeiro nº2)

Acho que o maior desafio continua sendo o atendimento multi, três profissionais atendendo juntos... A gente tenta fazer isso mais com eles, mas com a gente, a

gente não consegue fazer na prática, atender junto com uma assistente social ou um psicólogo, por exemplo, a gente já tentou, já atendia um tempo com a assistente social. A Andrea tá querendo inserir o profissional enfermeiro na avaliação psicossocial, porque ela faz junto com a assistente social estaria faltando a enfermeira. Aí a gente vai tentar iniciar isso ano que vem, esse atendimento em trio. Mas, isto é complicado porque quando você atende em trio, multiprofissionalmente, a consulta demanda mais tempo. O hospital tem a questão da produtividade, eles querem que a gente produza, então o atendimento fica mais doloroso e o paciente também tem aquela necessidade de ser atendido logo, então acaba dividindo os profissionais. Cada um atende na sua salinha, o paciente sai de um e vai pro outro, na verdade, o paciente vai acabar ficando até mais tempo, né, nisso. Só que, eles na maioria das vezes não entendem. (Enfermeira nº9).

Olha, hoje, o que eu ainda vejo assim, uma coisa que acaba às vezes atrapalhando, é a forma como é distribuída a carga horária de vocês nas atividades porque às vezes vocês ficam muito mais tempo fora daqui do campo da prática do que aqui dentro. Quando aqui a gente tem uma demanda muito grande, então a gente tem um trabalho maior para oferecer. Então, eu acho que a gente poderia contribuir muito mais no dia a dia no aprendizado de vocês, e a forma de como é distribuída e a forma de como é feita, às vezes atrapalha, quando a gente está começando a engrenar às vezes com um grupo aí está na hora dele ir embora, aí vem um novo grupo, aí você tem que começar tudo de novo. (Psicóloga, nº11)

Qual o maior desafio? Discutir de forma mais profunda a questão da integralidade, porque os residentes não entendem e nem quem está na coordenação da residência. O que que é integral? O máximo que consegue discutir é "as caixinhas": "oh, isso aqui é da Psicologia, isso aqui é do Serviço Social, isso aqui é da enfermagem". Não! Aqui, a gente está discutindo o indivíduo, isso é integralidade. (Enfermeiro nº12)

Eu acho que deveria ter um programa melhor na residência quanto as atividades dele nos setores. Como eu falei anteriormente, muitas vezes, o residente está no atendimento, está no envolvimento com o paciente e muitas vezes tem que desmarcar com o paciente porque tem uma atividade extra que apareceu de repente e eles tem que deixar o atendimento para ir nessa atividade que é obrigatória pela residência. Então, eu acho que a residência deveria se organizar mediante ao residente, dos horários que eles não estivessem atendendo para ter essa atividade extra aí. Isso prejudica o residente e mais o usuário. (Psicóloga nº3).

Sobre a percepção dos preceptores sobre o Papel da RMS destaca-se a função de Fortalecer o trabalho Multiprofissional e a Integralidade. Sua expansão no Brasil é fundamental para uma formação adequada às diretrizes do SUS. Esta importância adquire um significado especial no caso das residências multiprofissionais, uma vez que elas devem se orientar por uma visão diferenciada da atenção e do cuidado, na qual, não apenas as diferentes competências profissionais são reconhecidas, mas devem efetivamente estar integradas.

Sendo um desafio, garantir no plano de formação da residência, dentro da carga horária, a integralidade da formação com a inserção nas redes municipais, poder circular em outros níveis de atenção com a integração entre áreas de concentração, que faça que o residente circule nos espaços para além da atenção/assistência, mas do controle social, da gestão e da educação (quadrilátero da formação) e na rede intersetorial (III SGR, 2011)

A multiprofissionalidade é o termo utilizado pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e se constitui a principal diretriz para a formação do residente. Sobre a prática multiprofissional, utilizamos o conceito apontado por Minayo (2010), *“multiprofissionalidade diz respeito à múltipla articulação, agora, de áreas profissionais. Ela acontece, geralmente quando, para solucionar um problema complexo da prática, são necessários conhecimentos de vários especialistas”* (p. 436).

Em Silva (2015), indagamos os preceptores sobre o planejamento multiprofissional do ensino na preceptoria observa-se que 76% dos preceptores afirmam que não há planejamento multiprofissional, 8% afirma que têm planejamento multiprofissional, mas nem todos preceptores participam, 8% afirma que há reuniões regulares e outros 8% afirma que o planejamento é “no dia a dia”.

Quando indagamos sobre a prática multiprofissional no próprio HESFA os preceptores encontram dificuldades (25%) por questões estruturais; outros afirmam que não há integração multiprofissional no instituto (25%) e outros ainda afirmaram que não conseguiam avaliar (25%) tendo em vista que não conheciam o trabalho das outras unidades. Outros 17% afirma que as características do HESFA (com o protagonismo da enfermagem e demais categorias não médicas) contribui para a prática multiprofissional e ainda 8% sugere que deveria ter mais oficinas e articulação entre setores, além da docência, pesquisa e extensão (Silva, 2015).

Esses dados demonstram que apesar dos preceptores consideraram que o Instituto e suas unidades serem avançados na intenção e em práticas multiprofissionais a realidade aponta que os profissionais possuem muita dificuldade em integrar essas práticas no cotidiano como exemplo do planejamento e do conhecimento da realidade de outros setores do HESFA.

Os profissionais integrantes da RMSM sinalizam que a maior preocupação não seria com a possibilidade de invadir o núcleo de atuação de cada profissional, mas sim de buscar um compartilhamento das ações em saúde entre eles. Com isto, estes profissionais se colocam no lugar de fronteiras com as outras profissões e oportunizam que seus lugares sejam “invadidos” com responsabilidade para que a troca de saberes seja consolidada (Ceccim, 2010). Contudo, muitas vezes o que oportuniza o a realização do trabalho multiprofissional nos setores é a presença do residente e não a mudança na forma de organizar a assistência dos profissionais fixos da unidade.

Ao destacarem como desafios para a RMS (além do trabalho multiprofissional) a Educação permanente e a comunicação entre os sujeitos formadores que constituem a RMS (preceptores, coordenadores, tutores) retomam às problemáticas já apontadas neste trabalho da falta de efetivação da perspectiva da EPS que propõe a reflexão, contínua e participativa, das práticas de saúde. Propõe integração entre saber e prática que visem mudanças possíveis nos espaços de trabalho. A RMS possui potencial para a EPS, porém ainda não está fortalecendo essa capacidade.

As profissões de saúde possuem estatutos legais e éticos que prescrevem uma autonomia teórico-metodológica, técnica e ético-política à condução do exercício profissional. Tendo em vista que a prática profissional atua no movimento contraditório das classes, as ações mais simples até as mais complexas imprimem uma direção social e política (Netto, 2006).

Ao realizarmos reflexões e críticas à RMS e aos seus sujeitos formadores consideramos os desafios estruturais e conjunturais que se insere o programa dentro do SUS: questões relacionadas ao subfinanciamento do SUS, à precariedade e sobrecarga dos vínculos de trabalho, a necessidade de valorização dos trabalhadores através de planos de carreira adequados, inclusive, o resistente desafio da aproximação entre a academia e os serviços. O Clássico dilema (tão discutido pelo Serviço Social) entre causalidade e teleologia (Iamamoto, 2008).

O trabalho profissional esta sujeito a determinações históricas que fogem ao controle dos profissionais e impõem limites á socialmente objetivos (causalidade), com momentos de possibilidades de ações planejadas na defesa

de um projeto alternativa de prática social (teleologia). Para que o profissional tenha condições de perceber as possibilidades existentes na realidade, este necessita de uma formação que lhe dê condições de conhecer o real para além dos seus limites históricos. Nesse sentido que a EPS torna-se alternativa urgente para potencializar a RMS rumo aos interesses do SUS, tendo em vista que sua implementação é cercada pela convivência, disputas e tensões entre projetos divergentes para a saúde.

O exercício da profissão é tensionado pela condição de trabalhador assalariado que é um fundamental determinante na autonomia do profissional. Segundo Iamamoto (2010), essa condição de venda e compra da força de trabalho restringe, em graus variados, a autonomia profissional na direção social desse exercício, com incidências na sua configuração técnico-profissional. A condição assalariada – seja como funcionário público ou assalariado de empregadores privados, empresariais ou não – envolve, necessariamente, a incorporação de parâmetros institucionais e trabalhistas que regulam as relações de trabalho e recortam as expressões da “questão social” que podem se tornar matéria da atividade profissional.

É preciso considerar que a ordem burguesa é por natureza contraditória, pois ao mesmo tempo em que fornece as bases históricas para o desenvolvimento de demandas vinculadas à liberdade (direitos, garantias sociais e individuais, autonomia, autogestão, políticas sociais), simultaneamente bloqueia e impede sua realização. O mesmo ocorre com o valor da igualdade que a é tensionada na dinâmica das relações entre as classes sociais.

Os princípios do SUS, em tempos neoliberais, são contra-hegemônicos e os profissionais de saúde estão, mesmo num contexto político e econômico desfavorável a ele, inserido nos espaços que contêm um amplo potencial para reverter as tendências de enfraquecimento e desqualificação deste projeto.

A educação permanente e orientada por uma visão ampla da saúde pode contribuir para a eliminação de barreiras para uma prática voltada aos interesses do SUS. A própria RMS pode ser um instrumento para superar a cultura acumulada relativa ao trabalho em saúde na perspectiva biomédica. A formação e prática profissional não têm capacidade por si só de realizar as transformações necessárias para qualificar o SUS, porém nela está contida uma resistência

importante de captar as possibilidades contidas na realidade cotidiana de se lutar pelo sistema público, influenciar o pensamento da população usuária e por fim contribuir na formação em saúde crítica em relação à realidade social e na defesa e ampliação dos direitos da população usuária dos serviços de saúde.

3.4.

Resultados e Discussões: concepção dos residentes

A) Carga Horária e Bolsa para os Residentes

Apresentaremos os relatos dos eixos 1- Condições da RMS para desenvolvimento da formação profissional (bolsa e carga horária); 2- Condições da RMS para desenvolvimento das atividades práticas e teóricas; 3-Motivação para adesão à RMS; e faremos uma análise.

Aproximamo-nos das concepções e relato dos Residentes Multiprofissionais discentes da RMSM, entrevistamos Residentes de primeiro ano (R1) e Residentes de segundo ano (R2) em 2016. No total de 24 residentes multiprofissionais no curso em 2016 (12 R1 e 12 R2), ouvimos 13 residentes (7 R2 e 6 R1) sendo 5 psicólogos, 3 enfermeiros e 5 assistentes sociais. A maioria dos residentes são mulheres (92%) e possui idade entre 23 e 33 anos (85%).

Indagamos aos residentes se a bolsa proporcionada pelo curso oferece suporte material suficiente para o desenvolvimento da formação em regime de Dedicação Exclusiva. Observou-se que 38% considera a bolsa insuficiente e outros 62% dos residentes (8 residentes) consideram que o valor da bolsa é suficiente sendo que destes (50%) fizeram ressalvas destacando que por ser DE as pessoas precisam arcar com as despesas da vida e sobrevivência além do estudo e nesse sentido, apenas esse valor é insatisfatório. Houve também falas que destacam que o bolsista não têm direitos trabalhistas o que pode tornar retirar a qualidade do valor da bolsa. Segue alguns depoimentos abaixo:

Na minha vida em particular ela me provem sim em relação aos estudos, material e tudo mais, mas eu vivo com os meus pais, então eu não tenho muitos gastos com moradia, entende! Então, ela me serve, mas só que eu tenho outras maneiras

de prover necessidades como moradia e alimentação porque eu não tenho muitos gastos com comida e com moradia porque eu moro com os meus pais. Então, para os estudos, para pagar material, livro, essas coisas, sim. (Sujeito 6 - psicólogo)

Hoje, sim, eu considero importante, mas a minha crítica vai além da bolsa porque a minha crítica vai à questão dos direitos mesmo referente a isso. Porque a gente tem um regime de trabalho, porque tem trabalho, mas a gente não tem a segurança de um trabalhador em outras questões, entendeu? Então, não é só questão financeira do dinheiro. Não sei se estou indo além, entendeu, mas eu, é mais nesse sentido. O valor hoje eu acho interessante, mas se tivesse, por exemplo, um auxílio transporte extra, um auxílio refeição, uma coisa mais nesse sentido seria interessante...

É que pensando no valor dela, a gente vai olhar, por exemplo, na minha área de Serviço Social tem muitos lugares que estão empregando ainda com valores menores do que o valor dessa bolsa hoje, entendeu? Então assim, eu boto como suficiente entre aspas por acreditar, claro que eu acho que tem que ser sempre valorizada, mas com essas questões trabalhistas não sendo contempladas, a bolsa por si só acaba não sendo a melhor dos mundos porque temos outras lutas além enquanto residentes. (Sujeito 11 – assistente social)

Olha, levando em consideração que é uma bolsa para uma ajuda, para um suporte, eu acho que o valor dela cabe, assim, é adequado até porque tem muitos profissionais que não ganha o que a gente ganha. Só que se levar em consideração uma pessoa que não vai ter nenhum outro vínculo, tem uma família, tem os custos do estudo, aí pode ser que fica um pouco, talvez não seja suficiente. Mas de forma geral, eu acho que é suficiente sim. (Sujeito 11 – assistente social)

Aos que responderam que a bolsa é insuficiente também se destacou a frequência das falas que afirmam que não é satisfatória para suprir as necessidades da vida:

Como a residência demanda dedicação exclusiva, ou seja, não podemos ter outros vínculos e, portanto, outras rendas o valor da bolsa acaba não sendo usado exclusivamente para financiar estudos, livros, participação em eventos, materiais, etc, mas é utilizado para pagar contas pessoais como aluguel, luz, água, etc. Dessa forma, o valor acaba não sendo, muitas vezes, suficiente. (Sujeito 8 – psicóloga)

Não, por que além de fazer a residência, os residentes tem gastos com moradia, alimentação, locomoção. Eu por exemplo moro em outro município e o gasto com passagem é grande. (Sujeito 7 – Enfermeira)

Porque, no caso, a bolsa ela é restrita à questão do auxílio ao estudo, mas para o estudo a gente tem outras questões também como moradia, conta de luz, conta de água. E no caso a gente acaba utilizando essa bolsa para se sustentar, ainda mais outras pessoas que vem de fora do Rio e tudo mais, pessoas que pagam aluguel. Então, eu não vejo uma bolsa exclusivamente para material de estudo, no caso, mas como no caso de sobreviver porque a gente acaba sobrevivendo com a bolsa. E para pagar tudo isso, ela não vai dar. (Sujeito 12- assistente social).

Na realidade não, mas a gente vai né, porque na verdade tem que se manter com a bolsa e ainda ter recurso e verba para tirar xerox, comprar livros, se especializar,

fazer algum outro curso ou alguma outra ponte com a residência. Então assim, ainda é um valor que não dá para cobrir todas as dimensões de nossas vidas né, mas ajuda bastante. (Sujeito 4 - assistente social).

Alguns destacaram a relação da Residência com a questão dos direitos trabalhistas, pois é uma formação que se dá através da inserção no trabalho:

“Não considero que a residência esteja totalmente a par de direitos trabalhistas, visto que somos vistos hora como estudantes (o que há uma aproximação do status de estagiário) e hora somos profissionais de fato. Até mesmo em relação a às faltas, quando se ausenta do setor, a coordenação diz que devemos repor em nossas férias, mesmo com atestado. Parece que no regimento diz que cada programa de residência estabelece suas regras quanto essas ausências. Então que direitos trabalhistas são esses que poderiam estar correlacionados se nem mesmo esses dois anos constam na carteira de trabalho?” (Sujeito 5 – Psicologia)

“A questão dos direitos trabalhistas e previdenciários são muito frágeis exatamente por não ser amparado por todos os direitos, garantias de trabalhadores, CLT ou um servidor, coisa do tipo. Tem sim uma contribuição para a previdência e de uma certa forma isso tem um retorno pra gente, mas como direitos trabalhistas agente tem direito, por exemplo, a se ausentar em caso de doença, mas é necessário repor depois as suas atividades. E outras questões que, enfim, eu não concordo, mas agente tem essa questão bem frágil ainda que precisa ser estabelecida e colocada de forma mais organizada. O impacto que isso gera no SUS: muitas das vezes acaba sendo a mão-de-obra barata nesse vínculo tão frágil e ter mais dificuldade de reivindicar, vai obter alguns ganhos e tais. Nós somos a futura força de trabalho do SUS né”. (Sujeito 12 – Serviço Social)

Os vínculos são muito frágeis. Não se tem uma delimitação clara do que é o residente e, com isso, ele acaba sendo tratado por vezes como aluno e outras como trabalhador dependendo do que convém no momento. É tudo muito contraditório, ou seja, o residente, por exemplo, tem direito as licenças determinadas pelos direitos trabalhistas – licença maternidade, licença nojo, etc – mas ele é ao mesmo tempo obrigado a cumprir a carga horária integralmente necessitando, então, que ele reponha o período em que esteve de licença. Logo, o residente é aluno trabalhador ou trabalhador aluno? Essa é a questão com a qual sempre dos deparamos. (Sujeito 8 – Psicologia)

Olha, o valor da bolsa é um valor perto até às vezes de alguns, enfim... perto da bolsa do mestrado, por exemplo, é um valor considerável. A discussão que eu faço, que eu tento trazer para a minha turma sempre, é que tem uma fala dentro das coordenações da residência que dizem assim: “A bolsa de vocês é uma bolsa muito boa. Vocês são caros”. Tipo assim, pra dizer que residente é caro, sabe? E o que eu sempre tento trazer é que o residente não é caro, primeiro porque a residência dura 2 anos, você não tem vínculo empregatício permanente, você vai rodar, você vai sair dali, sabe? Então, você não tem todos os seus direitos trabalhistas garantidos, por exemplo, se a gente fica doente tem que pagar hora depois para cumprir carga horária. Então, eu acho que é uma bolsa que não tem um valor ruim, é uma bolsa boa no sentido monetário, mas eu acho que o caráter de transitoriedade, tudo bem, é o caráter de formação da residência, mas eu não concordo com isso, de dizer que os residentes são caros. (Sujeito 10 – assistente social)

Perguntamos aos residentes como avaliam a carga horária do Programa de Residência Multiprofissional.

Tabela 13- Carga horária da Residência Multiprofissional em Saúde

Categorias	Frequência das respostas
Cansativa/ Excessiva	69%
Mal distribuída	19%
Suficiente/Justa	12%

Próprio autor.

Os residentes que consideram a carga horária cansativa:

Ai eu acho problema. Eu, particularmente, acho que é uma questão que deveria ser repensada. Aqui não é 60 horas, mas mesmo assim eu acho ainda muito pesado. Principalmente por ser uma modalidade que privilegia essa questão da gente ser um profissional e ao mesmo tempo ser um estudante porque a gente está em formação, a gente quase não tem tempo para poder estudar o que a gente realmente está fazendo. Então, fica algo muito às vezes desconexo, a gente não consegue dar conta dos atendimentos, ler e estudar, fazer os trabalhos no dia de aulas teóricas, acho que é uma carga horária um pouco exaustiva, você se cansa muito, tem muitas atividades e os horários são muito fixo. Então, eu acho que essa é uma questão da residência, eu acho muito cansativo. (Sujeito 2 – psicóloga)

A carga horária de 60 horas é excessiva e dificulta a aprendizagem e absorção de conhecimento. Ou seja, como o trabalho é muitas vezes exaustivo fica difícil se dedicar mais a algumas atividades e estudos e isso prejudica a formação. Esta última, muitas vezes, tem que dar conta de uma quantidade grande de atendimentos e estudos o que não necessariamente envolve qualidade em tudo que é realizado. (Sujeito 8 – psicólogo)

Eu acho que é um pouco puxada, assim, na nossa residência aqui como a dinâmica do hospital a gente não faz as 60 horas, eu acho que dá para levar de uma forma mais tranquila. Tem momentos durante o ano que a gente tem muitas atividades, não necessariamente a gente vai estar aqui as 60 horas, mas a gente tem muitas atividades que a gente tem que fazer em casa, estudar para fazer outras atividades para atuar nos setores. Então, tudo isso consome muito, então, assim, acho que de forma geral essa carga horária tinha que ser revista até para pensar na qualidade do atendimento, ter um momento de reflexão também para além da prática. Então, acho que poderia ter uma discussão melhor sobre isso. (Sujeito 11 – assistente social)

Pelo menos duas meninas da minha turma, estão tomando Ritalina pra dar conta dos trabalhos da Residência: portfólios, projetos. Porque não estavam conseguindo concentrar e o corpo estava cansado. Aí eu fiquei pensando, né, agente fala da desmedicalização do corpo na Residência e medicaliza-se para dar conta dela. (Sujeito 10, assistente social)

As respostas que destacaram a má distribuição da carga horária:

Bem, a carga horária prática, acho que ela abrange bastante. Ela é assim, bem estruturada de certa forma em suas limitações, mas agora a teórica é muito capenga, é muito defasada e falta bastante coisa...por exemplo, a gente na residência tem muita pouca aula. (Sujeito 5, psicólogo)

Eu acho que deveria, que existe na legislação que a gente deveria cumprir 20 horas de carga horária teórica e na prática não é isso que a gente faz de carga horária teórica. A gente faz muito mais carga horária prática do que teórica. (sujeito 10, assistente social)

Aos que consideram a Carga horária justa:

Avalio positivamente, pois a carga horária proporciona maior contato com a prática fazendo uma maior reflexão acerca dela e quanto às aulas, considero adequado. (Sujeito 7, enfermeiro)

E essa carga horária de 60 horas, a gente cumpre 40 no hospital e as outras 20 a gente faz dedicação ao estudo né, então, eu acho boa, eu gosto dessa carga, mas se tivesse que fazer toda no hospital ia ser cansativo demais. (Sujeito 6 - psicólogo)

Quando pedimos para avaliarem a carga horária teórico-reflexiva tivemos o seguinte resultado:

Tabela 14- Carga horária teórico-reflexiva

Categorias	Frequência de respostas
Necessita mais carga teórico do núcleo profissional	13%
Carga horária teórica-reflexiva insuficiente/ Não satisfatório	50%
Carga horária teórica-reflexiva suficiente	13%
Falta reflexão junto com o preceptor/ Supervisão profissional com mais qualidade/ estudo de caso.	24%

Fonte: Próprio autor.

