



FLÁVIA FERNANDEZ ZSCHABER

Residências Multiprofissionais em Saúde e Serviço Social: limites e possibilidades acerca do processo formativo em saúde

JUIZ DE FORA-MG
2019

FLÁVIA FERNANDEZ ZSCHABER

Residências Multiprofissionais em Saúde e Serviço Social: limites e possibilidades acerca do processo formativo em saúde

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado à Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito básico para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Professora Dr(a) Marina Monteiro de Castro e Castro.

JUIZ DE FORA- MG
2019

AGRADECIMENTOS

Em meio a um turbilhão de sentimentos e sensações mais uma etapa da vida está sendo concluída e sendo iniciado um novo ciclo cheio de novas experiências e emoções. Àqueles que fizeram parte deste ciclo que se finaliza, o meu muito obrigada! Obrigada à Deus, aos meus pais, Irlaine e Walter, às minhas irmãs Bárbara, Sofia e Ana Rita, à minha madrinha Márcia e padrinho Heraldo, à todos os meus familiares, em especial à minha avó Maria José. Agradeço aos meus amigos de Belo Horizonte e Juiz de Fora pelo constante apoio e carinho. Agradeço aos meus professores da escola e da graduação por todo o conhecimento repassado e por me auxiliarem a chegar aonde eu cheguei. À todos os pesquisadores que por meio de seus textos e publicações me deram base bibliográfica para a escrita do TCC. Aos TAEs (Técnicos Administrativos da Educação) e aos trabalhadores terceirizados da Universidade pelos diversos serviços prestados a nós alunos. Por fim, ao psicólogo por ter me acompanhado e dado suporte neste final da graduação. Vocês foram essenciais neste percurso e cada um, à sua maneira, contribuiu para que eu chegasse aonde cheguei, até mesmo aqueles que não protagonizaram papéis positivos em minha vida. Deixo meu eterno carinho e gratidão e a lembrança de que, em qualquer momento e situação, sejam humanos. Lutem pelos direitos uns dos outros. Nunca se esqueçam de que quando nos fortalecemos e nos apoiamos ficamos mais fortes.

Lutem pelos direitos das pessoas, lutem pelo acesso público, gratuito e universal da saúde, educação, moradia, saneamento básico, lazer, cultura. Que nunca percamos a força e a coragem para juntos lutarmos pelos nossos direitos!

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

Carl G. Jung

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso visa analisar a importância das Residências Multiprofissionais em Saúde enquanto modalidade de pós-graduação *lato sensu* que tem como norte a formação e a capacitação de trabalhadores para o SUS. Para além disso, visa compreender e refletir sobre os desafios e impasses para sua efetivação em uma conjuntura de crescente avanço do neoliberalismo e do projeto privatista de saúde. Essas análises foram realizadas sendo levada em consideração a relação entre Serviço Social e Residência. Para a realização dessas análises buscou-se debater sobre a construção da Reforma Sanitária e do SUS, a implantação do neoliberalismo no Brasil, o desenvolvimento da política de saúde nos anos 2000, a importância da formação de profissionais norteados pelos princípios e diretrizes do SUS e do movimento sanitário. Também foram analisados gráficos e tabelas a partir de uma pesquisa realizada por um grupo de estudos da UFJF juntamente com a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa – ABEPSS. Apesar dos variados entraves para a concretização dos objetivos da residência, esta se constitui enquanto um importante espaço de formação para os assistentes sociais.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional em Saúde; Formação; Serviço Social.

ABSTRACT

The present course conclusion paper aims to analyze the importance of Multiprofessional Residences in Health as a *latu sensu* postgraduate modality that has as its guiding the formation and qualification of workers for SUS. In addition, it aims to understand and reflect on the challenges and impasses for its realization in a context of growing advance of neoliberalism and the privatist health project. These analyzes were performed taking into consideration the relationship between Social Work and Residence. To perform these analyzes, we sought to debate about the construction of the Health Reform and SUS, the implementation of neoliberalism in Brazil, the development of health policy in the 2000s, the importance of training professionals guided by the principles and guidelines of SUS and of the sanitary movement. Graphs and tables were also analyzed from a survey conducted by a study group of UFJF together with the Brazilian Association of Teaching and Research - ABEPSS. Despite the various obstacles to the realization of the objectives of the residence, it constitutes an important training space for social workers.