Segue alguns depoimentos daqueles que consideram que Necessita mais Carga horária teórica do núcleo profissional:

Eu gostaria de ter mais disciplinas voltadas para a minha especificidade que é o Serviço Social, eu sinto falta. Então eu tento buscar sozinha. Mas aí é a questão

da carga horária, assim, eu chego em casa muito cansada também, eu tenho minhas coisas para fazer, tenho uma vida social. Mas, fica mais restrito é o buscar assim, eu gostaria de ter mais disciplinas que me atualizassem na minha profissão. (Sujeito 1 – assistente social)

AH, eu acho que tem um problema nessa questão assim, porque pelo menos na minha área eu vejo uma dificuldade por parte da coordenação, é questão de ensino mesmo relacionada a nossa categoria porque a residência veio da escola de enfermagem e as coordenadoras são enfermeiras, tem uma coordenadora que é psicóloga, então assim elas conseguem o contato para ver questão de aula, questão de tutoria para essas categorias. Quando é no caso do Serviço Social eu vejo essa dificuldade, então são poucas pessoas trabalhando nesse sentido. (Sujeito 11 – assistente social)

Aos que consideram a Carga horária teórica-reflexiva insuficiente/ Não satisfatória destacam que o tempo destinado a carga horária prática se sobrepor em muito aos momentos de reflexão e discussão. Destacamos algumas respostas:

É, no geral mesmo. Acho que como a gente passa muito mais tempo na prática do que na parte teórica, a gente passa muito tempo nos setores, nos serviços. Mas assim, num todo, eu acho ainda que é uma carga horária muito pesada. Acho que deveria destinar pelo menos, por exemplo, a questão da pesquisa, eu acho muito problemático, a gente não tem uma carga horária específica dentro da nossa grade para incentivar a pesquisa, é o nosso horário que a gente se organiza para poder conseguir fazer. Então, assim, você não tem um tempo para se dedicar à pesquisa, dentro da sua carga horária da residência. Então, é muito complicado você conseguir dar conta porque as vezes você tem que ler para algum atendimento que você quer fazer, aí você tem que ficar se dividindo.

Então, eu acho que perde um pouco dessa compreensão de ser um profissional, aí você dá esse tempo, esse espaço para a gente estudar, pra gente refletir sobre o que a gente está fazendo, então, a gente acaba sempre produzindo, está sempre produzindo, atendendo, estamos nos setores, faz reunião, faz isso. Mas, a gente não tem esse tempo “Vamos parar e vamos ler e refletir sobre o que a gente está fazendo”, claro que tem as tutorias para isso, mas eu ainda acho muito pouco, acho que precisava de um tempo a mais para isso. (Sujeito2 – psicologia)

Muitas vezes vejo que a teoria é negligenciada, ou seja, colocada à margem e a prática vista como parte mais importante da formação. No entanto, sabemos que teoria e prática devem caminhar sempre juntos para que o trabalho ofertado seja de qualidade. (Sujeito 8 – psicologia)

Enquanto R1 tinha mais aulas, agora como R2 eu tive aulas específicas de enfermagem, né, e agora, amanhã, vai começar uma disciplina que é para todos, todas as categorias. Mas, não tem muitas aulas não, eu sinto falta desse parte. (Sujeito 9 – enfermagem)

Muito interessante são as falas que consideram que deveria ter momentos com maior quantidade e qualidade de reflexão junto com o preceptor/Supervisão profissional / estudo de caso.

Eu sinto falta demais, mas espaços de estudos, mais espaços teóricos. Às vezes eu não sinto nem, exatamente, falta de alguma disciplina, mas eu acho que tinha uma expectativa de que haveriam, não supervisões, mas discussões de casos, estudos teóricos na preceptoria, nos campos que é uma coisa que, às vezes, é da rotina ali do trabalho e você acaba depois não levando uma tutoria que é outro espaço, enfim. E eu sinto muita falta bastante disso, sinto falta de estudar, sinto falta de ver algumas coisas sim. (Sujeito 3 – psicologia)

Bem, então, alguns preceptores têm essa prática, outros não; outros não tem um momento, outros já discutem a cada caso que aparece, então assim, não marcam uma hora ou um momento. Como, às vezes, dependendo do setor, é muito dinâmico, ele não tem esse tempo para parar e refletir, então a gente vai refletindo cada atendimento... Essas respostas quando precisam ser muito imediatas, então, a gente vai acabando olhando para cada caso, não tem um espaço em si, um horário em si. (Sujeito 4- Serviço Social)

Os residentes que consideraram a carga horária teórica adequada e suficiente foram os mesmos que consideram a Carga horária geral da RMSM satisfatória, seguindo, portanto a mesma tendência.

Eu acho que sim, a gente fica com vontade de conhecer mais coisas, só que eu não penso a escala de uma outra maneira porque eu acho que supre as necessidades. É claro que a gente tem, por conta própria, quando tem uma questão buscar por conta própria porque eu acho muito válido o período que a gente fica aqui na prática. Então, eu acho que eu não diminuiria para colocar mais de parte teórica. (Sujeito 6 – psicologia)

Perguntamos aos residentes Multiprofissionais como têm sido a participação deles em Evento Científico. Há uma frequência de respostas dos residentes afirma que não tem o costume de participar de atividades científicas e reforçam a dificuldade de conciliar as atividades práticas com participação e produção científicas e relatos de experiência.

Tabela 15- Participação em atividades Científicas

Participação em atividades Científicas		
Categorias	Quantidade	Frequência nas Respostas
Não possui o costume de produzir/apresentar trabalhos	5	23%
Fala das dificuldades de articular com as atividades da prática	5	23%
Possui o costume de produzir/apresentar trabalhos	2	9%
Não são incentivados a participar	6	27%
São incentivados e liberados a participar	4	18%

Fonte: Próprio autor.

A nossa participação em eventos e pesquisa é muito restrita, pois só vamos a eventos os quais são escolhidos pela coordenação do programa. Dessa forma, somos privados de estarmos presentes em espaços que seria importante estarmos ocupando. E quando propomos participar de algum evento nem sempre somos liberados e/ou a burocracia para liberação é muito grande. (Sujeito 8 – Psicologia)

[..] assim, a gente não é incentivado a fazer esse tipo de publicação, apresentar trabalho em evento. Mas, eu, como enfermeira, durante a graduação, apresentei muitos trabalhos. Então, eu procuro agora como residente apresentar por mim mesma. Não é que seja, como eu falei, incentivado muito, mas eu procuro esses eventos. Então, eu já apresentei uns três ou quatro durante a residência. (Sujeito 9 – Enfermagem).

Nem consegui me dedicar a isso.

Entrevistadora: Mas vocês são incentivados a ir?

Entrevistada: Não tanto, não, nem tanto. Na vez eu falei que estava interessada em um, era tanto protocolo, tanto e-mail, tanta coisa e uma carinha feia que fizeram que acabou que eu nem me estimei a procurar mais não. (Sujeito 6 – Psicologia)

Aqui na residência né, do HESFA, funciona em trio. O nosso trio tem participado sabe, nas atividades acadêmicas de apresentação em semana acadêmica que vai ter uma agora, a gente apresentou uma também lá no HU, no Encontro de Residentes, a gente tem tentado participar, como eu disse também, temos várias tarefas além né, então nosso braço não alcança tão longe. Mas, no trio a qual eu participo a gente tem tentado. (Sujeito 12, Serviço Social).

Em eventos? Olha, eu só fui incentivado no evento de enfermagem, em relação a outros eventos é passado batido. A gente, em relação a esses eventos, congressos e outras coisas, só é demandado da gente e não é pensado junto, em coletivo, não é pensado junto com o residente se vocês, não é nem “se vocês gostariam de ir”, mas “se acham interessante a participação” do residente de ir e se esse residente tem alguma indicação de evento. Acho que isso acabou sendo muito, sendo dito muito superficialmente, ai acabou não tendo um incentivo nem da parte da minha turma e nem da coordenação. (Sujeito 5 – psicólogo).

Sim, sim, a gente tem essa liberdade de propor, mas precisa passar pelo aval da coordenação. Mas assim, a gente tem essa liberdade sim, mas, assim, é isso que

eu estou te falando, a gente fica tão imersa nos contextos, no trabalho e no que a gente tem que fazer que, às vezes, até falta um pouco assim. Eu, particularmente, gosto muito de ir em evento acho que acrescenta muito enquanto profissional. Mas, por exemplo, esse ano eu acho que só fui em dois porque foi a coordenação que solicitou, mas eu mesmo não solicitei nenhum porque nem para ver isso eu estou conseguindo. Então, para dar conta... Por conta da carga horária mesmo assim, de trabalho mesmo, então, assim, acaba dificultando um pouco. (Sujeito 2 – psicologia)

Acho é algo falado, mas também não é algo que surge o tempo inteiro até porque a gente está tão envolvido com as atividades daqui da residência que eu acho que também que nem sobra muito tempo de fazer trabalho, de submeter e se envolver com uma área que fica mais voltado para a área muito acadêmica. Acho que a vezes a gente se volta muito para a prática, mas volta e meia, de tanto em tanto tempo tem algum lembrete *“Olha, aqui também tem isso em, aqui também tem estudo, aqui também pessoas que trabalham, é bom pra vocês”*. (Sujeito 3 – psicologia)

No primeiro eixo, que tratou da carga horária e bolsa podemos observar no relato dos residentes que no que se refere ao valor da bolsa a maioria considera suficiente e as narrativas se focam mais em questionar o valor da bolsa em relação a carga horária e ao regime de dedicação exclusiva. Também há o questionamento do barateamento da força de trabalho do residente pela ausência de certos direitos trabalhistas e previdenciários e contínua rotatividade.

Através da Portaria Interministerial nº 3 de 16 de março, o valor da bolsa das Residências aumentou para R\$ 3.330,43 (três mil, trezentos e trinta reais e quarenta e três centavos) o valor da bolsa assegurada aos profissionais de saúde residentes. O valor da bolsa é única para residentes médicos e profissionais das demais áreas da saúde o que explica o reajuste recorrente do valor da bolsa visto que a luta coletiva dos residentes médicos é mais antiga e consolidada, já se constitui força de trabalho imprescindível ao SUS. Entretanto, em relação aos direitos e carga horária com DE, por serem duas Comissões Nacionais diferentes, a Residência Multiprofissional de mais recente institucionalização ainda tem pautas de lutas específicas que precisam ser conquistadas.

O crescimento do número de trabalhadores na saúde sem as garantias trabalhistas de que gozam os demais trabalhadores assalariados: contratos temporários; trabalhadores contratados para realizar atividades especiais (plantonistas em hospitais, por exemplo); flexibilização na contratação de agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família pelo governo brasileiro; e o trabalho temporário previsto no Programa de Interiorização do

Trabalho em Saúde. Como nos demais setores da produção, também cresce na saúde e tem sido utilizada pelos empregadores tanto do setor público quanto do privado, para diminuir os custos com a remuneração da força de trabalho e para fugir das conquistas salariais e direitos trabalhistas dos trabalhadores efetivos da instituição original (Dieese, 1993; Pires, 1998; Pires, Gelbcke & Matos, 2004).

Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), o trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei. Para as entidades sindicais que representam os trabalhadores que atuam no SUS, trabalho precário está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS (pires, 2008).

A Resolução CNRMS Nº 3, de 17 de fevereiro de 2011 dispõe sobre licenças, trancamentos e outras ocorrências de afastamento de profissionais da saúde residentes. Ordena sobre alguns direitos para os residentes: licença maternidade de 120 dias e de 5 dias para licença paternidade; licença nojo de 8 dias; um dia de folga semanal e 30 dias de descanso anual; direito ao afastamento do programa por motivo devidamente justificado com a condição de depois completar a carga horária prevista *“repondo as atividades perdidas em razão do afastamento, garantindo a aquisição das competências estabelecidas no programa”*; entre outros.

Entretanto, a resolução afirma que as normas para regulamentar os afastamentos por motivos diversos deverão constar do Regimento interno da Comissão de Residência Multiprofissional. A possibilidade de cada comissão regular o afastamento dos residentes faz com que, por exemplo, em algumas residências o residente seja obrigado a repor carga horária mesmo por afastamento por saúde com atestado médico ou até mesmo por acidente de trabalho.

Em relação à reposição de carga horária há exigência de cumprimento de 100% de presença em campo de prática; porém nos casos de falta por menos de 15 dias e nas situações previstas em lei, tais casamento, doenças

infectocontagiosas, e casos omissos devem ser analisados e refletidos pela COREMU local e, a depender da avaliação, a reposição pode ser flexibilizada. Falta de clareza e definições nas normas permitindo interpretações diversas pela coordenação dos programas. Dessa forma, a garantia de direitos trabalhistas, com equiparação ao do trabalhador formal; cobertura para acidentes ocorridos durante as atividades; garantia de seguridade do profissional residente; não recomposição de carga horária em casos de atestado médico, são desafios ainda presentes para os residentes.

A Resolução nº 3, de 4 de maio de 2010, que dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e regulamenta a duração mínima de dois anos, equivalente a uma carga horária mínima total de 5760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas. Segundo essa resolução a carga horária do residente, que é de 60h semanais, terá um dia de folga por semana e 30 (trinta) dias consecutivos de férias, que podem ser fracionados em dois períodos de 15 (quinze) dias, por ano de atividade. Ainda dispõe que as RMS serão desenvolvidos com 80% da carga horária de atividades práticas e com 20% sob forma de atividades teóricas ou teórico-práticas.

Na Resolução CNRMS Nº 5 DE 07/11/2014 teve um avanço a mais: as residências passaram a contar com 80% da carga horária prática e teórico-prática e 20% exclusivamente teórico. Estratégias educacionais práticas são aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das categorias profissionais da saúde, obrigatoriamente sob supervisão do corpo docente assistencial. Estratégias educacionais teóricas são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, em que o Profissional da Saúde Residente conta, formalmente, com orientação do corpo docente assistencial e convidados.

Art 2º Os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional serão desenvolvidos com 80% (oitenta por cento) da carga horária total sob a forma de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas, com garantia das ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social e 20% (vinte por cento) sob forma de estratégias educacionais teóricas. (CNRMS, 2014)

No mapeamento encomendado pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social realizado por Castro (2013), verificou-se que, de uma forma geral, a carga horária nas residências era distribuída conforme as determinações do CNRMS. Porém, eram notórias a ênfase nas atividades assistenciais (atividades práticas) e o desenvolvimento de atividades que não garantem o tripé ensino, pesquisa e extensão. No que se refere à inserção da participação nos espaços de controle social na distribuição da carga horária, percebeu-se que grande parte dos programas não prioriza esse espaço (Castro, 2013, p. 163).

No que se refere ao nosso estudo percebemos nos relatos dos residentes a queixa da prevalência das atividades práticas e insuficiência da carga horária teórica. Tais relatos dos residentes são contrários ao narrado pelos preceptores, pois estes afirmam que consideram o tempo dos residentes nos serviços pouco, alguns preceptores afirmam que as aulas e tempo teórico se sobrepõe à prática. Nas narrativas podemos observar que existe uma demanda de maior qualificação da carga horária (maior organização) da referida residência e qualificação da supervisão por parte do preceptor. Como já apontamos anteriormente, a maior participação dos sujeitos base (preceptores e residentes) na discussão da distribuição da carga horária e do projeto político pedagógico seria uma importante estratégia para envolver e qualificar a RMS.

A carga horária dos residentes é uma das questões mais polêmicas e que mais aparecem nas discussões dos Encontros de Residências, podemos verificar nos ENRS anuais a persistência dos seguintes assuntos: baixa carga horária e pouca qualificação dos espaços teóricos, em relação aos espaços de prática; dificuldade de liberação para participar dos espaços coletivos dos residentes e encontros regionais e nacionais pois há supervalorização da prática, sendo que não há disposição para o ensino nos locais de trabalho; Preceptor que não tem liberação de carga horária para atividades da residência e são pressionados por chefias para dar conta de demandas da assistência; a carga horária de 60h como uma luta dos residentes, trazendo a análise de que a classe trabalhadora já luta há tempos pela redução de carga horária de trabalho; espaços de encontro de residentes para discussão de temas da residência não serem aceitos pela coordenação como parte da carga horária; precarização dos

espaços teóricos, com professores sem formação; entre outros. Como pode-se verificar nos trechos das cargas produtos dos encontros nacionais e regionais:

A carga horária dispensada no programa pelos residentes já é bastante densa e quando nos propomos a participar de um evento temos a intenção de qualificar este processo de aprendizagem, e, portanto, faz parte da qualificação do profissional, tornando-se incoerente a reposição das horas. Retomamos nosso posicionamento da necessidade de discussão sobre a redução da carga horária de 60 horas para 44 horas semanais, pauta histórica defendida por este Fórum. (Carta residentes Curitiba 2016)

Qualificação das 60h semanais com a redistribuição da carga horária englobando a participação política, controle social e movimento social; (Carta Fortaleza, 2013)

Reafirmamos a indicação da necessidade de redução da carga horária de 60 horas semanais dos programas de residência, sem redução do valor da bolsa. Destaca-se que o Fórum Nacional de Residentes reivindica 44h semanais, a serem cumpridas conforme o artigo 2º da Resolução 05/2014, da CNRMS. (Carta Florianópolis, 2015)

É legítima a luta dos residentes pelas 44 horas semanais. Há consenso quanto à necessidade de revisão da carga horária e há urgência na discussão deste tema, bem como na necessidade de sua qualificação com a inclusão de atividades de controle social, inserção em movimentos sociais, docência, pesquisa e extensão. (Carta Recife, 2014)

Necessidade de discussão da redução da carga horária do programa de residência de 60 horas semanais para, no máximo, 40 horas semanais, com dedicação exclusiva.2.2.3. Proposta de a Residência ocorrer em caráter de dedicação exclusiva, assegurando-se a qualidade de formação profissional.2.3. Cenários. (III Seminário Gaúcho de Residências em Saúde Porto Alegre, 2011)

No eixo Concepção Pedagógica, foi problematizada a distribuição da carga horária 80% prática e 20% teórica e teórica-prática, visando a sua qualificação para que conte com o mínimo de 20% para atividade teórica, igualmente o mínimo de 20% para atividade teórico-prática e, pelo menos, 10% para estudos individuais, incluindo participação em fóruns e redes, como se requer na educação contemporânea. Ainda foi apontado que a carga horária prática não pode ser superior a da jornada das categorias profissionais. (II Encontro Nacional de Residências em Saúde: das histórias ao desafio das articulações na sociedade, 2012)

Há narrativa recorrente, que é a mesma verificada no nosso estudo, de que a atual jornada de 60h deixa os residentes sobrecarregados e que a redução da carga horária garantiria uma capacitação mais adequada. A jornada de trabalho e estudo exaustiva precariza nossa formação e a atual luta do Fórum Nacional de Residentes é a redução da jornada com manutenção do valor da bolsa e da dedicação exclusiva, o que representaria o reconhecimento da importância do trabalho em saúde. No Serviço Social, por exemplo, a pesquisa de Castro (2013) constatou que para o assistente social inserido nas RMS é

latente a questão do debate da a carga horária de 60 horas, uma vez que a categoria regulamentou a jornada de 30 horas para os assistentes sociais (e defende isso para todos trabalhadores) e a legislação trabalhista coloca que a jornada deve ser, no máximo, de 44 horas de trabalho.

Podemos verificar, portanto, que garantir no plano de formação da residência, dentro da carga horária, a integralidade da formação, que faça com que o residente participe ativamente nos espaços para além da atenção/assistência, mas também do controle social, da gestão, da educação e na rede intersetorial e incentivar a inserção dos residentes nas discussões dos conselhos e câmaras temáticas e demais espaços de educação permanente, apesar de ser eixo importante da perspectivada educação permanente, ainda é um desafio para os programas de Residência Multiprofissional e que o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher do HESFA também vivencia tal dilema.

B - Participação do residente nos espaços de decisão

Perguntamos aos residentes Multiprofissionais do RMSM/HESFA como têm sido a participação deles na COREMU. A maioria, 92%, dos residentes afirma que não participa da COREMU (ou seja, dos 13 residentes entrevistados, 12 afirmaram não participar). Seguindo a mesma tendência dos preceptores observamos o esvaziamento desse espaço tanto pelos receptores quanto pelos residentes. 92% ressalta a dificuldade em conciliar a participação nesse espaço com a disponibilidade da Carga horária e atividades. Porém, os residentes afirmam que são incentivados a participar de outros espaços que discutem a RMS como, por exemplo, o Encontro Regional e o Nacional de Residências em Saúde. Como se observa nos relatos a seguir:

A participação não tem sido efetiva, já que a coordenação conversa muito pouco sobre esses espaços. A procura parte mesmo dos residentes. (Sujeito 7 – enfermagem R1)

Não acontece na verdade. Essa foi uma indicação até minha, assim, com a minha turma porque teve o ocupa SUS esse ano, eu consegui, assim, falar com parte da turma, metade da turma foi ao ocupa SUS, assistimos uma aula pública lá, mas por outro lado não tem o incentivo da coordenação do curso pra que a gente ocupe esses espaços. E, por ser uma formação multiprofissional, boa parte das pessoas que saem da graduação em algumas categorias profissionais sem entender, sem saber discutir política pública, defender o SUS e discutir o que está acontecendo... e de debater a conjuntura no atendimento, na assistência, lá na

ponta. Então, nesse ano por exemplo já até deve ter tido reunião do COREMU [...] já pedimos várias vezes para sermos avisadas sobre as reuniões da COREMU e a coordenação sempre fala que não sabe nada, que “ Ah, não, a gente não foi informada ainda”. Pra ter acesso à documentação da COREMU, o regimento da COREMU sobre a residência, nós pedimos também, mas a coordenação não forneceu pra gente, a gente procurou sozinho, enfim, fazendo contato, pela internet, caçando para poder ter esse documento que é um direito nosso. Ai uma das propostas da minha turma foi que esse documento viesse anexado ao caderno do residente na primeira semana, enfim, a gente tem que ter acesso à isso. Outro espaço coletivo que a gente tem é o Fórum de Residentes do Rio de Janeiro que também é bem esvaziado, já participei de algumas reuniões do fórum e tem muito poucos residentes que estão na frente, levando, então... As falas são sempre assim: “Ah, eu não consigo participar das reuniões do fórum porque eu não consigo sair cedo, porque eu sofro assédio moral dos integrantes da coordenação, do meu preceptor direto”, “ Eu sofro assédio moral e não consigo sair”. Teve uma menina que falou lá no fórum que a preceptora dela falou “ Você só vai depois que terminar tudinho que você tem que fazer”, enfim rola muito disso, não tem muito espaço não, a gente é usado como mão de obra barata mesmo, que tem que bater ponto, fazer horário, então a participação nos espaços coletivos e de organização não é incentivada e é até restrita. (Sujeito 10 – Serviço Social R1).

Pois é, tem sido, nesse ano eu fui só em um pra você ver como é que... Como a nossa carga horária também né, a gente fica muito submerso no campo, se bobear a gente nem sai para esses espaços coletivos de diálogo maior né. Então, ai cabe a coordenação propiciar esse espaço assim, ou, então, não só propiciar mais estimular uma abertura para esse espaço né. (Sujeito 6 – psicologia R2)

Então, a gente foi convidado, no ano passado a gente participou tanto de um encontro da COREMU quanto o encontro nacional de residência, não sei se é nacional, mas foi um encontro de residente e a gente também participou de um conselho distrital da saúde que eu achei muito importante. Eu não consegui participar da UERJ, da outra reunião por estar cansada, por ter outras obrigações e outras tarefas de âmbito pessoal, então, não consegui. Mas é importante sim. E aqui há um convite enquanto residente para a gente está participando dos espaços coletivos em saúde. (Sujeito 4 – Serviço Social R2)

A coordenação incentiva a gente a participar da COREMU, fala das reuniões e tal, mas deixa um pouco livre assim, mas fala “Gente vocês precisam participar, se inteirar, escolher um representante...” porque são discussões que vão repercutir na nossa inserção mesmo como residente. Mas confesso que conciliar o tempo porque você tem que se disponibilizar aquilo né, você tem uma responsabilidade, então tem que investir tempo naquilo também. Então, como a residência consome bastante, eu acho que é difícil entra nesse processo, mas é importante esse processo de decisão, de movimento e tal, mas eu estou afastada. (Sujeito 11 – Serviço Social R2)

Então, essa coletividade ela não ocorreu nem no primeiro ano e muito pouco no segundo na, sendo deixado muitas vezes na mão de um representante todo esse processo de se mover as questões. E ai esse próprio representante acaba sendo o porta-voz, mas também o único que faz por questão dos outros, por não movimento dos demais. Mas a participação na COREMU, por exemplo, minha turma não tem uma participação na COREMU. (Sujeito 5 – psicologia R2)

Não tem acontecido, mas eu acho que muito também é do residente também que tem que correr atrás. Eu me coloco também, eu quanto trabalhadora, que eu sou trabalhadora também com multitarefas enquanto mulher, tenho dificuldades de ocupar esses espaços por não ter sabe, não sentir horário, não sentir tempo, e ter atividades para realizar e a gente acaba botando isso como menos importante,

sabe. Então sei como é que funciona isso para os outros residentes, mas eu tenho visto que não tem acontecido essa participação de forma mais efetiva assim, até como eu gostaria, eu não me isento disso não. (Sujeito 12 – Serviço Social R1)

Podemos verificar que a não participação dos residentes na COREMU segue a tendência da ausência de participação dos preceptores. Revelando uma estrutura de poder, planejamento e tomada de decisões autoritária e não participativa. Na contramão da perspectiva da Reforma Sanitária. Além disso, a ausência dos residentes na COREMU fragiliza a luta por seus direitos tendo em vista que é neste espaço que se discute e regulamenta certos direitos e deveres do residente. Há entendimentos diversos pelas diferentes universidades e COREMUs dos direitos dos residentes a férias, feriados, atestado médico, reposição de carga horária, etc, e a legislação dá autonomia à COREMU para decidir detalhes dos assunto localmente.

Além disso no caso dos residentes também verificamos nacionalmente a luta para legitimar o processo de eleição dos/das representantes residentes da CNRMS a partir da eleição construída coletivamente dentro do ENRS “*garantindo em seu regimento interno 2 (dois) representantes titulares e 2 (dois) suplentes, sem a necessidade de diferenciação entre uni ou multiprofissional*” (Carta ENRS Curitiba, 2016). Além da necessidade da legitimidade dos Fóruns Nacionais na indicação de seus representantes para a CNRMS e demais espaços deliberativos.

A resolução CNRMS Nº 2 DE 13.04.2012 instituiu o Núcleo Docente-Assistencial Estruturante – NDAE que é um espaço pedagógico e de gestão importante das residências constituído pelo coordenador do programa, por representante de docentes, tutores e preceptores de cada área de concentração. O núcleo formado por profissionais formadores possuíam seguintes responsabilidades:

I - acompanhar a execução do PP, propondo ajustes e mudanças, quando necessários, à coordenação; II - assessorar a coordenação dos programas no processo de planejamento, implementação, acompanhamento e avaliação das ações teóricas, teórico-práticas e práticas inerentes ao desenvolvimento do programa, propondo ajustes e mudanças quando necessários; III - promover a institucionalização de novos processos de gestão, atenção e formação em saúde, visando o fortalecimento ou construção de ações integradas na(s) respectiva(s) área de concentração, entre equipe, entre serviços e nas redes de atenção do SUS; IV - estruturar e desenvolver grupos de estudo e de pesquisa, que fomentem

a produção de projetos de pesquisa e projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para a qualificação do SUS. (CNRMS, 2012)

Outro desafio apontado pelo FNRS e os ENRS é a Participação do residente na composição do NDAE como forma de efetivar democratização concreta de todas as discussões e decisões da gestão dos Programas Residência e garantir a contribuição coletiva de todos os sujeitos nas definições (com definição clara de quais espaços ou instâncias competem cada decisão, de modo a não excluir os residentes do processo nem pautas dos espaços coletivos).

No que concerne o Projeto Político Pedagógico (PPP), primeiramente entendemos que a participação da/do residente no NDAE deve ser garantida, com voz e reconhecimento, de modo que suas necessidades e demandas sejam consideradas, debatidas e efetivadas nas ações das residências nos respectivos programas. (Carta Curitiba, 2016)

O NDAE sendo criado para ser espaço de decisão dos profissionais formadores a participação dos residentes é algo que encontra muita polêmica e resistência, ainda mais que já foi demonstrado que na prática a implementação da política da RMS é caracterizada pelo afastamento e bloqueio dos sujeitos base nos espaços importantes de decisão política. Se nos espaços legitimados já se encontra dificuldade de inserção dos residentes, no NDAE se constitui um desafio ainda maior.

Cabe destacar que o movimento político dos residentes é o que possui a tendência de ser mais enfraquecido, apesar da motivação e protagonismo dos novos profissionais, pelo fato dos sujeitos residentes serem rotativos no programa. Para qualificar a militância e o discurso é necessário o acúmulo sobre as temáticas que envolvem o programa, amadurecer a perspectiva assumida historicamente pela FNRS sobre o papel da RMS, conhecer legislações, direitos e deveres, entre outros. Dessa forma, no período de dois anos quando um residente começa a amadurecer e acumular debate sobre a RMS é a fase em que irá se formar e sair do curso dando lugar a novos residentes sem acúmulo sobre os principais discussões da política de residências em saúde. Por isso a necessidade de participar durante o curso dos espaços coletivos e acessar a memória dos movimentos ligados a RMS, entretanto, num contexto em que não

se valoriza esse tipo de formação, as dificuldades de articulação política para os residentes ficam maiores.

A) Motivo de adesão à Residência Multiprofissional

Indagamos aos residentes sobre a motivação em entrar na residência:

Tabela 16- Motivação para inserção na Residência Multiprofissional em Saúde como residente

Motivação para inserção na Residência Multiprofissional em Saúde		
Categorias	Quantidade	Frequência das respostas
Experiência profissional	6	23%
Aperfeiçoamento/Especialização	4	15%
Afinidade com a temática "Saúde da Mulher"	6	23%
Formação Saúde Pública/ Atenção primária e secundária	4	15%
Formação para o trabalho Multiprofissional/Integral	2	9%
Bolsa/ Meio de sobrevivência/ colocação no "mercado de trabalho"	4	15%

Fonte: Próprio autor.

Dentre as respostas que destacaram como importante motivador para inserção no programa de residência, o fato desta ser uma estratégia de inserção remunerada no mundo do trabalho diante de dificuldades de colocação profissional, em especial, no SUS, destacam-se as respostas:

Ademais, a bolsa também foi um fator motivador. Sim, já que o valor da bolsa da residência ultimamente tem sido superior do que muitos salários oferecidos no mercado de trabalho. (Sujeito 8 – psicologia)

Na verdade, a Psicologia, em relação à colocação profissional, tem uma maior dificuldade até mesmo pela escassa contratação de profissionais. Com a residência, pensei que pudesse me dar qualificação e um posicionamento diferente na busca de trabalho. (sujeito 5 – psicologia)

Os concursos que estão abrindo estão cada vez mais precários e os salários baixíssimos, não compensando os anos de estudo. Parando para analisar, talvez eu nunca mais vá conseguir ter um salário equivalente ao valor da bolsa da residência em um outro concurso, o que potencializa o desejo de fazer outra residência. (Sujeito 1 – Serviço Social)

Eu me formei há 6 anos e trabalhei um ano como assistente social e durante três anos eu trabalhei fora da área e na residência eu vi uma oportunidade de me

reinserir no mercado de trabalho e me atualizar, me qualificar com essa inserção. Então a residência foi uma oportunidade de inserção remunerada ao mercado de trabalho, mas também pensando na qualificação que eu ia ter.” (Sujeito 11 – Serviço Social)

Dentre as respostas que destacaram como importante motivador para inserção no programa de residência a oportunidade de trabalhar/Formar na Saúde Pública/ Atenção primária e secundária destacam-se os depoimentos:

Então, a minha formação, eu me formei na UFRJ em psicologia, e a minha formação não foi voltada para a saúde foi uma formação voltada para clínica e em psicanálise, principalmente. E aí eu queria atuar na psicologia da saúde, eu fiz alguns estágios assim relacionados a isso e, aí, eu vi que a residência seria uma boa oportunidade para eu estar me inserindo mais propriamente nesse contexto de hospital, saúde e tudo mais. Então, assim, eu procurei fazer residência porque já era o que eu queria que era atuar na saúde e eu vi que a minha formação não me preparou para isso. (Sujeito 2 – psicologia)

É uma temática que me interessa no tipo de serviço que eu gosto... também, porque eu lido melhor com o usuário que tem essa mobilidade. Eu fico angustiada com usuário acamado. Então, buscar inclusive a atenção básica pra mim foi primordial porque eu não conseguiria lidar com aquele ambiente hospitalar mais fechado, terciário. (Sujeito 6 – psicologia)

Dentre as respostas que destacaram como importante motivador para inserção no programa de residência a oportunidade de obter Experiência profissional, destaca-se os seguintes depoimentos:

Oh, a questão da primeira experiência profissional. Nosso campo, pelo menos eu falo e digo pelo Serviço Social, é um campo muito restrito. Pelo menos, assim, na minha idéia, eu sempre tive vontade de atuar no setor público, nunca tive afinidade com o setor privado. Então, os concursos são reduzidos e as condições de trabalho não são tão boas. Então, a gente busca, por exemplo, a residência para se instrumentalizar para o mercado de trabalho e eu pensei muito nisso. (Sujeito 1 – Serviço Social)

[...]eu pensei “Poxa, seria uma boa alternativa porque eu ainda vou estar atrelada a academia, ainda vou estar atrelada a questão do ensino, mas eu vou poder ter uma prática profissional, uma experiência”, que eu sai, a gente sai crua né. (Sujeito 11 – Serviço Social)

Dentre as respostas que destacaram como importante motivador para inserção no programa de residência a oportunidade de obter Aperfeiçoamento/Especialização, destaca-se os seguintes depoimentos:

[...] quando eu entrei foi na intenção de aprender mais, de aprimorar meu conhecimento, muita coisa que eu vi na faculdade eu não consegui ver no meu campo de trabalho e quando eu vim para cá eu pensei "Agora, aqui, eu vou aprender né, vai ter gente junto comigo, vai ter preceptores, então, eu acho que vou aprender". (Sujeito 13 – Enfermagem)

O que mais me motivou a entrar na residência era articular toda a teoria que eu pude acumular na graduação com o fazer profissional, mas de alguma forma não sozinha, tendo um suporte ainda, fazendo uma especialização e mantendo um vínculo com a academia, pelo menos eu achava que isso ia acontecer. (Sujeito 10, Serviço Social)

Dentre as respostas que destacaram como importante motivador para inserção no programa de residência a afinidade com a temática “Saúde da Mulher”, destacamos as seguintes respostas:

Então, como eu estava conversando já com a pesquisadora, eu fiz um trabalho na graduação de que em que eu pesquisei de como é que ficava a maternidade, como é que ficava o serviço das mulheres mediante o uso de alguma substância psicoativa. A principal substância foi o crack. Então, eu sempre tive curiosidade para saber sobre a questão da mulher, então, eu queria me debruçar mais para isso e quando eu vi a residência em Saúde da Mulher, eu logo me entusiasmei porque é uma coisa de relevância para mim, para a minha prática profissional, é o que eu gosto de trabalhar, então por isso eu me interessei. (Sujeito 4 – Serviço Social)

É a única residência em saúde da mulher que mais se aproximava de onde moro. Pois não tem essa especialidade em todos os programas, na minha área a maioria se destina a obstetrícia. (Sujeito 7 – Enfermagem)

E sempre durante a graduação eu gostei da área da saúde da mulher, então eu queria fazer uma residência voltada nessa área. Aí tentei obstetrícia, tentei aqui na saúde da mulher, e foi por isso mesmo, por isso eu quis fazer. Durante a graduação, via meus amigos fazendo e me interessei e sempre gostei da área da saúde da mulher e vi através de amigos que aqui tinha saúde da mulher, me inscrevi e é isso. (Sujeito 9 – enfermagem)

Neste eixo que tratou das razões que levaram os entrevistados a procurar essa modalidade de formação, a maioria do grupo manifestou o interesse em formação continuada no modelo multiprofissional e na perspectiva da integralidade do SUS, demonstra a crítica ao que experimentaram no processo de formação profissional graduada. Os residentes narraram que durante a graduação o debate sobre o SUS e o contexto histórico e político da saúde foi desvalorizado, na medida em que a concorrência maior era das disciplinas que simbolizam a obtenção do conhecimento técnico especializado. Dessa forma, avaliaram que o trabalho intelectual e que a academia na formação graduada se distanciam da realidade e necessidade dos serviços.

Além disso, a bolsa proporcionada pela residência também se mostrou um motivador importante se tornando uma estratégia de remuneração e colocação no mundo do trabalho, tendo em vista que os processos de escassez de concurso público e expansão da flexibilização do contrato formal de trabalho no setor privado faz da residência uma alternativa do contato com os serviços tendo o vínculo com a educação, a qualificação.

D) Relação com a unidade acadêmica:

A relação fragilizada com a academia é vista como uma problemática e a garantia de aulas e docentes disponíveis para a RMSM é apontada pelos residentes como uma lacuna que inviabiliza maior qualidade da Carga Horária teórica.

Tabela 17- Relação com a Academia

Relação com o espaço Acadêmico		
Categorias	Quantidade	Respostas
As relações são frágeis	5	39%
Não há corpo docente ligado à RMS	4	31%
Só há relação sólida com a Escola de Enfermagem.	2	15%
Não responderam/não foi perguntado	2	15%

Fonte: Próprio autor.

Segue alguns depoimentos:

Eu acho que não é uma relação muito próxima não. Eu acho que é mais com a Ana Nery, né, já que o hospital faz parte, né, já que é a escola da enfermagem tem mais relação com a enfermagem. Mas, com os outros campos, não vejo muita proximidade não. (Sujeito 9, enfermagem)

O que mais me motivou a entrar na residência era articular toda a teoria que eu pude acumular na graduação com o fazer profissional, mas de alguma forma não sozinha, tendo um suporte ainda, fazendo uma especialização e mantendo um vínculo com a acadêmica, pelo menos eu achava que isso ia acontecer. Ai na prática... Isto eu achava. É mais prática mesmo do que manter o vínculo. E os vínculos da residência com a academia são bem frágeis, assim, existe muito dificuldade em conseguir professores pra dar aula, não tem o quadro de docentes da residência no Hesfa, entende? Ele tem que ficar negociando com os cursos, com o professor que quer ou não dar aula, e isso é muito complicado, então o vínculo com a academia, que eu achei que fosse ser alguma coisa muito mais intrínseca, é bem lateralizado. (Sujeito 10 – Serviço Social)

Acredito que seja muito frágil, já que são poucos os professores da academia que

aceitam dar aula para os alunos da residência e/ou orientá-los em suas pesquisas...

Eu identifico como necessário haver uma organização melhor da parte teórica da residência. Ou seja, criar um colegiado dos professores que darão as disciplinas para os residentes para que elas ocorram com uma linearidade, sem que haja grandes intervalos entre uma disciplina e outra e de modo que elas conversem entre si. Além disso, que sejam ofertadas disciplinas exclusivas para os residentes, pois assim a articulação entre a teoria e a prática seria melhor e mais efetiva. (Sujeito 8 – psicologia)

Entre os residentes que consideram as relações Serviço e academia frágeis duas falas destacam a falta de articulação das disciplinas que estão sendo ministradas com assuntos necessários ao cotidiano da unidade:

Eu, por exemplo, com os preceptores, por exemplo, é muito difícil porque eles não, parece que eles não enxergam que eles estão dentro de uma instituição de um complexo acadêmico. Muitas da vezes é só assistência, assistência, assistência, não faz uma correlação, uma discussão, até trazer teu guia para discutir com a gente, para nos apoiar novos atendimentos, eu não consigo enxergar isso, principalmente dos preceptores, tipo, eu não senti eles capacitados de fato para isso.

E durante as disciplinas, tipo, muitas das disciplinas por serem desvinculados da lógica da residência, por exemplo, uma disciplina junto com a graduação, fica às vezes difícil fazer esse link né, não sei se eu estou conseguindo explicar, do nosso cotidiano da residência com a realidade que é passada na disciplina. Por exemplo, essa disciplina que nós fizemos foi junto com a turma de quarto período de fono sabe, foi difícil trazer um link, sabe, para a nossa realidade, articular isso com o que a gente vivencia no cotidiano. Mas, eu acho que o maior ainda é a capacitação dos preceptores, principalmente, porque eles não conseguem entender que a gente não está aqui para "tapar buraco" sabe, e que a gente está aqui em treinamento e estamos dentro de um complexo da UFRJ. (Sujeito 12 – Serviço Social).

A gente na residência tem muita pouca aula, tem aula assim não só tem pouca aula como também eu percebo que a própria... Não tem uma participação do residente em até entender como é que é, por exemplo, se a gente precisar propor alguma aula, ter uma proposta, não tem, não é aberto isso. Então, algumas aulas que poderiam ser interessantes para a nossa formação elas acabam não ocorrendo e quando ocorrem não contemplam muitas questões que a gente passa aqui no cotidiano mesmo. (Sujeito 5 – psicologia)

Indagamos aos residentes multiprofissionais se as Tutorias são espaços que estão sendo garantidos e a maioria (54%) dos entrevistados disseram que tais espaços ocorrem sim, outros 15% afirma que ocorrem de forma esporádica e outros 31% não foi realizada a pergunta.

Neste item surgiram questões importantes como: a necessidade de reconhecimento da carga horária específica dos docentes para a residência (serem contabilizadas enquanto produtividade para professores de IES); escassez de recursos humanos; precarização do trabalho; desqualificação dos espaços teórico e poucas aulas; necessidade de aproximação com as escolas para garantia de corpo docente qualificado, carga horária teórica e Projeto Político Pedagógico com participação do residente; estruturação das Instituições de Ensino (espaços sucateados, falta de docentes ou docentes que não podem dedicar-se a residência, falta de apoio administrativo).

Nesse mesmo eixo de debate, as narrativas dos residentes apontam que a universidade serviu de cenário para a execução do Programa, mas na sua não fortaleceu o processo de formação do profissional para o SUS na prática. Embora o programa ter previsto uma formação teórico e metodológica que potencializasse competências para a integralidade das ações em saúde, pouco se explorou os saberes produzidos pela própria universidade; embora, a academia ateste a importância do Programa e reconheçam ser este um dos papéis da IES.

A academia, por sua vez, demonstra grande dificuldade para a incorporação efetiva dessa política; ainda que os recursos financeiros e humanos não sejam um obstáculo tão potente quanto nos serviços, o fazer acadêmico parece ter outras prioridades e, até mesmo, outras funções que não a produção de assistência. Neste estudo, a maioria dos profissionais envolvidos com o Programa expressou essa dimensão. Nessa perspectiva, não há dúvidas sobre a importância da academia para a capacitação profissional, não obstante, a RMS pode estar reproduzindo o tipo de formação na qual intenciona romper na medida em que pode prevalecer a dicotomia entre saberes e práticas profissionais.

As narrativas apontaram para a apreciação das aulas expositivas, a crítica da falta de orientação para as a pratica cotidiana, a indefinição dos temas, a necessidade de regulamentar agendas, cronogramas e atividades, a pouca experiência profissional do Residente para contribuir com a gestão da unidade e a própria crítica ao grupo de orientadores. Dessa maneira, pareceu haver a reivindicação de uma educação baseada no saber conceituado e organizado. Também relataram um processo de descuido na gestão do Programa, no sentido

da organização das turmas e do conteúdo curricular. Nem a universidade, e nem mesmo as equipes dos serviços de saúde, direcionaram o processo.

Sobre essa problemática da relação da RMS com o espaço acadêmico ainda observamos o debate presente nos Encontros nacionais de residências relacionado a crítica ao atual modelo acadêmico e a defesa que o estímulo à pesquisa e a produção de conhecimento nas RMS deve visar contribuir para os serviços e para as necessidades da realidade do SUS:

Consideramos ser necessário que desde o primeiro ano a/o residente tenha carga horária garantida para o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) e que haja liberdade de escolhas na metodologia a ser utilizada, sem restringirem-se a monografias, artigos científicos e formas consideradas tradicionais de apresentação. É importante ressaltar que os TCRs devem responder aos desafios do SUS e estar a serviço dos interesses da população, contemplando as mais diversas linguagens. Todas as produções devem ser publicizadas, a fim de socialização do conhecimento que produzimos de maneira a formar um banco de dados nacional.