Keywords: Multiprofessional Residency in Health; Formation; Social service.

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 01 – Cumprimento carga horária 60 horas.....	59
Gráfico 02 – Realização de atividades teórico e teórico-práticas.....	60
Gráfico 03 – Eixo teórico comum as áreas.....	61
Gráfico 04 – Disciplinas eixo específico Serviço Social.....	62
Gráfico 05 – Dificultadores para o desenvolvimento do programa.....	64
Gráfico 06 – Dificuldades para o trabalho profissional do assistente social.....	66
Gráfico 07 – Contribuição dos Programas para formação dos residentes.....	69
Gráfico 08 – Potencialidades do programa para a formação em saúde.....	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Residências em Área Profissional e Serviço Social/proponentes/Programas/Vagas Regiões Brasil-2018.....	54
Quadro 02 - Residências em Área Profissional e Serviço Social/ número de programas/vagas-Brasil/2018.....	55

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO 1 - OS PROJETOS DE SAÚDE EM DISPUTA: A NECESSÁRIA DEFESA DO PROJETO DE REFORMA SANITÁRIA EM UMA CONJUNTURA NEOLIBERAL.....	13
1.1. REFORMA SANITÁRIA: O IMPACTO NO PROCESSO DE TRABALHO E NA FORMAÇÃO EM SAÚDE.....	13
1.2. CRISE DO CAPITAL, NEOLIBERALISMO E IMPACTOS NA SAÚDE NO BRASIL.....	20
1.3. A POLÍTICA DE SAÚDE NOS ANOS 2000.....	28
CAPÍTULO 2 - RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS E O PROCESSO FORMATIVO DE TRABALHADORES PARA O SUS.....	37
2.1. O PROCESSO FORMATIVO EM SAÚDE: CONSIDERAÇÕES ACERCA DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O SUS.....	37
2.2. AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE COMO FORMA DE CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA UMA ATUAÇÃO INTEGRAL.....	43
2.3. ANÁLISE DE DADOS A PARTIR DE LEVANTAMENTOS REALIZADOS PELA PESQUISA DA ABEPSS INTITULADA “MAPEAMENTO DAS RESIDÊNCIAS EM ÁREA PROFISSIONAL E SERVIÇO SOCIAL”.....	52
2.3.1. Residência e Serviço Social: oferta de programas, número de vagas e áreas de concentração.....	54
2.3.2. Residência Multiprofissional e a perspectiva de tutores e preceptores acerca do funcionamento, organização, desafios e potencialidades dos programas de residência.....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74

INTRODUÇÃO

O presente TCC é pré-requisito para obtenção do título de bacharel do curso de Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (FSS/UFJF).

Tem como objetivo discutir a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) e sua relação com o Serviço Social, analisando os limites e possibilidades de efetivação de uma formação de qualidade para os assistentes sociais.

Os programas de residência se constituem em modalidade de pós-graduação *lato sensu*, os quais promovem a educação permanente em saúde e o ensino em serviço social. Tem a possibilidade de ser uniprofissional ou multiprofissional. Para que a residência seja considerada como multiprofissional é necessário que estejam incluídas no programa no mínimo três profissões. A duração dessa especialização é de no mínimo dois anos e possui uma carga horária de 60 horas semanais, sendo este, um dos aspectos mais debatido e problematizado (CASTRO, 2013b).

A residência tem grande importância para o serviço social, pois favorece não apenas o desenvolvimento teórico do profissional, mas também a própria atuação do mesmo. É considerada como uma formação especializada em nível de pós-graduação. As residências multiprofissionais tem como responsabilidade o desenvolvimento multidisciplinar e interdisciplinar¹ em certas áreas de conhecimento (COSTA, 2016).

A partir dos anos 2000, houve uma expansão de assistentes sociais inseridos nos programas de RMS. Este fato é consequência da abertura de novos programas de residências incentivados pelo Ministério da Saúde. Como justificativa para esse feito, o Ministério afirmou ser necessário “provocar mudanças na formação em saúde e construir um trabalho interdisciplinar e coletivo, atento aos princípios e diretrizes do SUS, que qualifique as ações em saúde” (CASTRO, 2013b, p.155).