Cabe frisar a não reprodução da lógica do produtivismo e do modelo acadêmico vigente que condiciona as orientações de produção apenas por sujeitos titulados com mestrado e doutorado, excluindo assim diversos trabalhadores do SUS que apresentam acúmulo, vivência, conhecimento e experiências que podem contribuir para os estudos/problematizações nos TCRs. (Carta Residentes Curitiba)

Defendemos a garantia de carga horária semanal aos residentes, preceptores e tutores para elaboração e execução do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) desde o início do curso. Além disso, reforçamos que o TCR possa ser escrito de forma individual ou coletiva, com metodologia científica, técnica ou artística, não sendo obrigatória a submissão do artigo em periódicos científicos, sendo necessária a discussão com relação à obrigatoriedade de que o orientador tenha mestrado ou doutorado e que possibilite que a co-orientação seja desenvolvida por outros atores envolvidos no processo de formação da residência. (Carta ENRS de Florianópolis, 2015)

Que tenha previsto para o plano de ensino: atividades de ensino de núcleo e de campo necessariamente multiprofissional com definição de conteúdos teóricos vinculados a realidade do SUS; espaço de reflexão das práticas no serviço onde o residente está inserido; espaço de reflexão sobre a residência e de encontro entre os residentes de mesmo programa incluindo as diferentes ênfases; previsão mínima de carga horária para pesquisa. (III Seminário Gaúcho de Residências em Saúde Porto Alegre, 2011)

O curso de Residência prevê a entrega de um Trabalho de conclusão de Residência (TCR) e há uma contradição entre a obrigação de serem orientados por mestres ou doutores e a disponibilidade de profissionais docentes e tutores em tal requisito para atender a demanda. Há também dificuldade dos residentes de liberação da carga horária para se dedicar à pesquisa. A luta história da

FNRS se direciona a valorizar a expertise dos profissionais ligados aos serviços na produção de conhecimento ao passo que a história das lutas dos residentes também demandam maior presença da academia nos programas. Ou seja, há a reivindicação de maior participação, qualificação e integração docente – assistencial, entre o campo do ensino e do serviço.

E) Condições de aprendizagem e trabalho do Residente

Apresentaremos os eixos; Função do Residente; condições de trabalho do Hesfa e faremos uma análise.

Perguntamos aos Residentes Multiprofissionais qual tem sido, na opinião deles, a função do residente na RMSM. A maioria afirma que o residente tem representado uma Força de Trabalho para os setores. Encontramos as seguintes respostas:

Tabela 18- Função dos Residentes

Função dos Residentes		
Categorias	Quantidade	Frequência nas respostas
Colaborar para a qualidade dos serviços.	2	12%
Força de Trabalho para os serviços/ Trabalhadores.	10	63%
Colaborar com a Formação permanente dos profissionais/ Trazer pensamento inovador e crítico.	4	25%

Fonte: Próprio autor.

Segue alguns depoimentos que consideram que o Residente tem colaborado para a qualidade dos serviços.

Acho que a gente vem para contribuir para os setores com a nossa formação sim, eu acredito nisso, e eu acho que de alguma forma a gente vem também para poder colaborar com a própria qualidade dos serviços, no sentido de trazer coisas novas, da gente contribuir com um olhar um pouco diferenciado dos profissionais que já estão ali há muito tempo. (Sujeito 2 – Psicologia)

Eu acho que o papel do residente, primeiro de tudo, assim, o que eu vejo com mais clareza assim, é nítido e não tem como não perceber, é que o residente chega cheio de energia, ele chega fresquinho ali. Eu já me formei há um tempo, mas eu estou voltando para a área agora, então eu estou fresquinha ali querendo fazer, muitos estão assim nessa disponibilidade, não estão tão engessados na instituição, não está viciado com hábitos e esqueminhas, ele está muito mais disponível. Então, o nosso papel é atender o usuário do SUS, é dar um atendimento qualificado, escuta ativa, humanizado e tudo aquilo né, e com

eficiência na nossa especialidade, mas buscando essa visão integral, dialogando com os nossos colegas das outras áreas. (Sujeito 6 – psicologia)

Segue alguns depoimentos que consideram que o Residente tem servido como força de trabalho na instituição:

De trabalhadores. Nitidamente! Inclusive na precarização do trabalho, na sobrecarga de trabalho, sobrecarga de tarefas, em alguns momentos sim, em alguns momentos no setor nós não somos só residentes, nós não estamos só em formação, mas estamos enquanto trabalhadores. (Sujeito 4 – Serviço Social)

Tapar buraco! De fazer o trabalho, por exemplo, eu como psicólogo, não digo nem como as outras categorias, mas eu como psicólogo eu vejo que o residente acaba surgindo... O residente, mais o residente do segundo ano, do primeiro ano como tem aquela questão de acompanhamento e verificação de como é o espaço, não é tão aparente assim, agora, de segundo ano acaba dando uma responsabilidade para a gente como R2 de preencher essas lacunas do atendimento dos setores... Então, acaba sendo o R2, acaba não dando uma base, mas em atendimento, ele fica equiparado ao funcionário da casa. (Sujeito 5 – psicologia)

Por fim, observo que o papel do residente tem sido muitas vezes de atender a demanda do cenário como se fosse profissional do setor para dar conta da quantidade de atendimentos que surgem em determinados setores. Tal acontecimento acaba tirando o foco do papel da residência e coloca o residente como mão de obra barata. (Sujeito 8 – psicologia)

Sobre a questão do trabalho aqui né, eu acho que muitas das vezes o residente funciona aqui dentro como uma mão de obra barata por não ter, por exemplo, o preceptor ser uma categoria totalmente distante da, distante não, profissional de saúde, mas não é a mesma que nenhum dos residentes né, do trio que é enfermeiro, assistente social e psicólogo, e a gente acaba fazendo esse trabalho num determinado setor por falta de profissional ali. E acaba sendo interessante para o mercado ter essas pessoas que não tem essas questões trabalhistas asseguradas, regulamentadas que são sempre rotativas e de uma certa forma tapa o buraco da ausência de um profissional que seria concursado, que teria sua estabilidade e que teria seus direitos garantidos. (Sujeito 12 – Serviço Social)

No final o residente acaba ocupando, de alguma forma, o lugar de um trabalhador, que seria um trabalhador concursado que estaria cumprindo aquela função. Ai o residente vai lá cumpre essa função de forma muito rotativa, porque daqui há dois anos você sai. Você não tem seus direitos trabalhista garantidos. Eu discordo quando as pessoas dizem que o residente é caro, ele não é caro. (Sujeito 10, Serviço Social)

Então, eu acho que em alguns momentos a gente preenche as lacunas do serviço. Mas, enfim, alguns momentos eu vejo esse preparo. Mas, eu acho que ainda falta muita coisa. Eu acho que a ideia é muito boa, mas muitas coisas não acontecem na prática. Então, eu não sei se eu sei bem qual é o meu papel agora. (Sujeito 3 – psicologia)

Segue alguns depoimentos que consideram que o Residente colabora com a Formação permanente dos profissionais e trazendo pensamento inovador e crítico na instituição:

O papel do residente de acordo com o que vejo na prática tem sido levar para os profissionais de saúde a teoria, pois eles são formados há muito tempo e estão muito focados na sua prática cristalizada. Assim, o residente traz um novo olhar para o cenário, o que não é necessariamente fácil e bem aceito. Além disso, o residente leva para o setor as políticas do SUS as quais não são, muitas vezes, conhecidas pelos profissionais da ponta e, portanto, os direitos dos usuários acabam sendo negligenciados em determinadas situações. (Sujeito 8 – psicologia)

Eu acho que o papel do residente no SUS é incentivar essa questão que eu acredito da educação permanente. Nós somos profissionais formados, mas estamos em especialização, estamos trocando com os profissionais que já estão na casa há muito tempo, aprendendo com eles, trocando informações, percebendo a realidade do SUS e a partir disso também produzindo pesquisa, produzindo material, eu acho que isso deveria ser o papel do residente, de ser um entre aspas um “Intermediador” ali, estar bem próximo da prática, mas está na academia, fazer essa reflexão, produzir cientificamente, mas também estar na assistência porque eu acho que também é importante, mas sabendo o seu lugar na assistência. (Sujeito 11 – Serviço Social).

Perguntamos aos Residentes como avaliam as condições de trabalho no HESFA. Seguindo a mesma tendência das respostas dos preceptores, a maioria destacou os problemas físicos estruturais como entrave para melhor qualidade no trabalho.

Tabela 19- Condições de Trabalho no HESFA

Condições de Trabalho no HESFA		
Categorias	Quantidade	Frequência nas respostas
Problemas estruturais físicas, sonoras, falta de espaço e de recursos materiais.	11	58%
Problemas na garantia do sigilo profissional	2	11%
Falta de comprometimento com o SUS/ diminuição dos atendimentos	5	26%
Falta de organização/mudanças de escala	1	5%

Fonte: Próprio autor.

Das respostas que afirmaram os problemas estruturais físicas, sonoras, falta de espaço e de recursos materiais no HESFA, destacamos os seguintes depoimentos:

As condições de trabalho? São péssimas por uma questão de que não tem infraestrutura, não tem espaço suficiente para alocar os residentes e são, por exemplo, duas turmas vamos dizer que acaba num dia ficando 5 residentes no mesmo setor, aí desses 5 residentes o preceptor tem que se virar de como ele vai dar conta desses 5. São essas condições de espaço também, acho que é bem essas condições de espaço. (Sujeito 5 – psicologia)

As condições de trabalho ofertadas pelo HESFA são bem complicadas devido às instalações físicas do cenário. Com as obras constantes os setores não têm espaço para desenvolver todas as atividades o que acaba influenciando na qualidade do serviço oferecido e na quantidade de vagas disponibilizadas para o atendimento, além de ter que conviver com barulho constante de obra e poeira. Sendo assim, somos obrigados a improvisar salas, a diminuir o número de atendimentos ofertados e parar de desenvolver determinadas atividades por falta de espaço o que influencia diretamente na qualidade da assistência ofertada. (Sujeito 8 – psicologia)

Assim, eu acho que as condições de trabalho do HESFA elas estão muito atreladas à situação estrutural né. Então, como o hospital está passando por um processo de reforma, a gente fica muito sujeitado a isso. Então, tem a questão do número reduzido de banheiros, tem a questão, por exemplo, muita poeira, muito barulho e isso acaba impedindo né. Mas assim, é uma coisa momentânea, eu acredito que isso vai mudar um dia. Então, acho que são condições de trabalho são temporárias. Mas voltadas às questões de recursos, por exemplo, material, computador, eu preciso muito usar o computador, telefone, são instrumentos e recursos que a gente utiliza na nossa atuação, então, eu acho um pouco bem defasado. (Sujeito 1 – Serviço Social)

As condições são precárias, tanto de profissionais, como de materiais. E a impressão que tenho é que a instituição está de desmontando. (Sujeito 7 – Enfermagem)

Das respostas que também destacaram os problemas na garantia do sigilo profissional HESFA, destacamos os seguintes depoimentos:

Por exemplo, eu estou em um setor que a gente às vezes usa uma sala emprestada de uma profissional quando ela não está e é vazada em cima e, dá para escutar quem está falando do outro lado e com certeza do outro lado estão escutando a gente. (Sujeito 3, psicologia)

Os setores também, a questão dos containers, as vezes a gente quer atender numa sala, não tem sala privativa aí tem que ficar correndo atrás, aí tem que deixar o paciente esperando porque as vezes o paciente nem pode andar, tem dificuldade de locomoção. (Sujeito 11 – Serviço Social)

Das respostas que também destacaram os problemas de Falta de organização/mudanças de escala HESFA, destacamos os seguintes depoimentos:

Eu acho um pouco precário, assim, não é muito bom não. Eu esperava que fosse melhor, porque não tem muito atendimentos, tem setor que não está tendo muito atendimento, então a gente não consegue aprender muito, porque não tem muita

demanda. Acho muito que é pela obra que está tendo no hospital, porque aí acaba esvaziando o hospital e acho que é pela falta de divulgação do hospital, dos serviços que são ofertados, não sei. Mas também são os profissionais, não têm muito interesses em fazer muitos atendimentos. (Sujeito 9 – enfermagem)

Olha, diante da minha prática, da minha vivência, da minha experiência, alguns setores da instituição não estão preparados para receber os residentes e isso fica claro pra gente. Mas assim, esperar que a gente também chegue num ambiente só preparado para gente dentro de uma instituição que tem o comprometimento com a Reforma Sanitária, com a Constituição de 1988, com um SUS único, universal e que não... A gente sabe de todas as defasagens e condições precárias do sistema né. Então, também, a gente compreende isso e até nessas contradições a gente consegue apreender alguma coisa dessa realidade que a gente está vivenciando e experienciando. (Sujeito 4 – Serviço Social)

A única coisa que eu reclamo é a falta de organização em relação a coordenação do hospital e, às vezes, com relação da coordenação da residência também, mudança de escala de maneira assim que não vê, botam, a gente abre a agenda e tem atendimento e aí aparece uma aula, a gente tem que desmarcar os usuários porque eles não tinham avisado previamente. (Sujeito 6 – psicologia)

Eles não estão preparados para receber a gente, não estão, capacitados mesmo, porque parece que eles só fizeram um concurso diferente do nosso, eles já entraram como profissionais e a gente entrou como residentes, só com a titulação diferente, mas eles não têm preparo para lidar e para dar um suporte para um outro profissional que está em treinamento. Não tem em muitos dos casos. (Sujeito 12 – Serviço Social).

Perguntamos aos Residentes como avaliam as condições do HESFA para o desenvolvimento das atividades de ensino. Seguindo a mesma tendência das respostas anteriores quando foram questionados sobre a carga horária teórica, a maioria destacou os problemas na garantia das disciplinas teóricas e espaços de reflexão.

Tabela 20- Condições de Ensino no HESFA

Condições de Ensino no HESFA		
Categorias	Quantidade	Frequência nas respostas
Falta disciplinas/ momentos de reflexão e pesquisas	9	58%
Falta articular mais com outras instituições	1	7%
Falta organização e comunicação entre setores.	2	14%
Falta espaço/Estrutura física/ salas	2	14%
Condições Boas	1	7%

Fonte: Próprio autor.

Destacamos os seguintes depoimentos:

Então, assim, tem esse cuidado da gente ter o mais, como vou dizer, assim, uma visão mais ampliada a partir dessas aulas. Mas, eu acho que são muito poucas, eu acho que a carga horária destinada para a parte teórica ainda é muito pouca em relação à parte prática. Claro que eu sei que é essa o que está preconizado no documento da residência, 20% para a parte teórica, mas eu particularmente como residente acho que poderia ser mais.

Eu entendo que somos profissionais e precisamos estar no campo para poder aprender, mas eu acho que essa parte teórica é fundamental para a gente conseguir conectar o que a gente está fazendo no campo. Então, assim, eu acho que é essencial que fosse um pouco mais. Eu acho que talvez, assim, não aquela aula teórica, aquela aula teórica tipo sala de aula mesmo sabe, mas discussões, debates sobre questões relacionadas à saúde, relacionadas à nossa prática, à nossa atuação mesmo, de trazer questões que são pertinentes à nossa prática e fundamentar com essa parte teórica e de ter esse espaço mesmo. (Sujeito 2 – psicologia)

Em muitas situações eu me sinto um pouco jogada alguns setores. Os preceptores estão ali, eles são simpáticos e te tratam bem, “parará”, mas eu sinto que eles estão ali para fazer o trabalho deles e você está ali por acaso. Eu sinto um pouco falta de uma ideia mesmo de capacitação e não de como se eu tivesse feito um concurso público para ser psicóloga aqui e vou ser aqui, e vou chegar aqui e ninguém tem que falar... Ninguém tem que falar, mas enfim, ninguém tem essa obrigação digamos assim. Mas, numa residência, em que eu estou ali como residente e tenho um preceptor, enfim, a imagem que eu tenho que deveria ser esse suporte seria outro. (Sujeito 3 – psicologia)

Tenho a impressão de que a instituição não “conversa” com a residência, por que muitos profissionais não sabem direito da sua existência e acabam não participando do processo de ensino. As condições de sala de aula não são boas e a residência não tem um grupo de professores próprios dela. Isso dificulta, pois nossas aulas dependem da disponibilidade dos professores de outras instituições. (Sujeito 7 – enfermagem)

Agora, um profissional que já está há muito tempo aí na área e aprendeu a trabalhar fechadinho na sala dele, entrou e saiu e não conversa sobre o usuário, o diálogo fica mais emperrado. Então, a gente tem que suar mais para dialogar com ele. Eu acho que se houver uma mobilização para aumentar esse debate entre os profissionais mais antigos do SUS acho que o serviço ia dar um super progresso. (Sujeito 6 – psicologia)

Eu acho que deveria ter mais comunicação e mais articulação, abrir mais a propostas também a outros professores, não só da UFRJ, não ficar só no mesmo nicho, mas abrir. Pra que? Para o conhecimento realmente, também, de fato, se universalizar e se socializar. Então, eu acho que ainda fica muito, ainda tem uma preocupação de estar muito fechado, de haver muitos feudos. (Sujeito 4 – Serviço Social)

Questionamos aos residentes multiprofissionais se estes consideram a quantidade de preceptores suficiente para acompanhar a RMSM:

Tabela 21- Quantidade de Preceptores

Quantidade de Preceptores		
Categorias	Quantidade	Frequência das respostas
Suficiente	2	13%
Insuficiente	7	47%
Depende de cada setor	2	13%
Depende de cada categoria profissional	4	27%

Fonte: Próprio autor.

Não, não acho. Acho que tem poucos preceptores, como profissionais também. Nem pro serviço é suficiente quanto mais pra o ensino, para atender vocês. Então, eu acho que tem poucos preceptores, funcionários. Tem que chegar funcionário novo nesse hospital. (Sujeito 9 – Enfermagem)

Não. Eu acho assim, o que acontece... Existem campos, setores que você consegue perceber essa função do preceptor mais de perto, mas tem outros setores que o profissional está lá fazendo um monte de serviço. E a gente entende que esse preceptor é esse profissional está lá atuando, atendendo, mas não existe uma carga horária dele para ele se dedicar aos residentes, é como se ele estivesse fazendo uma coisa a mais do que ele já tem um monte de coisa para fazer. Então assim, eu pelo menos sinto isso, como se a gente estivesse atrapalhando a dinâmica de trabalho dele, dinâmica de trabalho dele porque às vezes a gente quer tirar uma dúvida, a gente quer ler um texto. Claro que a gente percebe que existem pessoas que fazem um esforço absurdo para estar com a gente, mas, assim, é complicado, não tem um tempo destinado do preceptor para o residente a gente vai construindo isso ao longo né. E, às vezes, isso é um pouco problemático. Além disso, assim, tem setores que tem uma dinâmica muito complexa com milhões de atendimento, a gente sabe que tem um preceptor lá, mas a gente não vê ele porque ele está atendendo um montão de gente. Então, é o preceptor? É. Ele está no campo? Está, mas não está dando o suporte que a gente talvez precise porque ele está mergulhado nos milhões de afazeres que ele tem para fazer. (Sujeito 2 – psicologia)

Na prática também a gente percebe que não. Mas que, os preceptores quando estão engajados, quando tem uma preocupação com a nossa formação, eles acabam que dando conta, eles acabam meio que se dividindo para isso, para tentar conversar com a gente sobre os casos, para tentar dar o olhar dele né. (Sujeito 4 – Serviço Social)

Não tem preceptores suficientes para a quantidade de residentes, não tem. E em vários setores não tem preceptor de acordo com a categoria do residente, sabe. Tem setor que só tem preceptor da enfermagem. Aí o residente pega um caso super complicado e recorre a quem no serviço, na hora ali? Não tem! Ai tem que ligar pra tutor, se tiver próximo, se puder atender naquela hora e tirar a dúvida. (Sujeito 10 – Serviço Social)

Sobre a questão do trabalho aqui né, eu acho que muitas das vezes o residente funciona aqui dentro como uma mão de obra barata por não ter, por exemplo, o preceptor ser uma categoria totalmente distante da, distante não, profissional de saúde, mas não é a mesma que nenhum dos residentes né, do trio que é

enfermeiro, assistente social e psicólogo, e a gente acaba fazendo esse trabalho num determinado setor por falta de profissional ali. (Sujeito 12 – assistente social).

Não é suficiente... Nossa, de psicologia muito menos! Porque, como eu falei, tem mais preceptores que é da área biomédica, então assim, tem muito preceptor que é da enfermagem, os médicos até que não são preceptores, eles só conversam com a gente, mas preceptor não é. Mas, preceptor de psicologia que já estive, assim, alguns setores, até tem psicólogo ou psicóloga, mas não acredito que eles atuam de preceptores de fato, como é preconizado. (Sujeito 5 – psicologia)

Não. Se tivesse um em cada setor que a gente fosse... Mas nem isso. A gente não é acompanhado. É insuficiente, é insuficiente! (Sujeito 13 – enfermagem)

Através dos relatos percebemos que na concepção dos residentes sua função nos setores tem sido de serem força de trabalho dentro de uma instituição com déficit profissional, os próprios residentes afirmam que há quantidade de profissionais preceptores insuficientes e quando observamos as narrativas percebemos que consideram que, para além da preceptoria, deveria ter mais profissionais pro HESFA para o atendimento em geral.

A discussão da função do residente (trabalhadores estudante) e da natureza da residência (trabalho e educação) sempre remete ao fato de que a inserção dos residentes num contexto de precarização da política de saúde tem como consequência a precarização do trabalho dos segmentos envolvidos nos Programas de Residência, inclusive dos alunos. Por isso é viva a discussão das 60 horas semanais (posição contra o cumprimento de 60 horas semanais); não substituição dos trabalhadores do SUS por profissionais residentes (os Programas de Residência devem promover fortalecimento do SUS e não sua precarização); o arcabouço legal dos direitos; seguro de acidentes pessoais; atendimento a saúde e não compensação de atestados e licenças. Debate vivo também nos encontros de residências:

Partindo do cenário atual da saúde no Brasil, no qual observamos a precarização do SUS e um direcionamento prioritário a privatização do mesmo, iniciamos uma discussão a fim de fortalecer aquilo que é considerado "padrão-ouro" na formação de trabalhadores em saúde do país: as residências. Contudo, o observado é que os residentes vêm saindo do eixo de ensino em serviço para serem colocados como mão-de-obra precarizada. (Carta ENRS Fortaleza, 2013)

É necessária estrutura adequada a atividades de ensino para implantação de programas de residência em saúde. É necessária a existência de equipes fixas de referência, com responsabilidade sanitária no território e na rede de cuidado. Se as equipes de referência não contemplarem todas as profissões inseridas na Residência em Saúde, deve ser pactuada e contratualizada, com o gestor e o

conselho de saúde, a previsão de contratação de trabalhadores dessas áreas. (III Seminário Gaúcho de Residências em Saúde em Porto Alegre, 2011)

Pautamos a importância da presença de supervisores, tutores e/ou preceptores referências de núcleos profissionais para o fortalecimento do ensino/aprendizagem dos futuros trabalhadores do SUS. (Carta dos Residentes no ENRS em Curitiba, 2016)

Nesse contexto, têm destaque as condições vigentes de precarização do trabalhador da saúde com baixa remuneração, ausência de planos de carreiras e salários, assim como o pouco investimento em programas para a formação e capacitação profissional, gerando múltiplas contradições (Pierantoni, 2002; Campos, Machado, Pierantoni, 2006).

Um estudo interessante, realizado pelo DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos), o Boletim Trabalho na Saúde, mostra que durante os anos de 1998 a 2008 houve um crescimento de 44% de ocupados em serviços de saúde, e que a grande maioria destes trabalhadores 80% é assalariada e que destes, 50% era de assalariados em serviços de saúde privado. Análises encontradas sobre o trabalho em saúde nos anos 1990, já apontavam uma crise no setor. Os dados dos anos 1990 demonstram a dificuldade dos profissionais de saúde em conseguir emprego formal. Além disso, o estudo mostrou que o trabalhador do setor privado recebia, em média, o equivalente a 68,6% do rendimento do servidor público da saúde. No entanto, o sucateamento do serviço público também é evidente. Através do estudo, foi possível perceber uma importante ampliação das jornadas de trabalho, pois é muito comum na área de saúde encontrar trabalhadores que possuem mais de um emprego, já que os baixos salários forçam a busca por rendimentos complementares (Dieese, 2009).

A reprodução da lógica privatista nos serviços públicos de saúde mostra, de forma categórica, que estas medidas tinham como propósito reduzir os custos salariais e cortar direitos garantidos na constituição abrindo margem para as privatizações, a terceirização e a flexibilização dos direitos trabalhistas. Nesse contexto, seria impossível o trabalho na saúde não avançar no sentido da precarização.

A tendência com estas medidas, é que deixe de existir concursos públicos para os trabalhadores do setor e a contratação passe a ser feita através de

processos seletivos e o trabalhador seja vinculado ao regime CLT, o que significa o fim da estabilidade no emprego, salários diferenciados, divisão dos trabalhadores, dificuldade em lutar por direitos.

Sobre as residências em saúde é importante lembrar que se trata de contrato temporário (na residência multiprofissional são 2 anos) e precário. O governo defende que a inscrição no programa não configura vínculo trabalhista. É uma “bolsa-formação” e não salário, por agregar um curso de especialização. Por ser uma bolsa, não é tributável pelo Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), mas implica na perda do direito de férias, 13º salário, FGTS, insalubridade e estabilidade, pois trata-se de contrato temporário. Por obrigar a adesão dos bolsistas ao INSS como contribuintes individuais, não há contribuição patronal (da União, no caso) para a previdência. Isso significa a redução da seguridade social. O trabalhador da saúde será cada vez mais formados por pós graduandos, num regime duplo, trabalho & formação: continuação da formação universitária mais contrato temporário de trabalho/especialização mais menor cobertura da seguridade social mais Contribuição individual ao INSS.

Apesar dessas especializações serem sujeitas aos parâmetros das residências em saúde, em termos de projeto pedagógico, preceptoria e regras mínimas de funcionamento e apesar do discurso governamental apontar a necessidade de atuar na qualidade da formação, o central do programa é vem sendo claramente garantir o provimento de profissionais. Considerando o atual estado de vazio assistencial a que milhões de brasileiros estão sujeitos quando necessitam de cuidados de saúde.

É elogiável que o governo esteja decidido a enfrentar essa situação de falta de atendimento do SUS podendo ser uma oportunidade de qualificar a formação dos profissionais. Mas precisamos debater o que a consolidação desse papel assistencial da pós-graduação representa nos seus múltiplos sentidos: formação de especialistas; indução/regulação do mercado de trabalho; redução da seguridade social para os trabalhadores; precarização do trabalho; trabalho temporário; ampliação do acesso à serviços de saúde; integralidade; controle social e educação permanente.

Concordamos com Campos (2013) que o governo federal ao invés de resistir à criação da carreira de estado para trabalhadores de saúde, nada impediria que oferecesse complementação da formação: as especializações poderiam compor o período probatório, por exemplo. Inclusive no caso da carreira de estado. Entretanto, A opção pela contratação temporária dos trabalhadores de saúde através de bolsas-formação, com piores condições de trabalho em relação à CLT ou ao serviço público, é algo que enfraquece o trabalhador, mesmo com a oferta de especialização lato sensu e rendimento acima da média salarial nacional de muitas categorias. Tende a ser vista como mais um forma da variedade de modalidades de precarização do trabalho e do ensino.

F) Papel da RMS no SUS, seus desafios e repercussões.

Questionamos aos residentes qual o papel da Residência Multiprofissional dentro do SUS:

Tabela 22- O papel da Residência Multiprofissional em Saúde

Qual o papel da Residência Multiprofissional em Saúde?		
Categorias	Quantidade	Frequência nas respostas
Desenvolver o perfil de formação Multiprofissional. Fortalecer o SUS constitucional.	8	44%
Qualificar a relação/Atendimento aos usuários do SUS.	3	17%
Formação Permanente/ Articulação serviço e academia.	4	22%
Possibilitar a inserção de mais força de trabalho no SUS.	3	17%

Fonte: Próprio autor.

Então, assim, eu avalio que a importância da residência principalmente para o fortalecimento do SUS no período em que o SUS está sendo jogado às traças, não jogado às traças assim, as eles querem acabar com o SUS e, a residência é uma forma de resistir do SUS, ter profissionais se formando pelo SUS entendeu, e para o SUS porque muitas pessoas, às vezes, são inseridas no SUS sem entender da luta política que foi para termos um sistema que temos hoje sabe. E, assim, eu vejo isso como muito importante para o fortalecimento. (Sujeito 12 – Serviço Social).

Olha, eu acho que a residência multi ela veio para poder suprir uma deficiência das graduações no sentido de não formar os profissionais para atuarem no SUS, de não formar profissionais com a visão de um paradigma biopsicossocial, de não

formar profissionais que sejam comprometidos com o SUS. Então, eu acho que a residência veio com esse intuito de você formar profissionais para atuarem no SUS, para a atuação na saúde pública.

Então, eu entendo que a gente está inserido mesmo nos serviço de saúde para a gente aprender com essa prática e sempre com um olhar reflexivo, crítico sobre essas demandas que a gente tem recebido e tudo mais. Então, eu acho que a proposta da residência é excelente, acho que é realmente isso de formar profissionais para o SUS. Mas eu acho que, de alguma forma, acho qe a gente precisa entender que precisa de um, como vou dizer, de uma organização de forma que seja um aprendizado que esteja coerente com o que, como vou dizer gente... Com o que é proposto, é. Mas, assim, não de forma pesada e exaustiva porque eu acho que acaba sendo isso, a gente acaba vindo trabalhar. Então, a gente perde muito essa vida. Eu pelo menos, quando entrei na residência, tinha essa proposta de ser um profissional em formação, ou seja, estou continuando estudando, eu tinha acabado de sair da graduação e entrei na residência, vou continuar estudando, mas agora eu vou ter a prática, vou estar muito mais dotada na prática. Só que eu acho que é muito mais esvaziada essa questão teórica, eu acho que é muito voltada para a prática. Então, acho que se perde um pouco isso, acaba sendo propriamente profissional mesmo, claro, tem as tutorias, tem os preceptores para nos ajudar, tem, mas acho que ainda falta um pouco essa, como vou dizer, esse suporte mais teórico mesmo para o que a gente faz. (Sujeito 2 – Psicologia)

É contribuir com a formação de novos trabalhadores, uma pena que a maioria desses trabalhadores não fiquem no SUS que é universal e equiname, vá para o sistema privado, que a gente sabe que a EBSERH, que outras ONS estão pagando melhor. Então a gente sabe que é questão de sobrevivência, de reprodução material desse trabalhador. Porque o SUS ele enquanto fortalecer os trabalhadores com a residência, sim, ele está fortalecendo, mas e depois quando ele sai da residência, tem uma política? Está se abrindo novos concurso? É isso que a gente que começar a observar e a refletir. A gente sabe que não. Os concursos estão pagando muito pouco, tem a questão da precarização dos vínculos; tem a questão de carga horária; tem a questão de que não tem outros profissionais naquele setor e você vai e vai ser o único trabalhador que vai ter que fazer o trabalho por três; a gente sabe que tem a precarização da residência, principalmente, na médica que os médicos assumem plantões trabalhando, então, como se fosse qualquer outro trabalhador. Então, assim, ainda há que se melhorar bastante neste aspecto. (Sujeito 4 – Serviço Social).

Eu acho que a papel da residência no SUS, eu acho super importante porque os profissionais também conseguem contribuir para os profissionais que estão há anos trabalhando, assim como os profissionais contribuem para o nosso aprendizado. E aqui no HESFA, especificamente, onde eu consigo falar melhor, porque eu nunca atuei em outros lugares. A gente aqui serve como trabalho mesmo, como você falou em setores que estão defasados de profissionais, a maioria está se aposentando, então a gente trabalha nos setores como se fossemos profissionais do setor. Ai é muito importante, porque as vezes falta profissional e a gente acaba cobrindo, então para certos setores a gente trabalha como trabalho braçal mesmo. Então, é importante para o hospital a inserção de residentes e pro Sus também, porque a gente tá sempre aprendendo e contribuindo pro Sus, para os setores. (Sujeito 9 – Enfermagem)

Acho que o papel principal da residência é formar profissionais no SUS para o SUS, profissionais que sendo formados lá pela assistência poderiam voltar para o SUS. Agora o que a gente ve não é isso, a gente é formado no SUS, mas não sabemos se vamos conseguir retornar para atuar no SUS, e se retornar vai ser via OS, via precarização e flexibilização do trabalho, do trabalhador da saúde. Mas, para além disso um papel importantíssimo da residência no SUS é poder manter o

vínculo com a academia, esse vínculo que eu falei que é frágil, né, e de alguma forma fazer uma formação permanente não só para o residente que tá lá sendo formado, mas também fazer com que os profissionais que estão na ponta, se atualizem, se mantenham em formação permanente também. (Sujeito 10 – Serviço Social).

Questionamos aos residentes qual tem sido a Contribuição da Residência para a sua Formação?

Tabela 23- Contribuição para a formação

Qual tem sido a contribuição da RMS para a sua formação?		
Categorias	Quantidade	Frequência
Maturidade pessoal no Trato com usuários e profissionais/ Tornou-se mais propositivo/ Habilidade na comunicação Verbal e em público.	5	28%
Formação para o trabalho Multiprofissional/ Visão de Integralidade/ Defesa do SUS	7	38%
Conhecimento da realidade do SUS	4	22%
Considera que faltou mais perspectiva psicossocial	1	6%
A RMS articula teoria e prática	1	6%

Fonte: Própria autoria.

A ideia de uma residência multi também é legal para a gente conseguir enxergar a saúde de uma forma integral, porque às vezes fica tão fragmentado no nosso mundinho, na nossa profissão, na nossa categoria que, às vezes, a gente pode perder o fio da meada na hora de enxergar o usuário como um sujeito que tem uma complexidade maior na sua vida, vai do social, psicológica, até às questões biológicas de saúde. Então, eu acho que isso está trazendo, enquanto conhecimento pra mim, e melhora a minha capacidade de reflexão diante do SUS que eu quero, do SUS que eu quero trabalhar. E como eu vou fazer para lutar por esse SUS acontecer né? Então, tem contribuindo para mim. (Sujeito 12 – Serviço Social)

As contribuições foram muitas, entre elas: conhecer como é o trabalho das demais categorias – serviço social e enfermagem – para trabalhar junto; realizar o trabalho em equipe; conhecer as políticas do SUS e se esforçar para que elas sejam efetivadas na prática; conhecer a realidade da prática, entre outras. Com essas contribuições descritas acredito que tenha conseguido desenvolver as habilidades e competências para desenvolver um trabalho dentro do SUS. Ter essa formação faz muita diferença na prática a ser desenvolvida no futuro dentro de um serviço público. (Sujeito 8 – psicologia)

Aqui, eu avalio mediano. Não sei se pode ser essa avaliação assim, mas mediano eu acho que é uma formação muito básica e não contempla as diversas categorias, acho que acaba não contemplando o modelo psicossocial, acho que continua contemplando a questão biomédica porque percebe-se que a maioria dos nossos preceptores só são da área biológica que parece que tem mais

espaço...então ficando essa coisa muito de enfermagem. Até a nossa própria coordenação tem mais enfermeiros, uma ou duas psicólogas, então, assim, Serviço Social não tem o que deixa muito defasado essa nossa conversa multi. Mas, em outro ponto, acho que mais pro pessoal, eu cresci bastante e vi coisas que eu não vi na minha graduação. Então, eu não posso dizer que a residência não teve um processo transformador na minha formação! (Sujeito 5 – psicologia)

[...] eu acho que ela tem me ajudado a me desenvolver de uma forma mais independente enquanto profissional. Acho que até essa imersão de que eu tenho que chegar lá e tem que lidar com os usuários, talvez em alguns momentos falte algum suporte, acho que isso foi desenvolvendo uma certa segurança de tomar decisões, de tomar iniciativas. Enfim, de me posicionar de algumas formas que eu acho que antes eu não tinha me posicionado enquanto estagiária, talvez porque eu não tivesse precisado.

Eu acho que foi importante para conhecer a realidade de um sistema de saúde público, de tentar ali se virar com os recursos ou falta deles, com as imprevisibilidades, com o que desse para tentar fazer um bom trabalho. Acho que me ajudou a conhecer e a trabalhar com outras profissões que eu não tinha contato e a tentar, mesmo com os desafios e com as dificuldades mesmo de ser um trabalho multidisciplinar. Tentar. Acho que o que mais me proporcionou foi me experimentar enquanto profissional e que agora eu respondo, digamos assim. (Sujeito 3 – psicologia)

Ah, contribuiu muitíssimo, mesmo em meio de tantas questões e dificuldades e tal. Mas contribuiu sim, com certeza, acho que de alguma forma a gente sai muito diferente da forma como entrou, com certeza assim. Principalmente em questão de iniciativa, de você propor outras questões e soluções para os problemas, de se inserir numa equipe de ter esse olhar multi, de... Acho que tudo isso é muito bem construído aqui na residência, a gente sai muito com essa bagagem de olhar para as questões da saúde, não que aquele olhar focado na minha formação que é psicóloga, mas focado a saúde integral mesmo, do sujeito e do paciente.

Então, acho que a residência contribui muito nisso de ampliar a nossa visão de ser uma residência multi e também contribui no sentido da gente estar muito inserido no serviço de saúde. Então, a gente se depara e consegue compreender os problemas do SUS, a gente consegue entender quais são os problemas de manejar as demandas e tudo mais. Então, eu acho que a gente sai com esse suporte e essa bagagem da própria experiência mesmo de atuação, acho que é importante. (Sujeito 3 – psicologia).

Nossa, tem sido excelente, muito boa mesmo, eu já estou quase terminando o meu segundo ano e a medida em que a gente vai vivenciando a gente vai vendo como é rica a experiência sabe, eu olho pra trás e vejo quanta coisa eu aprendi. Eu aprendi assim a olhar esse enfoque na integralidade, é muito interessante para mim, acho que favorece um atendimento diferente e bem mais qualificado, para minha visão de mundo também não né? Eu acho que isso reflete na minha vida também, quando eu vejo as questões, eu não vejo as questões mais fechadinhas, encaixotadinhas, eu tenho uma visão mais ampliada das coisas por conta d'eu buscar no meu trabalho ver o usuário de maneira ampliada ver tudo o que ele está, todas as forças que atuam sobre ele, não só as questões fisiológicas, mas como os atravessamentos sociais que reverberam no quadro psíquico dele. (Sujeito 6 – psicologia)

Questionamos aos Residentes Multiprofissionais quais seriam os desafios da RMS e mudanças a serem feitas na RMS. Há uma frequência de respostas

dos residentes afirma que não tem o costume de participar de atividades científicas e reforçam a dificuldade de conciliar as atividades práticas com participação e produção científicas e relatos de experiência.

Tabela 24- Desafios e necessidades de Mudanças para a Residência Multiprofissional em Saúde

DESAFIOS/ MUDANÇAS		
Categorias	Quantidade	Frequências nas respostas
Falta disciplinas específicas	2	9%
Necessita maior incentivo aos preceptores (educacional e financeiro)	6	27%
Qualificar a comunicação entre os sujeitos que constituem a RMS/Falta diálogo	5	23%
A atual precarização do SUS dificulta	3	14%
Ter corpo docente mais estruturado/ disciplinas estruturadas e atividades teóricas	6	27%

Fonte: Próprio autor.

Mas, assim, tem problemas na questão de organização, de um melhor suporte pra gente teórico, melhor suporte até mesmo nos setores dos preceptores, uma formação talvez para os preceptores entenderem qual é a função deles nisso porque às vezes eles não sabem, eles estão aqui e tal “Ata eu sou preceptor, então, eu tenho residente aqui e vou falar com ele”, mas ele não entende que ele está contribuindo para a formação de profissionais para o SUS. Então, eu acho que às vezes falta um pouco isso um suporte desses outros aspectos, mas o geral eu acho que a residência contribui muito na nossa formação, com certeza, enquanto profissional, tem uma contribuição muito relevante mesmo. (Sujeito 2 – psicologia)

Aqui você ve também que a discussão teórica também é muito pouca e você acaba ficando na prática mesmo, no trabalho. Então, é um projeto muito importante, mas que precisa ser revisto, e relido, discutido e implementado de outra forma, porque não está sendo feito como deveria ser feito. E o potencial da residência, não está sendo completamente utilizado. A residência tem um potencial muito grande de formação e de ampliação do SUS e eu acho que é subutilizado esse potencial pela lógica atual mesmo que se implementa na saúde. (Sujeito 10 – Serviço Social).

Eu acho que devia ter mais incentivo e algum tipo de benefício para os preceptores, até para incentivar eles a receberem a gente. E capacitação também. Eu sinto que muitas vezes, por exemplo, no HESFA, parece que é quase que se tivesse uma obrigatoriedade de todo o setor receber residente e eles recebem e não se sabe muito bem o porquê, às vezes eles estão envolvidos nas tarefas deles, no final eles fazem uma avaliação que parece muito protocolar, mensal e... Não sei. Como eu te falei, não estou falando de uma relação ruim com eles, no sentido de...conversar, pessoal, ser simpático, esse tipo de problema, entende, não tem. Mas, no sentido de, acho que de eles se sentirem implicados como,

também, corresponsáveis por esse nosso processo de formação. (Sujeito 3 – psicologia)

Os desafios são a falta de organização da coordenação do programa em relação as atividades desenvolvidas e as disciplinas ofertadas além da falta estrutura da instituição. (Sujeito 8 – psicologia)

Bem, acho que um desafio é a falta de diálogo, um dos desafios é a falta de diálogo entre quem faz, quem está no campo quem coordena essas pessoas que estão no campo. Já que o SUS ele é construído tanto por uma questão do Estado como também pela participação popular né, pelo o que o povo necessita, acredito que a residência também deveria ser da mesma forma, porque acaba sendo os frutos dessas opiniões e dessas críticas sendo colhidos em turmas posteriores e, não digo nem em turmas posteriores assim, a próxima turma, a turma do próximo ano, eu digo a turmas daqui a dois e três anos. Então, a nossa falta de diálogo e tentar entender o que está se passando entre esses residentes, eu acho que é o que mais dificulta! (Sujeito 5 – Psicologia)

O principal desafio seria a organização, depois a difusão das informações de maneira clara e objetiva. Se esses dois nortes começarem a ser mais trabalhados, acredito que a gente vai ter uma melhor residência ainda porque há profissionais capacitadíssimos, mas ainda como não nada no plano real é uma coisa e no plano institucional ou legal é outra né, a gente tem vários marcos legais, a gente... Então, eu acredito que com organização e difusão com o objetivo claro de informações, a gente passe para um patamar de qualificação do nosso SUS. (Sujeito 4 – Serviço Social).

Nessa residência em si eu acredito que seja a comunicação e também o fato da dificuldade da coordenação se estruturar porque são poucas pessoas trabalhando nisso, então a organização não está como deveria e isso acaba repercutindo na gente enquanto residente porque a organização dessa questão fica complicada, e acho que também o não envolvimento como deveria ser dos profissionais está um pouco afastado do que é residência, qual é a proposta, qual é o papel do residente no setor né, as vezes o preceptor tem dificuldade de entender, “Ah a gente vai ter uma aula agora”, “Ah, mas, não, você tem que estar aqui no setor!”. Então assim, essas coisas podem vir a atrapalhar a nossa inserção como residente, eu acho que a questão que eu mais sinto dificuldade é a questão da comunicação entre residente e coordenação e, assim, essas questões administrativas e políticas também né, da questão do Serviço Social específico né, da minha categoria, essa dificuldade de conversar com a escola de Serviço Social. Acho que de maneira geral a residência ou a modalidade de residência sofre essa dificuldade de ter professores para a residência, a gente fica nesse limbo “Tem aula com a graduação ou tem aula com o pessoal de mestrado, como é que fica?”, os professores também não têm uma carga horária específica para isso, também não têm um incentivo financeiro, então eu vejo essas questões como um problema. (Sujeito 11 – Serviço Social).

Eu acho que o ponto inicial é uma melhor comunicação, melhor comunicação entre os residentes e a coordenação, uma melhor comunicação entre a coordenação e os preceptores e tutores, mas, assim, eu não digo uma comunicação que dou um comunicado nada pensado sobre isso e uma coisa mais participativa sabe, uma ideia de criar estratégias diante das adversidades até do avanço da residência, do aprimoramento do avanço da melhoria da residência, pensar, isso ser pensado juntos e não uma coisa que é muito de cima para baixo. (Sujeito 12 – Serviço Social)

Quais os maiores desafios desta RMS na implementação para qualificar a formação para o SUS?