A partir dessa expansão e

¹ A multidisciplinaridade é compreendida como uma justaposição entre variadas disciplinas, sendo tida como solução de um mesmo problema a atuação separadamente de cada profissional de acordo com o seu saber especializado. Já na interdisciplinaridade há uma interação, uma integração e uma troca de saberes entre os variados profissionais da equipe sem perder as especificidades de atuação de cada profissional (SILVA; LIMA, 2012).

Devido a necessidade das entidades da profissão acumularem mais sobre as questões que atravessam as Residências, foi realizado o I Seminário Nacional Residência em Saúde e Serviço Social no ano de 2016 em Olinda/PE. Destacamos também a brochura do CFESS “Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para a reflexão”, publicada em 2017, revelando o esforço das entidades de se apropriarem e de contribuírem com essa pauta (ABEPSS, 2018, p.12).

Entretanto, apesar desse esforço das entidades de apropriação dessa pauta e devido esse debate e análise das residências e o serviço social ser visto como necessário, pois

(...) sendo a saúde uma área que ainda hoje emprega grande quantitativo de assistentes sociais; considerando o vasto número de programas de residência, em todo o Brasil, que oferecem vagas para assistentes sociais; e levando em conta que um dos objetivos dessa modalidade de formação consiste no estudo, na pesquisa e na produção acadêmica; sinalizamos a limitada publicação sobre o Serviço Social e a Residência [...], especialmente, em revistas de grande circulação na categoria profissional, como a *Temporalis* (com apenas um artigo) e a *Serviço Social e Sociedade* (onde não foi encontrado nenhum artigo) (ABEPSS, 2018, p.84).

A motivação para esse estudo é decorrente da realização de um Projeto de pesquisa, que tratou sobre as residências no Hospital Universitário da UFJF (HU/UFJF), a ser apresentado nas disciplinas Pesquisa Social I e II que fazem parte da grade de disciplinas obrigatórias da graduação; estar participando como bolsista na pesquisa de Iniciação Científica (IC) intitulada “Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: mapeamento teórico e político-pedagógico”; estar participando como voluntária do Projeto de Extensão intitulado “Observatório da privatização da Saúde e lutas sociais em defesa do SUS”; ter participado como ligante na Liga Acadêmica de Saúde Mental; estar inserida em um estágio na área da saúde, mais especificamente no Centro de Terapias Unimed; e a vontade de ingressar na residência após a finalização da graduação. Além disso, também foi despertado o interesse pelo estudo da temática o fato de terem poucas publicações acerca do tema, sendo relativamente pouco debatido e por ser uma pós-graduação, cuja grade curricular, possui aulas teóricas, práticas e teórico-práticas, o que torna este modelo diferente dos demais que possuem apenas aulas teóricas.

O estudo na graduação do serviço social na área da saúde se faz de extrema importância para que o profissional consiga colocar em prática ações que vão de acordo com o princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Sanitária, sendo possível, a partir disso, o enfrentamento das práticas neoliberais na profissão,

como, por exemplo, a não adesão ao projeto de saúde privatista. Além disso, a educação permanente proporciona um maior desenvolvimento dos profissionais na atuação nas residências e em qualquer outro âmbito profissional.

Em um primeiro momento foram realizadas pesquisas bibliográficas² e análises de produções que abordam o tema proposto, selecionando assim os textos que fizeram parte da fundamentação teórica e serviram de base para ser realizada a interpretação, análise e reflexão, na segunda parte do TCC, dos dados levantados pelo relatório intitulado “Mapeamento das Residências em Área Profissional e Serviço Social”.

Esse relatório foi publicado no ano de 2018 no site da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), sendo construído a partir de uma pesquisa realizada pela própria ABEPSS em parceria com o Grupo de Estudos e Pesquisa dos Fundamentos do Serviço Social (GEPEFSS) da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. Nessa pesquisa foi realizado um mapeamento em âmbito nacional dos programas de residência que ofertaram vagas para o serviço social com inserção dos profissionais nos programas em 2018, uma pesquisa online com tutores e preceptores dos programas de residência de variadas partes do Brasil, contabilizando um total de 115 respondentes, além de fazer um levantamento bibliográfico de produções teóricas dos assistentes sociais acerca da temática.