Creio que trabalhar com as políticas no momento onde não sabemos se elas estarão vigorando até o dia seguinte.

O que você identifica como necessárias mudanças a serem feitas na Residência?

Ter um corpo docente e profissionais que estejam ligados diretamente a residência. (Sujeito 7 – enfermagem)

Podemos perceber que os residentes possuem uma visão positiva e otimista sobre a residência em saúde destacando seu potencial de reforço às necessidades do SUS, inclusive destacam que a RMS contribuiu na formação colocando-os dentro da realidade do SUS possibilitando o contato com o trabalho multiprofissional. Concordamos com os residentes que não se pode negar que o Programa da Residência deve ser considerado como uma tendência para a construção de políticas de formação de recursos humanos na saúde. Em primeiro lugar, porque gerou alguma ruptura na política hegemônica da formação superior em saúde, introduzindo uma modalidade que, até então, era de exclusividade da área médica. Depois, porque pretende ser uma estratégia para a implantação do SUS, o que suscita perspectivas menos pessimistas com relação ao papel do Estado em velar pelo cumprimento de seu dever legal.

Alguns residentes avaliaram, também, que a falta de compromisso dos profissionais dos serviços com a RMS poderia ser justificado pelo pouco diálogo com os demais sujeitos formados do programa, sujeitos que estão na coordenação e gestão, e a falta de incentivo dado aos preceptores. Essa situação gerou resistências à mudança de modelo e o descomprometimento com o Programa, que, por sua vez, equivocadamente, tomou para si a responsabilidade de organizar o trabalho multiprofissional nos setores do HESFA. Além disso, a Residência ocupou um lugar importante nos serviços ocupando o mesmo espaço físico, insuficiente, ou mesmo entre os funcionários que se sentiam incomodados, invadidos e com mais um peso de trabalho.

A avaliação sobre o envolvimento e diálogo dos profissionais, considerado pequeno e insuficiente (tanto da universidade, quanto do serviço), também foi direcionado ao próprio Residente, pois nem todos tinham interesse e, nem mesmo, compreensão no/do seu protagonismo; não se envolveram com essa política do SUS e com a efetivação da proposta.

Novamente os residentes destacam a necessidade de qualificar os espaços teóricos e organizar disciplinas e aulas, além de institucionalizar o quadro docente para a RMS.

Os residentes Multiprofissionais também fizeram algumas considerações finais. Dentre eles estão as expectativas (negativas e positivas) em trabalhar no SUS; a incerteza da continuidade do programa de RMS com o atual governo; a afirmação de que o espaço da RMS precisa ser apreendida criticamente; a necessidade dos residentes se sentirem representados. Como veremos nas falas a seguir:

E eu acho também essa questão de pensar, no caso, eu não sei se é dessa forma que você quer ver os seus dados também e tal, mas pensar num espaço de apoio ao residente ou algum Núcleo, não sei. Tem a questão de... Eu penso assim, igual ao Centro Acadêmico eu tem na faculdade, penso assim, que poderia existir um Centro Acadêmico de residentes assim. (Sujeito 1)

Então, infelizmente, eu não sei nem se a minha turma talvez seja, não digo a última, porque o edital já abriu da próxima, mas talvez a penúltima turma de residência, porque ninguém se sabe a garantia de bolsas e se vai ter concurso no ano que vem. Só se sabe que está garantido as nossas, da turma que vai entrar agora e da turma que vai entrar no ano que vem porque o edital já saiu, eles não podem voltar atrás né. Mas já tem um murmurinho aí de que não se sabe mais pro futuro, então, é uma coisa triste. Parece que ao mesmo tempo, por mais que a gente faça um monte de crítica a residência, eu acho que talvez seja unânime que ela não corresponde totalmente as nossas expectativas, ela de certa forma, ela nos dá uma segurança que eu não sei como é eu vai ser quando acabar. (sujeito 3)

[...] Eu super recomendo a residência para várias pessoas que vêm me perguntar, eu recomendo de verdade porque eu acredito muito que é possível sim a gente formar profissionais voltadas para o SUS com uma visão integral do sujeito, acho que isso a gente aprende muito aqui. Mas, assim, tem problemas na questão de organização, de um melhor suporte pra gente teórico, melhor suporte até mesmo nos setores dos preceptores, uma formação talvez para os preceptores entenderem qual é a função deles nisso porque às vezes eles não sabem, eles estão aqui e tal “Ata eu sou preceptor, então, eu tenho residente aqui e vou falar com ele”, mas ele não entende que ele está contribuindo para a formação de profissionais para o SUS. Então, eu acho que às vezes falta um pouco isso um suporte desses outros aspectos, mas o geral eu acho que a residência contribui muito na nossa formação, com certeza, enquanto profissional, tem uma contribuição muito relevante mesmo. (Sujeito 2)

Mas, com o que vem acontecendo, todos esses movimentos querendo acabar com o SUS e educação e outros avanços que estão caminhando para um desavanço, com retrocesso, eu confesso que eu ando meio desanimado e isso vem influenciando até minha atuação na própria residência, nesse final da residência de que vem um desânimo de “Ah se está acontecendo tudo isso, por que eu tenho que continuar no SUS?”. Mas, ao mesmo tempo que quero continuar no SUS, quero continuar na saúde, não quero ficar me prendendo apenas a uma clínica ou muito menos num RH, a uma empresa, só para ganhar meu dinheiro e

acabou. Não. Eu quero trabalhar no SUS, no coletivo porque eu acho que ali e aqui eu posso fazer uma diferença. (Sujeito 5)

Tenho muitas expectativas para trabalhar dentro do contexto público de saúde para transpor para prática como profissional o que foi aprendido na residência. Estar atuando como residente dentro do SUS me estimula para continuar e defender o sistema. (Sujeito 8)

Eu acho que a consideração final é isso, o formato da residência de formar profissionais do SUS para o SUS é um projeto muito importante, eu acho, até para o processo de ampliação e consolidação do SUS ainda numa conjuntura como essa de ideologia da privatização tão forte da saúde, de ver a saúde como uma mercadoria. Mas, a própria formação na academia, já é uma formação fragmentada, né. Enfim, não se fala, não se discute amplamente política de saúde, SUS, nos cursos da saúde, muito pouco se fala. Ai quando você vai pra residência você pensa: “Aqui eu vou conseguir articular, fazer essa discussão e tal”. Aqui você vê também que a discussão teórica também é muito pouca e você acaba ficando na prática mesmo, no trabalho. Então, é um projeto muito importante, mas que precisa ser revisto, e relido, discutido e implementado de outra forma, porque não está sendo feito como deveria ser feito. E o potencial da residência, não está sendo completamente utilizado. A residência tem um potencial muito grande de formação e de ampliação do SUS e eu acho que é subutilizado esse potencial pela lógica atual mesmo que se implementa na saúde. (Sujeito 10)

A fala dos residentes ressaltam novamente que a criação e construção dos programas deve estar em acordo com as necessidades de saúde da população e do aumento expressivo de residências atuais, em paralelo com certa precarização destes espaços de formação; além da necessidade de maior representação política dos residentes. Porém ressalta-se as falas que destacam a dificuldade de inserção profissional em cargos públicos posterior à residência, por falta de novos concursos para profissionais e pouca valorização da residência nos processos seletivos. Percebe-se a preocupação e o desejo com a inserção profissional de no SUS ao término da residência, porém a realidade de privatizações como forma de resolver problemas de gestão, na realidade implantando vínculos instáveis, e precarização das relações trabalhistas e da atenção à saúde, são questões que geram pessimismo nos residentes.

Cabe destacar que a luta pela absorção dos residentes pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é uma bandeira história do Fórum de residentes. Entre as questões levantadas é de que a certificação da residência é inadequada por sair apenas como especialista latu senso, quando na verdade a Residência multiprofissional é uma pós-graduação diferenciada. O entendimento entre os residentes é que o processo seletivo para os programas da residência sejam passaporte para o ingresso no serviço público. Uma vez concluída a especialização, haveria o imediato aproveitamento nos serviços onde se

formaram ou nas demais unidades de saúde do SUS. Como podemos verificar nas cartas dos encontros de residências:

Alguns dos pontos relevantes que defendemos são:- A absorção do residente pelo SUS através de concurso público, ressaltando o investimento público feito na formação destes profissionais, sendo a residência parte integrante da Carreira SUS;- Reconhecimento da residência como titulação diferenciada em concursos públicos;- A garantia da certificação dos egressos com titulação específica. (Carta ENRS de Fortaleza, 2013)

É necessária também uma regulamentação das residências pelo Conselho Nacional de Educação que as diferencie dos cursos de pós-graduação lato sensu. Esse passo mostra-se fundamental para a sua valorização diferenciada em concursos públicos, plano de cargos e carreiras, bem como a garantia de suas especificidades quanto à titulação do corpo docente-assistencial, a forma dos trabalhos de conclusão de residência e a pontuação em provas de títulos. (Carta ENRS, Recife, 2014)

Defendemos o reconhecimento institucional dos programas de residências em saúde como uma modalidade de formação de pós-graduação nas instituições proponentes, diferenciada da titulação de “especialização” atualmente vigente. Reforçamos a necessidade de que a certificação específica de residência seja contemplada tanto em seleções acadêmicas como em concursos públicos com maior pontuação do que as atuais certificações de especialização, bem como acreditamos que a carga horária prática possa ser computada como experiência profissional. (Carta ENRS de Florianópolis, 2015)

Dado que os Programas de Residência tem a maior carga horária dentre as pós-graduações e grande arsenal de prática profissional, pautamos que sua certificação deva ter maior valor nas seleções de concursos públicos, quando comparado com as demais modalidades (strictu e lato sensu). (Carta dos residentes ENRS em Curitiba, 2016)

Cabe ressaltar que a luta por reconhecimento da certificação da residência enquanto uma formação possibilita ao egresso um amplo conhecimento da realidade do sistema e a luta por mecanismos que levem a aproveitar o investimento feito nestes profissionais para que eles retornem para trabalhar no SUS, é, na verdade, uma necessidade de luta por investimento no trabalho em saúde e nas carreiras para o SUS. Enquanto a política de gestão de pessoal não pensar na educação e trabalho em saúde de forma realmente articulada à qualidade da assistência, o sistema público não superará um dos seus principais problemas que lhe impede potencializar a atenção à saúde da população.

4

Considerações finais

Nesta dissertação foi apresentada uma investigação sobre o histórico e principais debates em torno das Residências em Saúde incluindo o estudo realizado com preceptores da RMSM do HESFA/UFRJ tendo a relação com o SUS o dispositivo analisador. Os participantes tiveram a oportunidade de refletir sobre A RMS em diferentes aspectos, e nos possibilitou conhecer o cruzamento dos discursos dos profissionais do RMSM/HESFA com os múltiplos movimentos que produzem discursos sobre a residência multiprofissional em saúde.

Podemos verificar no nosso estudo que o conservadorismo no Brasil impõe uma política de restrição dos gastos públicos e de expansão do setor privado em saúde produzindo o “subfinanciamento” e a “precarização” da gestão de recursos. Assim, se por um lado o SUS trouxe a universalidade da atenção ao sistema de saúde, por outro, não conseguiu garantir potencializar a qualidade dos serviços na mesma proporção em que se deu a ampliação do acesso, levando à necessidade de recorrer ao sistema privado, de uma parcela da população da classe média e de trabalhadores qualificados, num processo chamado de “universalização excludente” (Faveret & Oliveira, 1990).

Além disso, a precariedade das condições de trabalho somado ao componente político-ideológico na formação dos profissionais de saúde associado à cultura da crise no serviço público disseminada a partir os anos 1990 pela ideologia capitalista neoliberal, gerou um distanciamento do SUS da concepção original do projeto da Reforma Sanitária que em grande parte das vezes tem sido banalizado.

Para Santos (2006), o subfinanciamento e a precarização da gestão dos recursos humanos evidenciam a persistência “*dos velhos modelos de atenção e de gestão e seus desperdícios estruturais, ameaçando a efetividade do SUS que segue balizado pelos rumos da macropolítica e macroeconomia dominante no país*” (Santos, 2006, p. 434). Desse modo, desde sua implantação, o SUS, enfrenta grandes dificuldades para o seu reconhecimento, apoio e para a sua efetivação mais plena, seja por parte dos gestores, em seus diferentes níveis, ou

mesmo pelos profissionais e pela população (Santos, 2011). As conquistas políticas e jurídicas no campo do direito à saúde e os avanços organizativos e assistenciais propiciados pela implantação do SUS não foram suficientes para superar os velhos e os novos problemas da atenção à saúde.

Contudo, são essas mesmas condições que determinam a relevância da defesa do sistema público na saúde e da necessidade de se priorizar políticas para a efetivação do SUS, e gerando, nesse contexto, perspectivas otimistas sobre a possibilidade de qualificação dos trabalhadores. O Programa de Residência Multiprofissional tem sido apresentado como uma estratégia importante para atuar nesse sentido, porém, essa estratégia também é permeado pelos interesses conservadores privatistas.

A Residência Multiprofissional de Saúde é uma (re) invenção que visou reforçar a perspectiva sanitária na medida em que articula assistência, gestão, educação e participação social (propondo o quadrilátero da formação em saúde) e obrigatoriamente projeta um movimento criativo de produção de conhecimentos que estabelece uma nova lógica para o cotidiano do setor saúde, de acordo com os princípios e diretrizes da integralidade da atenção e da intersetorialidade do SUS.

Por outro lado, porém, temos o cenário atual da saúde pública no Brasil com grandes disparidades locais e regionais, especialmente no que se refere à formação profissional, à política de contratação/capacitação/formação de pessoal e ao acesso a processos de educação permanente. Sem perder de vista, igualmente, os problemas relacionados a falta de participação popular e controle social das políticas sociais.

Nestas considerações finais explicitaremos de forma resumida o que verificamos como principais resultados na pesquisa ressaltando os aspectos políticos organizacionais, aspectos estruturais e de trabalho, e aspectos formativos presentes na RMS que se reproduzem de forma contraditória dentro dos programas.

Dentre os aspectos políticos organizativos a serem destacados, verificamos que atualmente existe um movimento de resistência dos sujeitos que compõem a Residência em saúde. Há um grupo emergente dos sujeitos sociais

da Residência (Fórum Nacional de Residentes; Fórum nacional de tutores e preceptores; Fórum nacional de coordenadores) que vem produzindo discursos e práticas em defesa da reforma sanitária e da efetivação do SUS. Tais grupos também apresentam reações ao modelo vigente tais como: a centralidade no processo de participação, pontuando, mais fortemente, a centralidade das dificuldades encontradas no processo de participação política local e na CNRMS e dificuldades da capacitação entre demandas da formação e demandas de ações assistenciais, conforme discursos apresentados na pesquisa.

Também é possível identificar que distintos sujeitos (principalmente representantes dos governos) têm como estratégia a redução da participação políticas movimentos sociais para a formulação, condução, discussão e implementação das RMS. Nesse aspecto muitas barreiras precisam ser superados com relação as instancias participativas. Desse modo há muito a ser conquistado dentro das organizações, pois observa-se que a existência de uma cultura brasileira autoritária e centralizadora tem sido refletida nos espaços institucionais. Se a RMS objetiva trazer inovações no contexto institucional, é mister a participação dos sujeitos nos espaços de decisão deste processo.

No âmbito da RMSM do HESFA/UFRJ observamos a frágil participação dos residentes e preceptores na COREMU e nas instâncias de participação política no SUS. Além disso, falta de protagonismo dos preceptores na construção do Projeto Político Pedagógico abre a discussão para repensar a participação mais satisfatória destes no planejamento pedagógico do curso. É preciso considerar que estes profissionais são centrais na formação dos residentes num curso com ênfase prática onde a maior parte do processo de ensino-aprendizagem se realizará com a supervisão profissional dos preceptores.

Nos aspectos estruturais e de trabalho que perpassam o debate da RMS observamos que com a redução dos investimentos em políticas públicas, o programa tem sido apropriada pelas instituições como recursos humanos de baixo custo e de fácil descarte ou rotatividade. Isso tem implicações na qualidade da formação, na qualidade do serviço prestado e também na articulação sócio-política dos trabalhadores da saúde, pois a rotatividade é um elemento prejudicial à organização política.

O reordenamento do Estado e a redução do investimento em Política Social traz fortes implicações para as condições de trabalho. No contexto da RMSM/HESFA observou-se que o momento de pouca estrutura física (obra de restauro; dificuldade com o ambiente; pouco espaço) enfrentada pelo instituto foi reconhecida pelos preceptores e residentes como uma das fragilidades que em muito dificultou o desenvolvimento institucional do Programa, pois implicou em consideráveis entraves quanto à oferta do suporte estrutural necessário para o desempenho de suas atividades., com salas sem condições de sigilo, móveis antigos, ausência de equipamentos e de condições de registro, falta de manutenção, de material de consumo e de investimento me equipamentos.

Tem-se também, condições de salário e carreira gerando o desânimo e descrédito na possibilidade de alteração das práticas e este cenário impacta nas relações que perpassam iniciativas como as dos Programas de Residência. As narrativas apontaram a crítica ao contexto atual da não inserção qualificada dos profissionais de saúde na rede do SUS e dos poucos concursos realizados. Julga-se haver um desinteresse real em valorizar o profissional da rede, mantendo-se a escassez de recursos humanos.

Neste cenário, a inserção de equipes de residentes dentro do SUS oportuniza tensões de diferentes naturezas, por exemplo, quando há entrada de equipes de residentes compostas com áreas profissionais que não estão presentes nos serviços por um lado pode ter como consequência maior riqueza na oferta do serviço, uma vez que, ao agregar novos sujeitos, potencializa a reflexão, exigindo recomposição, aprendizado e articulações que envolvem a todos. Por outro lado, pode trazer expectativas de que, aquele profissional, necessário à política de saúde, venha a suprir a ausência daquela área profissional na instituição, inserindo-se em uma condição diferenciada, mais marcada pela execução das demandas dos serviços em detrimento à condição de formação. Nesse sentido, o peso maior centra-se na oferta precária de trabalho do que na qualidade da formação ofertada ao residente.

Na realidade de sucateamento dos equipamentos e desvalorização do trabalho profissional o residente acaba por ser utilizado como “mão de obra” para oferecer assistência à uma demanda reprimida pela escassez de trabalhadores.

Também há falta de qualificação e aproveitamento dos preceptores e tutores para que estes também ofertem conteúdo teórico. No caso dos preceptores, estes também são prejudicados pela cobrança institucional voltada as demandas do serviço e falta de incentivo em relação a residência (tanto de carga horária específica quanto remuneração). Como envolver a equipe, diante de um cenário como o descrito, de insuficiência de recursos humanos, de intensificação do trabalho, de práticas protocolares e muitas vezes, rotineiras? Equipe de trabalhadores que vivenciam a precarização do trabalho e renda. Esta questão aparece sob a forma de diferentes tensões no cotidiano do trabalho inclusive reforçando a idéia dos que acreditam que os residentes devem suprir a necessidade imediata de recursos humanos, reproduzindo atividades e respondendo as demandas dos serviços ocorrendo uma distorção dos reais objetivos da RMS.

Também há a avaliação dos residentes sobre o quantidade dos profissionais formadores, considerado insuficiente (tanto da universidade, quanto do serviço). Tal narrativa também é encontrada nos documentos produtos dos encontros e fóruns de residências que analisamos. Considera-se que, embora a RMS seja um programa de formação, a relação coma academia é frágil (mesmo na caso do HESFA que faz parte do complexo universitário) e há pouco docentes ligados ao programa de residência o que fragiliza os espaços teóricos.

Considera-se imprescindível a presença em quantidade suficiente de profissionais como componente importante à qualidade da supervisão profissional e articulação do conhecimento científico acadêmico para que de fato possa haver as mudanças almejadas para a formação em saúde.

Outra questão é a extensa carga horária prevista para os Programas. Uma modalidade lato sensu, voltada à “formação em serviços”, em dois anos, com uma carga horária de 60 horas semanais, em regime de dedicação exclusiva. Desta carga horária apontam-se as atividades práticas, teóricas e teórico-práticas, acrescidas do Trabalho de Conclusão de Curso. No final, o residente deve totalizar 5.760 horas. Observa-se que é o desafio dos projetos político pedagógicos dos Programas em adequar esta normatividade à realidade concreta dos serviços. Ressalta-se a característica de alguns Programas de Residência (como é o caso da Residência Multiprofissional em saúde da Mulher

do HESFA) ligados à Atenção Primária em Saúde, em que os serviços não funcionam em horário integral.

Nos parece importante uma problematização de que diante da natureza dos programas de residência multiprofissional (que defendemos ser mais voltada para a formação em serviços) estes devem prezar por espaços mais criativos, de trocas e articulação dos serviços em rede, na perspectiva da prestação com qualidade aos usuários do SUS. Sessenta horas semanais implica a intensificação do trabalho dos residentes e segue contrária a luta mais geral dos trabalhadores da saúde quanto à redução da carga horária semanal. Consideramos esta discussão necessária nos espaços organizativos e instâncias legais dos Programas de Residência para a construção de outros marcos legais que avancem na perspectiva de revisão desta carga horária que consideramos extensa e cansativa.

Diante do exposto, observamos que a RMS expõe problemáticas referente ao trabalho na saúde interrelacionado aos impasses referentes à educação em saúde, tendo em vista que é articulada à perspectiva da formação nos serviços.

Sobre os aspectos de formação e educação que envolvem o debate em torno da Residência Multiprofissional entendemos que este pode permitir uma inserção diferenciada de profissionais nos serviços e a sua articulação com a formação exige supervisão das práticas, horários para estudos, reflexões, reuniões, vivências nas experiências de trabalhos em rede, possibilidade de encontros que ampliem o leque de reflexões e conhecimentos, retornando sob a forma de novas possibilidades e estratégias de educação permanente que repercuta na reflexão dos profissionais preceptores e de propostas de mudanças de modelos e modos de fazer saúde.

Pela natureza das Residências Multiprofissionais– educativa – há uma inserção dúbia dos residentes nos serviços. Não são estudantes, mas estão em processo de formação, não são trabalhadores das unidades onde os Programas se realizam, mas estão aptos ao exercício da profissão naquele espaço e, portanto, devem estar amparados pelas instituições formadoras, com destaque para a integração ensino–serviços, a perspectiva teórica e ético-política presente nos projetos político-pedagógicos dos Programas.

Porém, tem sido recorrente, nos espaços de discussão e Fóruns de Residências (locais ou nacionais), a denúncia de residentes, da exigência da responsabilidade pelo atendimento das demandas daquela Unidade/serviço em detrimento do componente da formação.

Na nossa pesquisa realizada com os preceptores na Residência Multiprofissional do HESFA podemos observar o incômodo, destes profissionais formadores, com as constantes saídas dos residentes para eventos externos. Fato que pode demonstrar por um lado que seria necessário maior participação dos preceptores no planejamento das escalas dos residentes tendo em vista que estes conhecem melhor os cenários de prática, e, por outro lado pode demonstrar a não compreensão da importância que as atividades extra-muros da unidades possui para a formação na residência.

Ainda como resultado do nosso estudo constatamos que a participação nos cursos de capacitação para preceptoria foi negligenciado como condição para profissionais atuarem nas funções de preceptor. Este dado, somado à ausência de profissionais concursados, reforça a tendência de dificuldades que os preceptores possuem na condução das propostas da RMS já que a inserção de profissionais na preceptoria sem capacitação pode implicar conhecimento limitado da compreensão sobre o Programa.

Apesar das críticas realizadas com os preceptores e residentes do HESFA/UFRJ há o reconhecimento sobre a relevância da RMS na luta para a efetivação da política de educação permanente. Não se pode negar que o Programa da Residência deve ser considerado como uma estratégia para a construção de políticas de formação na saúde do que reforça a efetivação do SUS como política pública universal. Outra contribuição da RMS encontra-se no investimento para a superação da hegemonia do paradigma de saúde verticalizado e Biomédico, uma vez que se organiza a partir do conhecimento de diferentes áreas do saber que são complementares e interligados.

Um dado positivo foi o registro dos discursos (de preceptores e residentes) que apontaram para a percepção de grande contribuição que a RMS vem dando para a minimização das barreiras para a realização do trabalho na perspectiva da multiprofissionalidade o que representa um dado de considerável relevância, já que as Residências pretendem produzir mudanças estruturais nas formas de

se operar o trabalho em saúde, mudanças estas há muito desejadas e defendidas pelos segmentos que lutavam pela transformação do modelo assistencial aos moldes do SUS.

Pelas condições em que se efetiva o trabalho, destacadas anteriormente, a presença do residente nos serviços tem se tornado desafiante na medida em que a expectativa é de sua inserção como “mais um” a compor ou “substituir” o quadro de trabalhadores daquele local. Essa questão merece cuidado, pois o residente, considerado um profissional graduado, tem as condições do exercício de sua profissão. Não há impedimentos para esta ação e isto está previsto nos Programas: a atuação profissional/multi/interprofissional.

Todavia, no que se refere à avaliação da aprendizagem, os residentes e preceptores entrevistados direcionaram suas críticas ao fato de que ter como cenário a Educação nos serviços, não estar garantindo, necessariamente, o conhecimento; a construção desse conhecimento e a formação, para o Residente. A falta de estímulo dificulta, inclusive a produção científica dos residentes e preceptores. Também relataram um processo de descuido do Programa na organização das turmas, das aulas e do conteúdo teórico articulado a aprendizagem do campo prático.

A academia, por sua vez, demonstra grande dificuldade para a incorporação efetiva dessa política, além da dificuldade de disponibilidade de docentes, o fazer acadêmico parece não priorizar a produção de saberes sobre a assistência. Essa defasagem, gera impactos no processo formativo, pois a articulação entre os locais de atendimento, no caso pesquisado, o HESFA, e o suporte acadêmico científico seria de extrema relevância para o alcance do objetivos dos programas de RMS.

Para entendermos tais contradições que envolvem os principais aspectos (políticos, estruturais e formativos) dentro das RMS's temos que articular, de forma crítica, como a Educação na Saúde acompanha o próprio processo de desenvolvimento do SUS, como exposto nos capítulos 1 e 2 deste trabalho. Desde o início da implementação do SUS, os movimentos da saúde tem mobilizado esforços e pressionado recursos governamentais para processos educacionais, sem que tenham ocorrido mudanças significativas e com impactos visíveis nos serviços e no perfil profissional.

Apesar do investimento para a formação em saúde, as práticas assistenciais permanecem atreladas ao modelo flexneriano, hierárquicas do ponto de vista dos saberes profissionais, sem capacidade de organizar um processo de trabalho em equipe e de produzir um cuidado integral ao usuário. As políticas educacionais implementadas no início da implantação do SUS apresentaram, nas suas propostas, processos de gestão excessivamente normativos impregnado de um não reconhecimento dos saberes gerados a partir das experiências do cotidiano do processo de trabalho.

Ou seja, prevalência da idéia de que um grupo pensa e direciona (academia e gestão) e outro que executa e produz (trabalhadores da atenção em saúde). Além do modelo hospitalocêntrico e medicamentoso em função de todo complexo médico industrial e mercadológico que envolve a saúde sendo um aspecto político-econômico de extrema relevância, que ultrapassa a formação, mas influencia o seu processo.

A geração de novos perfis profissionais para o SUS também depende da produção de novas relações entre as instituições formadoras e o SUS, com o intuito de gerar novos profissionais e novos paradigmas. Como observado no início deste trabalho, quando apresentado o histórico das tentativas de mudança no quadro da educação em saúde, ao mesmo tempo em que há constatação das dificuldades do impacto das primeiras políticas educacionais nos primórdios da configuração do SUS, há o reconhecimento que essas experiências foram inovadoras e que possuíam potencial de contribuição de mudança na formação e em serviços de saúde.

Tais estratégias que envolvem articulação das instituições formadoras com o SUS e que ligam a experiência cotidiana do trabalho com o processo formativo se constituem potencial de resistência dos movimentos de defesa da saúde pública, entretanto, entendemos que para fortalecer seu potencial de resistência necessita-se sempre que seus sujeitos tenham apreensão crítica das armadilhas e da capacidade do capital em se apropriar dessa estratégia para fortalecer seus interesses tendo em vista as contradições envolvendo a existência do projeto privatista na saúde brasileira que pode se expressar na RMS também.

Apesar dos limites, identificados nesta pesquisa, a proposta da Residência Multiprofissional permite a realização de ações mais criativas na possibilidade de

produzir um fazer saúde e educação em território, no cotidiano dos serviços de saúde na formação dos profissionais, na criação de novas práticas, na introdução de mecanismos de autogestão e na formulação de novas abordagens. Entende-se que para atingirem processo formativo de qualidade nas RMS é necessário valorizar conteúdos oriundos das reais necessidades dos sujeitos atendidos, considerando a vida cotidiana, suas condições objetivas de sobrevivência e tratamento. Além disso, valorizar de fato uma articulação entre os diversos saberes profissionais.

Miranda et al (2011) considera como grande desafio para a Residência Multiprofissional desenvolver-se de modo a impedir que sua institucionalização seja reduzida a um mero mecanismo de reprodução de práticas, restringindo seu caráter promotor de mudanças e questionador da realidade. As autoras ainda pontuam que para isso é necessário que haja o entendimento de que a Residência não é um modelo e sim uma estratégia para fortalecer o modelo proposto pelo SUS.

Ademais, é importante ter ciência de que a Residência Multiprofissional foi idealizada e desenvolvida para atuar a partir de fragilidades existentes nos processos de trabalho em saúde, deste modo não há como concebê-la imune a obstáculos. Apesar dos aspectos negativos (característicos de processos em construção) sem dúvida se constata que essa modalidade formativa, vem trazendo um ganho para a prestação dos serviços de saúde e ampliando a capacidade de análise da prática multiprofissional. Principalmente por se tratar de uma área em que o saber biomédico se afirmou como saber dominante e muitas vezes se impõe como dificuldade para efetivação dos outros projetos profissionais. A possibilidade de interação entre várias práticas interdisciplinares, viabilizadas pelas residências multiprofissionais, emerge como o mais inovador do programa.

Portanto, caminhando para as últimas considerações, identificamos que atualmente, ao mesmo tempo em que vivemos o investimento de recursos para este programa de formação de profissionais para o SUS, o que tem sido colocado como estratégia para sua reorganização numa direção mais alinhada aos preceitos constitucionais, continuamos a assistir várias contradições. A Residência Multiprofissional em Saúde vem contribuindo para que se rompa com a lógica tradicional de delimitação de fronteiras profissionais, promovendo a

integração entre saberes e práticas multiprofissionais. Entretanto, persistem questões relacionadas ao subfinanciamento do SUS, à precariedade dos vínculos de trabalho e à necessidade de valorização dos trabalhadores através de planos de carreira adequados.

Se a residência for vista como substituição de recursos humanos, nunca vamos fazer uma reversão desse modelo de ocupação do espaço público com os residentes em vez de promover equipes integradas com seus servidores públicos. Entretanto, a tendência é que o Programa de RMS tem se inserido num contexto de estruturação da rede de serviços públicos por meio da oferta de um campo de trabalho precarizado para os profissionais da saúde. A formação do profissional para o SUS ficou submetida a um modelo de saúde que prioriza a excelência privada e, sendo assim, a Residência foi implantada com a simplificação de recursos e da fragilização da articulação entre o serviço e a academia, reproduzindo algo já é recorrente na formação. Finalmente, tem dificuldades na garantia da interlocução entre formação, gestão, atenção e participação dos profissionais.

Ainda tendo em vista o modelo de inserção nos programas des RMS identificamos um duplo movimento; 1) o crescimento da oferta de bolsas para residências; 2) diminuição de concursos públicos, falta de carreira. Isso está relacionado ao subfinanciamento crônico do SUS em que estímulos fiscais à saúde de mercado fazem com que, para atender mais de 20% de brasileiros com seguro privado, tenhamos mais de 50% dos recursos financeiros gastos em saúde. Portanto, a problemática que envolve a precarização da residência é uma problemática estrutural do SUS e das políticas sociais no Brasil.

Neste trabalho, conclui-se que a Residência Multiprofissional em Saúde se insere num terreno de contradições e ela mesmo se torna contraditória, tendo em vista que é fruto da concepção da educação permanente formulada, defendida e (re)inventada por grupos ligados a perspectiva da reforma sanitária, por outro lado também é utilizada como estratégia de inserção de novos profissionais com vínculos precários numa rede mal estruturada, inclusive de pessoal.

Esse contexto é repleto de disputas políticas pelos sujeitos que compõem a RMS: luta pelos espaços de decisão, luta por direitos, pela hegemonia do

discurso e práticas. Além disso, concluímos que a RMS por si mesma pouco contribui para o enfrentamento das contradições historicamente constituídas no campo da educação e da saúde no Brasil, e essa limitação está fortemente vinculado à produção de um discurso de defesa do SUS, sem chances efetivas e práticas de enraizamento se não for acompanhada por estratégias mais amplas e coletivas em defesa do sistema público de saúde.

O SUS está sendo estraçalhado entre serviços públicos, organizações sociais, fundações, entidades filantrópicas, entre outras. O SUS sofre com as mesmas problemáticas presentes na atual forma de lidar com as políticas sociais por parte do Estado brasileiro: privatização de interesses, clientelismo, burocratização. Falta, dentre outros aspectos, uma ampla política de pessoal que repense a formação, as carreiras com responsabilidade, condições de trabalho adequadas, e educação permanente. É importante ressaltar que consolidar o SUS se trata de questão de Estado, e como tal, necessita passar por um debate e qualificado com a sociedade brasileira ampliando a participação popular e controle social, conforme diretrizes do SUS.

Por fim, espera-se que através deste estudo, onde abordamos o histórico, as contradições que envolvem a RMS e as concepções dos sujeitos nele envolvidos, possa contribuir para um maior conhecimento e compreensão da realidade da residência e assim suscitar outras indagações para novas pesquisas que pretendam continuar investigando a temática em questão. Espera-se que protagonistas inseridos em Residências de diferentes instituições possam se identificar e usufruir dos relatos apresentados e analisados, sendo assim, a expectativa é que este trabalho inspire e resulte a mais na luta e reflexão crítica aos sujeitos comprometidos com as mudanças necessárias em seus diversos espaços de atuação.

No âmbito do Serviço Social, consideramos ainda que ainda existe uma lacuna de se refletir sobre as condições de trabalho do assistente social no desenvolvimento da Residência, assim como a identificar a contribuição da categoria na construção das residências e formação dos residentes (através, por exemplo, de estudos sobre os egressos do curso). Também conhecer o reflexo das RMS para o exercício profissional do assistente social e desenvolvimento de certas habilidades e competências. Embora haja muitos desafios, é necessário

pensar também nas possibilidades, contidas na realidade profissional, de se fortalecer uma proposta de formação e trabalho em saúde condizente com o projeto formativo e ético-político do Serviço Social.

5

Referências bibliográficas

ABIB, L. T. **“Caminhando contra o vento...”**: a história das Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

AGÊNCIA BRASIL. **Governo cria Grupo de trabalho para elaborar projeto de plano popular**. Disponível em: <<http://www.agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-08/governo-cria-grupo-de-trabalho-para-elaborar-projeto-de-plano-de-saude-popular>>, acesso em: 25 nov. 2016.

AGUIAR, A. M. T. et al. **Profissões de saúde, diretrizes curriculares e sistema único de saúde brasileiro (sus)**. In: XI ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 2008, São Luiz, MA: ABEPSS, 2008.

ALMEIDA (Orgs.). **Trabalho e Educação na Saúde**: a produção técnico científica. Rio de Janeiro: Abrasco, 2012.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998.

AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.180- 197.

ANDES. **PLP 257/2016 prevê congelamento de salários e desligamento voluntário de servidores**. Disponível em: <<http://www.andes.org.br/andes/print-ultimas-noticias.andes?id=8300>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

ANPG. **Eduardo Cunha e a PEC 451/2014**. Disponível em: <<http://www.anpg.org.br/eduardo-cunha-e-a-pec-4512014/>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

ANS. **ANS suspende comercialização de 35 planos de saúde**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/3349-ans-suspende-comercializacao-de-35-planos-de-saude>>. Acesso em: 03 jun. 2016.

ARROYO, J. **Resultados Preliminares del Estudio del Perfil de Iãs Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de América Latina y el Caribe**. Organización Panamericana de la Salud. 2007.

AZEVEDO, V. L. S. **O PET-SAÚDE/PUCRS como estratégia para a formação profissional dos trabalhadores do SUS**. Porto Alegre, 2014. 134 f. Dissertação. (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUC-RS.

BAHIA, L. **Integrante da Comissão de Política da Associação pontua a imprensa nacional e estrangeira sobre o 'tamanho' do SUS**. <<https://www.abrasco.org.br/site/2016/05/repercussoes-das-declaracoes-do-novo-ministro-da-saude-ricardo-barros/>>. Acesso em: 12 out. 2016.

BARDIN. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1997.

BATALHA, E. “ **Mergulho na vivência e na (dura) realidade**: Certificação inadequada, carga horária excessiva e falta de supervisão refletem ausência de política nacional para os programas, que retomam lutas históricas pelo SUS. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/mergulho-na-vivencia-e-na-dura-realidade>>. Acesso em: 27 set. 2015.

BAUER, M.; GASKELL G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: Fundamentos e História**. São Paulo. Ed Cortez. 2006.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra reforma – desestruturação do estado e perda de direitos**. São Paulo: Ed. Cortez. 2003.

_____. **Política social no contexto da crise capitalista**. In: Serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 301-322.

BOSCHETTI, I. A Insidiosa Corrosão dos Sistemas de Proteção Social Europeus. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 112, p. 754-803, out./dez. 2012.

_____. Política de desenvolvimento econômico e implicações para as políticas públicas. **SER social**, Brasília, v. 15, n. 33, p. 261-384, jul./ dez. 2013.

BOTTI, S. H. O. **O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino**. Rio de Janeiro, 2009. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G.. **Saúde e Previdência: estudos de política social**. São Paulo: Cebes/ Hucitec, 1981.

BRASIL. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 12 de fev. 2004c.

_____. **Constituição Federal, de 05.10.88**. Atualizada com as Emendas Constitucionais Promulgadas. 1988.

_____. Gabinete do Ministro. **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. Brasília – DF, 2009b.

_____. Ministério da Educação/Secretaria de Educação Superior/Diretoria de Hospitais Universitários e Residências e Ministério da Saúde /Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento de Gestão da Educação na Saúde/Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. Exercício 2007/2009**. Brasília – DF, 2009a.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura. **Portaria Interministerial n. 45, de 12 de Janeiro de 2007**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, DF, 2007.

_____. 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Educação na Saúde. **Aprender-SUS: o SUS e os cursos de graduação na área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Portaria Conjunta nº 3, de 3 de março de 2010. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), o PET Saúde/Vigilância em Saúde. **Diário Oficial da União**, 3 de mar, 2010.

BRASIL. Portaria Conjunta nº 6, de 17 de setembro de 2010. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), o PET Saúde/Saúde Mental. **Diário Oficial da União**, 17 de set. 2010.

_____. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. **Diário Oficial da União**, 26 de ago. 2008.

_____. Portaria interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde. **Diário Oficial da União**, 26 de nov. 2007.

_____. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 3 de mar. 2010.

_____. **Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil**: Caderno de Textos. Brasília, 2004b, 299 p. (Textos Básicos de Saúde, Série B).

_____. **Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS - Exercício 2007/2009**. Brasília: Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, 2009.79

_____. Site do Ministério da Educação. **Informações sobre a implementação dos Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde discutidas no III Fórum de Dirigentes dos Hospitais Universitários Federais**. 2009c.

_____. **Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde– CNRMS - Exercício 2007/2009**. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. Brasília, 2009.

BRASÍLIA. Tribunal Superior do Trabalho. **Recurso de Revista nº 6380 (Acórdão nº 937)**, Relator: Min. Orlando Lobato. 10 abr. 1986. D.J. de 09.05.1986.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de (Orgs.). **Saúde na atualidade**: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro, 1 ed. UERJ, p. 15-28, 2011.

BRAVO, M. I. S et al. (Orgs.). **Cadernos de Saúde**: a mercantilização da saúde em debate. Rio de Janeiro: Rede Sirius: 2015.

_____. (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. Cortez; Rio de Janeiro. 2006.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde**, Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Editora Cortez, 2009.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. Disponível em. Acesso em jan. 2014.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. p. 200 – 220. In: BRAVO, M. I.; PEREIRA, A. P. **Política Social e Democracia**. 5 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012. 286p.

BRAVO, M. I. S. O Serviço Social na Saúde na década de 90. In: **Superando Desafios - Cadernos do Serviço Social do HUPE** (03). Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

CAMPOS, F. E. **A trajetória da Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil**. In: BRASIL. 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: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde, o SUS e o programa “Mais Médicos”**. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br>>. Acesso em: 07 jan. 2017.

CARVALHO, G. Saúde Pública. **Estudos Avançados**, n. 27, 2013.

CASTELO, R. (Org.). **Encruzilhadas da América Latina no século XXI**. Rio de Janeiro: Pão e Rosas, 2010.

CASTRO, M. M. de C. **O Serviço Social nos programas de residência em: resultados iniciais do mapeamento da abepss**. Brasília (DF), ano 13, n. 26, p. 153-171, jul./dez. 2013.

CECCIM, R. B. "Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra" a propósito da invenção da Residência multiprofissional em saúde. **Interface**, Botucatu, 2009.

CECCIM, R. B.; BILIBIO LFS. **Observação da educação dos profissionais da saúde**: evidências à articulação entre gestores, formadores e estudantes. In: Brasil. Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003: 343-372.

CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS J. J. N. et al (Org.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 346-390.

CECCIM, R. B. **Educação permanente em saúde**: desafio ambicioso e necessário. Interface Comunic. Saúde Educ, 2005, 9(16), p. 161-77.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação e saúde**: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. In: Trab. Educ. Saúde, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov. 2008/fev.2009. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r219.pdf>>, acesso em: 15 set. 2014.

CECCIM, R. B.; DALLEGRAVE, D. Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? **Interface**, Botucatu, v. 17, p. 759-776, 2013.

CECCIM, R. B. **Residência e Educação Permanente em Saúde no cenário do Sistema Único de Saúde**. Brasil. Anais do Congresso Internacional de Saúde Mental e Direitos Humanos, 5.; Fórum Social de Saúde Coletiva, 1, Buenos Aires, 2010.

CHAVES, M. M. Algumas reflexões sobre IDA: antecedentes do ideário UNI. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 5-9, ago. 1994.

CHESNAIS, F. **A Mundialização do Capital**. São Paulo, Xamã, 1996.

CISLAGHI, J. F. **Elementos para a crítica da economia política da saúde no Brasil**: parcerias público privadas e valorização do capital. Tese de doutorado. Uerj, 2015.

_____. Retrocessos no legislativo e impactos para a saúde no Brasil. In: BRAVO, M. I. et al. (Orgs.). **Cadernos de Saúde**: a mercantilização da saúde em debate. Rio de Janeiro: Rede Sirius: 2015b.

CISLAGHI, J. F. **Hospitais universitários: presente caótico e futuro incerto**. Disponível em: <<http://www.apufpr.org.br/artigos/hus.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2012.

CLOSS, T. T. **O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde na Atenção Básica**: formação para a integralidade? Porto Alegre, 2010. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

COELHO, C. P. **Escola de Enfermagem Anna Nery**: sua história, nossas memórias. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1997.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE-CNRMS. **Relatório final dos seminários regionais da Residência em Área profissional da saúde**: multi e uniprofissional. Ministério da Saúde: Ministério da Educação. Brasília, 2015.

CONILL, E. M. **Epidemiologia e Sistemas de Saúde**. In: Curso de Especialização a Distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Processo-Consulta CFM nº 0913/91. **Responsabilidade ética do médico residente por atos médicos realizados**. Relator: Cons. Hilário Lourenço de Freitas Júnior. Brasília: CFM, 08. nov. 1991 (Aprovado em sessão plenária dia 16.01.1992). Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/pareceres/cfm/1992/3_1992.htm>. Acesso em: 06 set. 2008.

COOPER, D.; SCHINDLER, P. **Métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2003.

COUTINHO, S. **HESFA**: uma nova visão de saúde. Olhar Virtual/ UFRJ. 250 ed. mar. 2011. Disponível em: <<https://ufrj.br/noticia/2015/10/22/hesfa-uma-nova-vis-o-de-sa-de>>. Acesso em: 07 jun. 2011.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. A invenção da Residência Multiprofissional em Saúde. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs.). **Residências em saúde**: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, p. 35-60, 2010.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, n. 28, p.213-237, jan/mar, 2009.