A partir dos dados apresentados pelo relatório e que apontam para uma realidade vivida pelos profissionais que fazem parte dos programas de residência de várias partes do Brasil e contrastando e tendo por base as referências bibliográficas condizentes com a temática, foram refletidos e analisados alguns dados com o objetivo de apontar as possíveis causas e justificativas que possibilitam explicar os elementos dificultadores e as potencialidades das residências com inserção pro serviço social. Acrescido a isso, a partir da interpretação dos resultados dessa pesquisa, esses dados serão analisados também com o objetivo de compreender de

² “Entende-se por pesquisa bibliográfica a revisão da literatura sobre as principais teorias que norteiam o trabalho científico. Essa revisão é o que chamamos de levantamento bibliográfico ou revisão bibliográfica, a qual pode ser realizada em livros, periódicos, artigo de jornais, sites da Internet entre outras fontes” (PIZZANI et al, 2012, p.54).

que forma está se dando a inserção e a atuação dos assistentes sociais nas residências e qual é o significado desses resultados na atual conjuntura.

Neste TCC serão analisados os dados da pesquisa correspondentes ao número de programas e vagas ofertadas ao serviço social e as regiões do Brasil que mais ofertaram essas vagas e programas; as áreas de concentração que mais disponibilizaram vagas para os assistentes sociais; as disciplinas cursadas pelos residentes, o cumprimento das atividades teóricas e teórico-práticas e da carga horária dos programas e, por fim, os desafios e potencialidades dos programas de residência.

No primeiro capítulo procura-se compreender o processo de construção do projeto de Reforma Sanitária, a construção do Sistema Único de Saúde e as mudanças societárias com a implantação do projeto neoliberal no Brasil para que seja possível entender, analisar e refletir acerca das consequências e dos constantes ataques que o neoliberalismo vem gerando na política de saúde, seja com interferência na oferta dos serviços, no processo formativo ou nas condições de trabalho.

A partir dessa discussão apresentada no capítulo 1, no capítulo 2 buscou-se debater acerca do processo formativo em saúde e sobre a residência, sendo esta uma das estratégias que tem a perspectiva de possibilitar a formação de trabalhadores para o SUS. Aliado ao debate da residência foi abordada sua relação e importância para a formação de assistentes sociais, sendo analisados gráficos e tabelas do relatório que tratam dos desafios e potencialidades desse processo formativo.

Espera-se que este trabalho de conclusão de curso possa contribuir para a divulgação da proposta dos Programas de Residência, com a qualificação de alguns dados da pesquisa nacional que foi realizada pelo GEPEFSS em parceria com a ABEPSS e como uma fonte de dados para produções teóricas futuras.

CAPÍTULO 1 - OS PROJETOS DE SAÚDE EM DISPUTA: A NECESSÁRIA DEFESA DO PROJETO DE REFORMA SANITÁRIA EM UMA CONJUNTURA NEOLIBERAL

Neste capítulo serão apresentadas e debatidas temáticas que servirão de base para a discussão do segundo capítulo. Em um primeiro momento, será apresentado o processo de construção e formação do projeto de Reforma Sanitária e brevemente a construção do SUS.

Posteriormente, será analisado o processo de transformações que ocorreram no Brasil devido a uma crise do capitalismo que ocorreu no âmbito nacional como reflexo do âmbito mundial, a chegada do projeto neoliberal no Brasil e os impactos desse projeto e dessas mudanças para a área da saúde.

Por fim, será analisada a política de saúde, a partir dos anos 2000, com o objetivo de compreender os crescentes ataques sofridos por essa política com o crescente avanço do projeto privatista de saúde, sendo este um reflexo do avanço do projeto neoliberal na sociedade.

1.1. REFORMA SANITÁRIA: O IMPACTO NO PROCESSO DE TRABALHO E NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

A saúde ao longo dos anos passou por diversas transformações, tanto no entendimento sobre o que é saúde, quanto na forma de oferta desse serviço à população. No Brasil, a intervenção estatal, neste setor, vai ter início no século XX, mais especificamente na década de 1930. Da década de 1930 até o ano de 1964, a política de saúde tinha caráter nacional e era dividida em dois subsetores: medicina previdenciária e saúde pública. Na década de 1950, houve grande pressão por parte de médicos ligados aos interesses capitalistas para a privatização da assistência médica previdenciária. Entretanto, esta, até 1964, era fornecida pelos serviços próprios dos Institutos que ofertavam esse serviço. No regime que se instalou no país

a partir de 1964 essa situação mudou, sendo privilegiado o setor privado de serviços da saúde (BRAVO, 2009a).