DAROS, M. A. et al. Residência multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do movimento sanitário. **Cadernos Recursos Humanos em Saúde**, v.3, n. 1, 109-17, 2006.

DIEESE. O Trabalho na saúde – 1998-2008. In: **Boletim Trabalho na Saúde**, a. 1, n. 1, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/estudosetorial/2009/2009pedsetoriaissaude.pdf>>. Acesso em 07 jan. 2017.

_____. **Os Trabalhadores Frente à Terceirização**. São Paulo, maio 1993. (Pesquisa Dieese, n. 7).

DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL. Lei 9394 de 20 de dezembro de 1996 e Atos Complementares. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996.

DRAIBE, S. M. As Políticas Sociais e o Neoliberalismo. **Revista da USP**, São Paulo, n. 17, 1993.

ELIAS, P. E. M. **Residência médica no Brasil**: A institucionalização da ambivalência. São Paulo, 1987. Dissertação (Mestrado) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

ENRS. **Carta de Curitiba**. 2016. Disponível em: <http://portal.cfmv.gov.br/uploads/files/Carta_VI_ENRS_Curitiba_final.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2017.

_____. **Carta de Florianópolis**. 2015. Disponível em: <http://venrs.fepese.org.br/Carta_de_Florianopolis_30_out_2015.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2017.

_____. **Carta de Recife**. 2014. Disponível em: <<http://residentesrs.blogspot.com.br/2014/12/carta-de-recife-2014.html>>. Acesso em: 23 jan. 2017.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.

_____. **Saúde Pública**: utopia de Brasil. Rio de Janeiro: Relume Drumará, 2000.

ESPING-ANDERSEN, G. O Futuro do Welfare State na Nova Ordem Mundial. **Revista Lua Nova**, São Paulo, 35: 73-111, 1995.

_____. As três economias políticas do Welfare State. **Revista Lua Nova**. São Paulo, n. 24, set. 1991.

FAGNANI, E. **O mercado contra a cidadania**. In: Portal Vermelho, 15 de fevereiro de 2016. Disponível em: <<http://www.vermelho.org.br/noticia/276284-2>>. Acesso em: 20 maio. 2016.

_____. A política social do governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. **SER Social**, Brasília, v. 13, n. 28, p. 41-80, jan./jun. 2011.

FALEIROS, V. P. et al. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FARAH, B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista APS**, v.6, n.2, p.123-125, jul./dez. 2003.

FARIA, T. W. **Dilemas e Consensos:** a seguridade social brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88 – um estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil. Rio de Janeiro, 1997. Dissertação (Mestrado) – IMS / Uerj.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Dados** – Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 257–283, 1990.

FERREIRA, M. A. L.; MOURA, A. A. G. **Evolução da Política de Recursos Humanos a partir da análise das Conferências Nacionais de saúde (CNS).** Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

FERREIRA, S. R. **Residência Integrada em Saúde:** uma modalidade de ensino em serviço. Porto Alegre, 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

FEUERWERKER L. C. M. **No olho do furacão:** contribuição ao debate sobre a Residência multiprofissional em saúde. *Interface*, Botucatu, n. 55, 2009.

_____. Algumas reflexões sobre o desenvolvimento do Programa UNI. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 63-70, dez. 2000.

_____. **Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil.** Hucitec- Rede UNIDA, São Paulo, 1998.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface** – Comunic, Saúde, Educ, v.6, n.10, p.37-50, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M.; MARSIGLIA, R. Estratégias para mudanças na formação de RHs com base nas experiências IDA/UNI. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 24-28, jul. 1996.

FNRS. **Carta de Princípios.** 2010. Disponível em: <<http://forumresidentes.blogspot.com.br/p/encontro-nacional-de-residentes.html>>. Acesso em: 14 jan. 2017

_____. **Carta em Defesa das Residências.** Disponível em: <http://forumresidentes.blogspot.com/2010_06_01_archive.html>. Acesso em: 10 dez. 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008.

FOSSÁ, M. I. T. **Proposição de um constructo para análise da cultura de devoção nas empresas familiares e visionárias**. Porto Alegre, 2003. Tese (Doutorado em Administração) – Departamento de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

FREITAS, H. M. R.; CUNHA, M. V. M., JR.; MOSCAROLA, J. Aplicação de sistemas de software para auxílio na análise de conteúdo. **Revista de Administração da USP**, 32(3), 97- 109, 1997.

GADOTTI M. **Pressupostos do projeto pedagógico**. In: Ministério da Educação e Cultura. Conferência Nacional de Educação para todos. Brasília, 1994.

GIL, C. R. R. et al. Reformulações no ensino da enfermagem: análise e reflexões de uma experiência em construção. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 15, p. 11-15, nov. 1996.

GODOY, A. N. O sistema de internato como estágio de administração aplicada à enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 1, n. 31, p. 31-45, jan./fev. 1967.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na Saúde Pública: um campo em construção. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 103-114, jan. 1994.

GONÇALVES, R. Novo desenvolvimentismo e liberalismo enraizado. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 112, p. 637-671, out./dez. 2012.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação 551 em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [2]: 551-570, 2010.

GUERRA, Y.; BRAGA, M. E. Supervisão em Serviço Social. In: CFESS. (Org.) **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 532-552.

HADDAD A. E. Sobre a residência multiprofissional em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 28, Mar. 2009.

IAMAMOTO, M. V. **Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade**. In: CFESS-Conselho Federal de Serviço Social. Atribuições privativas do(a) assistente social. Brasília: Cfess, 2002, p. 13-50.

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

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo. Cortez: 2008.

LABRA, M. E. **O Movimento Sanitarista dos anos 20**: da conexão sanitária internacional à especialidade em saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro, 1985. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas.

LIMA, A.; SILVA, F. V. Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde: a construção coletiva de um ator no movimento das transformações da educação em saúde no Brasil. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, Brasília, a. 46, n. 4, out-dez. 2004.

LIMA, A. M. C. Residência Médica sob a óptica do Direito do Trabalho. **Revista da ESMESC**, v. 17, n. 23, 2010.

LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C. (Orgs.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LOBATO, C. P. **Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família**: uma cartografia da dimensão política. Londrina, 2010. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.

LUZ, M. T. A produção científica em ciências sociais e saúde: notas preliminares. **Revista Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, p. 54-68, mai./ago. 2000.

MACHADO, M. H. et al. Perfil dos médicos. **Dados**, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, n.19, 1996.

MACHADO, M. H. et al. **A mesa de negociação como instrumento de gestão do trabalho no SUS** In: Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS: democratização nas relações de trabalho no Sistema Único de Saúde SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MACHADO, M. H. Trabalhadores na Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária. Trabalho publicado. In: LIMA, N. T. (Org.). **Saúde e Democracia**: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 257-284.

MACIEL, R. M. et al. O ensino dos fundamentos de enfermagem na Escola Anna Nery em meados do século XX. **Rev. Enf. UERJ**. Rio de Janeiro, 17 (3), p. 344-349, jul/set, 2009.

MANOEL, F. N. et al. O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas. **Âmbito Jurídico**, v. 76, p. 01, 2010.

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

MARINHO, A. **Um estudo sobre as filas para internações e para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Ipea, 2004. (Texto para discussão n. 1.055).

MATTOSO, J. E. L. **A Desordem do Trabalho**. São Paulo: Página Aberta / Escrita, 1995.

MÉDICI, A. C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil**: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo, p. 71-113 e 179-192, AdSaúde - Série Temática, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, 27 (78), São Paulo, 2013.

MENICUCCI, T. M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

_____. **A Política de Saúde no Governo Lula**. Revista Saúde Sociedade. v.20, n.2. São Paulo: USP. p.522-532. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/22.pdf>>. Acesso em: jan. 2014.

_____. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. p.303 – 328. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. 397p.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010 a. (Coleção temas sociais).

_____. **O desafio do conhecimento**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto REFORSUS**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/RNIS/convoc.htm>>. Acesso em: 15 fev. 2014.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

MIRANDA, A. P. R. S.; LUCENA, C. M. F.; SANTOS, S. F. A. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (Rimush): análise de experiência em um Hospital Universitário. XIII ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL (Enpess). **Anais...** Juiz de Fora – MG.

MONTAÑO, C. Pobreza, “questão social” e seu enfrentamento. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 110, p. 270-287, abr./jun. 2012.

MORAES, I. N. Erro médico e a justiça. 5. ed. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 2004.

MOTA, A. E (Org.). **As ideologias da contrarreforma e o serviço social**. Recife: Ed. Universitária. UFPE, 2010

_____. **Cultura da Crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências d da previdência e assistência social brasileira anos 80 e 90. São Paulo: Cortez editora. 1995.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 15, n. 4, pp. 731-747, Jul./Ago. 2011.

MUSSI, C.; AFONSO, J. R. Como conciliar desenvolvimento econômico com bem-estar social? **Nueva Sociedad**, 215, maio-jun. 2008. Disponível em: <http://file:///C:/Users/Particular/Downloads/3527_2.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2008.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 2. ed., São Paulo: Cortez, 1992.

_____. Pobreza, Desigualdade e Serviço Social. **Revista em Pauta**. Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. N. 19, 2007.

O GLOBO. **Dilma veta anistia de multa a operadoras de planos de saúde**. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/dilma-veta-anistia-de-multa-operadoras-de-planos-de-saude-12477477>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

OFFE, C. **Trabalho e Sociedade**: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991. v.2 – Perspectivas.

OLIVEIRA, D. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, out/dez; 16(4):569-76, 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización Mundial de la Salud. **Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud (HSR-HSP)**. El desafío educativo de las reformas sectoriales: cambios en la capacitación y la evaluación para el trabajo en salud. Buenos Aires: OPAS, 1997.

PAIM, J. S. **Recursos Humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios** sagudos, FSP/USP, São Paulo, 1994. (AdSAUDE -Série Temática, 1).

PAIM, L. Doutores de enfermagem qualificam a assistência de enfermagem no SUS. **ABEn**. Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem - Brasília/DF Ano 48.4 out-dez, 2006.

PAIVA, C. H. A.; ALVES, F. A. P.; NUNES, T. C. M. Educação e trabalho em saúde: as bases de um campo de conhecimento. In: PINTO, I. C. M.; et al. (Orgs.). **Trabalho e Educação na Saúde: a produção técnico científica**, Rio de Janeiro: Abrasco, 2012.

PAIVA, C. H. A.; PIRES-ALVES, F.; HOCHMAN, G. **A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983)**. Ciênc. Saúde coletiva [online]. 2008, v.13, n.3 [citado 2012-01-03], p. 929-939. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000300015&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000300015>>, Acesso em: 20 dez. 2013.

PASINI, V. L. **Residência Multiprofissional em Saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS**. Porto Alegre, 2010. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

PASINI, V. L.; GUARESCHI, N. M. **Residências Multiprofissionais em Saúde: invenção de modos de trabalhar em saúde pública e a produção de sujeitos**. In: STREY, M. N.; TATIM, D. C. (Orgs.). Passo Fundo: Ed Universidade de Passo Fundo, p. 98-112, 2008.

PASSARELLA, T. M. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde/Saúde da Família: um estudo sobre a percepção dos participantes acerca da integração ensino-serviço-comunidade**. Rio de Janeiro, 2013. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 1 - 11, fev., 2001.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PEREIRA, I. B. **Reforma Gerencial de 1995: apresentação**. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/view.asp?cod=91>>. Acesso em: jan. 2016

PINTO, I. C. de M.; BELISÁRIO, S. A.; CASTRO, J. L. Políticas na área de trabalho e educação na saúde depois do SUS. In: PINTO, I. C. de M. et al. (Orgs.). **Trabalho e Educação na Saúde: a produção técnico científica**– Rio de Janeiro: Abrasco, 2012.

PINTO, I. C. de M. et al. Produção Científica sobre trabalho e educação na saúde no Brasil, 1990-2010. In: PINTO, I. C. de M. et al. (Orgs.). **Trabalho e Educação na Saúde: a produção técnico científica**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2012.

PIOLA, S. et al. **Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira**. Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise, Brasília, Ipea, 17, v. 1, 2009.

PIRES, D. E. P. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2008. v. 1. 254p

PORTO, J. A. O hospital moderno e o sistema de Residência. **Revista Paulista dos Hospitais**, São Paulo, v. 10, n. 9, p. 19-22, set. 1962.

PROJETO Vivências e Estágios na Realidade do SUS: apresentação. 2013 [texto da internet]. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/107403/000912020.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 14 jan. 2013.

RAMOS, A. de S.; et al. **Residências em saúde: Encontros multiprofissionais, sentidos Multidimensionais**. In: BRASIL. 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: Ministério da Saúde, 2006.

RAMOS, A. S. et al Introdução: a trajetória da residência multiprofissional em Saúde no Brasil. In: _____. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso: 15 fev. 2006.

REIS, C. O. O. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento? **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 3, p. 613-622, nov.2008/fev.2009

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RIZZOTTO, M. L. F.; CAMPOS, G. W. de S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.2, p.263-276, 2016.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as Políticas de saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS.** Campinas, 2000. 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas.

RODRIGUES, T. de F. Residências Multiprofissionais em Saúde: formação ou trabalho? **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, SP, v. 15, n. 1 (21), p., jan./jun. 2016.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guias para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de casos.** São Paulo: Atlas, 1999.

ROSA, S. D. R.; LOPES, R. E. Tecendo os fios entre educação e saúde: avaliação do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde: In, **Avaliação**, Campinas; Sorocaba, SP, v. 21, n. 2, p. 637-656, jul. 2016.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Políticas de Formação Profissional: o caso da Residência Multiprofissional em Saúde. **Quaestio**, Sorocaba, SP, v. 13, p. 13-23, maio. 2011.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação no Brasil: apontamentos históricos. **Revista Trabalho, Educação, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-498, 2009/2010.

SAKAI, M. H. et al. Recursos Humanos em Saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JR. L. **Bases da Saúde Coletiva.** Londrina: EdUEL, 2001. p. 111-124.

SANTANA, J. P.; CAMPOS, F. E.; SENA R. R. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde: CADRHU.** Natal: EDUFRN, 1999. p. 109-123.

SANTOS, C. M. As **Dimensões da Prática Profissional do Serviço Social.** **Revista Libertas**, v. 2, n. 2, e v. 3, n. 1 e 2. FSS/UFJF, 2002.

SANTOS, F. A.. **Análise crítica dos Projetos Político-pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.** Dissertação em maio de 2010. ENSP/Fiocruz.

SANTOS, I. O **mix público-privado no sistema de saúde brasileiro:** elementos para a regulação da cobertura duplicada. Rio de Janeiro, 2009. Tese (Doutorado) - Fiocruz.

SANTOS, J. S. **"questão Social" - Particularidades No Brasil** - Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 6. 2012.

SANTOS, W. G. dos. **O ex-Leviatã Brasileiro: do voto disperso ao clientelismo concentrado**. Rio de Janeiro: Record, 2005.

_____. **Roteiro Bibliográfico do Pensamento Político-Social Brasileiro (1870-1965)**. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro: UFMG/ Casa de Oswaldo Cruz, 2002.

SAUTHIER, J.; BARREIRA, I.A. **As enfermeiras norte-americanas e o ensino de enfermagem na capital do Brasil: de 1921-1931**. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery/UFRJ, 1999.

SILVA, C. T. **Educação Permanente em saúde como um espaço interseção de uma residência multiprofissional: estudo de caso**. Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil 2013.

SILVA, F. C. F.; SANTOS, G.; MONTEIRO, J. R.; CUNHA, L. S. H.; LEMKE, R. A.; MELLI, V. R. C. A formação enquanto estratégia de mudanças na saúde mental coletiva. **Boletim da Saúde**, v. 21, p. 51-58, jan/jun, 2007.

SILVA, L. C. **Formação e prática na saúde: o processo ensino-aprendizagem na Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher a partir do relato dos preceptores**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização. Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher no HESFA/ UFRJ. Rio de Janeiro. 2015, Mimeo.

SILVA, L. C; BROTO, M. E. Residência Multiprofissional em Saúde: o olhar dos preceptores sobre o processo de ensino-aprendizagem. **Revista de Políticas Públicas**. v. 20, n. 2, 2016.

_____. Questão Social e políticas sociais: rebatimentos na formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista EDUC**, Faculdade de Duque de Caxias, v. 2, n. 2, jul-dez, 2015.

SILVA, L. C; BROTO, M. E. Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: dilemas na formação e trabalho profissional. **Revista EM PAUTA**, Rio de Janeiro, 1o Semestre de 2016, n. 37, v. 14, p. 126- 149.

SIQUEIRA, B. P. PROMED: Alguns parâmetros adotados para avaliação dos projetos. **Boletim da Associação Brasileira de Ensino Médico**, n. 6, nov./dez. 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ECONOMIA POLÍTICA (SEP) E FUNDAÇÃO FRIEDRICH EBERT. **Austeridade e Retrocesso: Finanças Públicas e Política Fiscal no Brasil**. Disponível em: <<http://plataformapoliticasocial.com.br/>>. Acesso em: 11 out. 2016.

SOUZA, N. T. C. Responsabilidade civil e penal do médico. 2. ed. Campinas: LZN, 2006.

SULPINO, F. V; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. IPEA. Brasília, 2016.

TEIXEIRA, S. M.; OLIVEIRA, J. A. A. **(Im) Previdência Social: 60 anos de história da previdência social no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

TELLES, V. S. **Direitos sociais: afinal do que se trata?** Belo Horizonte. UFMG, 1999.

TEODORO, R. **Porque rejeitar a proposta de planos de saúde precários**, 2016. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2016/08/22/artigoporquerejeitar-a-proposta-de-planos-de-saude-precarios/>>. Acesso em: 12 out. 2016.

TEÓFILO, T. J. S. Políticas de indução à mudança na educação dos trabalhadores da saúde: matrizes discursivas do campo. **Saúde em Redes**. 2015; 1 (3), p. 73- 86.

TORO, I. F. C. O papel dos hospitais universitários no sus: avanços e retrocessos. **Serviço Social & Saúde**, Campinas v. 4 n. 4 p. 1– 156, maio, 2005.

TORRES O. M. **Os estágios de vivência no Sistema Único de Saúde: das experiências regionais à (trans)formação político-pedagógica do VER-SUS-Brasil**. Salvador, BA. 2005. Dissertação (Mestrado Profissionalizante) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

UEBEL, A. C.; ROCHA, C. M.; MELLO, V. R. C. Resgate da memória históricada Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde-Escola Murialdo. **Boletim da Saúde**, v. 17, n. 1, p. 117-23, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. EEAN. **Instrumento de Avaliação Discente da Disciplina do PCI VI**. Documento xerocopiado. Rio de Janeiro: 2011.

_____. Escola de Enfermagem Anna Nery. **Programa do curso de extensão em métodos de ensinar e aprender em enfermagem**. Rio de Janeiro: 2010.

VARGAS, T. M. **O Serviço Social no programa de residência multiprofissional em saúde: uma estratégia de consolidação do projeto ético-político profissional?** 2011. Porto Alegre, 2011. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

VASCONCELOS, A. M. **A Prática do Serviço Social: Cotidiano e práticas democráticas**. Projeto de Pesquisa/Extensão CNPq/FAPERJ/FSS-UERJ. 2009.

VASCONCELOS, A. M. **A Prática dos Profissionais de Saúde no Município do Rio de Janeiro**. Hospitais Universitários. Projeto de Pesquisa. FSS/UERJ/FAPERJ/CNPq, 2010.

_____. Posfácio: A saúde como negócio. As profissões de Saúde como instrumento do complexo médico industrial. In: **A prática do Serviço Social**. Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 8ª edição. Editora Cortez, 2013.

VERGARA, S. C. **Método de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

VIEIRA, V. As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing. **Revista da FAE**, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 61-70, jan/abr. 2002.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 1512142/CA

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 1512142/CA

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 1512142/CA

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 1512142/CA

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 1512142/CA

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 1512142/CA

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 1512142/CA

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 1512142/CA

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 1512142/CA

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 1512142/CA

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 1512142/CA

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 1512142/CA

- PUC-Rio - Certificação Digital Nº 1512142/CA

- 8- Quais os maiores desafios desta RMS na implementação do seu projeto político e pedagógico?
- 9- O que te motivou a ser preceptor nesse programa de residência?
- 10- Como planeja sua atividade de ensino na preceptoria?
- 11- De que forma o programa de residência repercutiu no seu exercício profissional e na organização do seu trabalho?
- 12- Na sua opinião a RMS tem cumprido papel de espaço de formação permanente para o preceptores?
- 13- Como tem sido a participação do residente nos espaços coletivos de discussão da saúde? (Fóruns de saúde, conselhos, COREMU, encontro de residência?)
- 14- Na sua opinião, qual o real papel da Residência Multiprofissional em Saúde dentro do SUS?

6.2.

Apêndice 2 – Roteiro de entrevista semi- estruturada para residentes

Identificação

Idade: 25 anos

Ano de Formação na Graduação: 2016

- 1) Qual o ano em que você ingressou Na Residência ?
- 2) Você considera que a bolsa proporcionada pela Residência oferece suporte material necessário para o desenvolvimento dessa formação em regime de dedicação exclusiva?
- 3) Como você avalia a carga horária da Residência em relação ao processo de formação teórica-prática e teórica?
- 4) Como você avalia as condições de trabalho ofertadas pela instituição ?
- 5) Como você avalia as condições de ensino ofertadas pela instituição ?

- 6) Qual tem sido o papel do Residente no programa de residência do HESFA?
- 7) Que aspectos que te motivaram a realizar a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS)?
- 8) Como você avalia as contribuições da formação em Residência para a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências para trabalhar no SUS?
- 9) Quais os maiores desafios desta RMS na implementação para qualificar a formação para o SUS?
- 10) O que você identifica como necessárias mudanças a serem feitas na Residência?
- 11) Na sua opinião, qual o real papel da Residência Multiprofissional em Saúde dentro do SUS?
- 12) Como tem sido a participação do residente nos espaços coletivos de discussão da saúde? (Fóruns de saúde, conselhos, COREMU, encontro de residência?)
- 13) Como tem sido a participação dos residentes em eventos científicos e em pesquisa?
- 14) Qual sua expectativa para trabalhar no âmbito do sistema público de saúde após a conclusão da residência?