No ano de 1964 teve início no Brasil a ditadura militar. Esta se deu por meio de um golpe no qual os militares tiraram do poder o então presidente eleito pelo povo, João Goulart, colocando como novo presidente o marechal Castelo Branco. As justificativas utilizadas pelos militares para tomarem o poder eram de que havia uma ameaça comunista no governo e de que a economia precisava ser reestruturada³.

No período do regime militar, a oferta dos serviços de saúde se dava principalmente pelas instituições previdenciárias, podendo ser citada a criação do Instituto de Previdência Social (INPS), por meio da unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)⁴. A saúde sofreu um crescente processo de mercantilização, tendo como consequência uma falta de investimento por parte do governo na saúde pública. Essa falta de investimento gerou um agravamento na saúde e seu acesso por parte da população, principalmente os trabalhadores informais e rurais e que não possuíam carteira de trabalho assinada, já que só podiam ter acesso aos benefícios do INPS trabalhadores de carteira assinada que contribuíam com a previdência social (ESCOREL, et al, 2005).

O enfoque dado à medicina curativa juntamente com o aumento da construção e reformas de hospitais e clínicas privadas, financiadas com dinheiro público na década de 1970, se deu juntamente com o financiamento do INPS para empresas privadas que construíssem hospitais, além do aumento de faculdades privadas de medicina em âmbito nacional.

Os cursos de medicina desconheciam, de um modo geral, a realidade sanitária da população brasileira, pois estavam voltados para a

³ A formação brasileira foi marcada pelas decisões “pelo alto”. O início da década de 1960 é marcado por uma disputa de poder entre as classes. As forças democráticas foram derrotadas e a burguesia novamente assumiu o domínio do poder, resgatando dessa forma tradições da sociedade brasileira, sendo elas a heteronomia, a exclusão e a funcionalidade do Estado no capitalismo (garantidor da ordem do capital, organizador da acumulação e mediador das relações com o exterior). A burguesia como forma de não perder sua hegemonia, utiliza-se da antidemocracia. Além disso, o Estado se constitui em “centro articulador e meio ocasionador da autocracia burguesa” (NETTO, 2015, p.44). Ler também Netto (2015, p. 42-52).

⁴Segundo Escorel (et al, 2005, p.61), os IAPs foram criados durante o governo Getúlio Vargas (1930-1945) em uma conjuntura de reforma trabalhista. Se organizavam por categorias profissionais, possuindo cada IAPs “sua rede própria de serviços da assistência médica hospitalar [...]”. Com a unificação dos IAPs, quando da criação do INPS, em 1966, o Estado tornou-se o maior empregador de serviços de saúde”.

especialização, para a sofisticação tecnológica e para as últimas descobertas das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares (SCOREL, et al, 2005, p. 61, 62).

Ainda de acordo com os autores, com a retomada e ascensão dos movimentos sociais na década de 1970, aumentou-se os questionamentos e denúncias em relação a saúde pública ofertada pelo governo, reivindicando solução para os problemas que surgiram a partir do modelo de saúde implantado no regime militar. Sindicatos de diversas categorias profissionais começaram a debater e discutir em eventos como congressos a qualidade de vida das pessoas e a saúde de uma forma geral. Um dos movimentos que surgiu a partir desta luta pela garantia dos direitos sociais e civis, sendo considerados como essenciais para o exercício da democracia, foi o Movimento da Reforma Sanitária.

Este movimento começou a se organizar a partir de um novo campo de especialidade da medicina, a medicina preventiva. Com este novo campo foram criados os Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) que foram responsáveis por produzirem “conhecimentos sobre a saúde da população e o modo de organizar as práticas sanitárias”. O movimento sanitário “buscava conciliar a produção do conhecimento e a prática política, ao mesmo tempo em que ampliava seu campo de ação, envolvendo-se com organizações da sociedade civil nas suas demandas pela democratização do país” (SCOREL, et al, 2005, p.63).

Os autores acrescentam que vinculavam-se aos DMP também os programas que visavam a medicina comunitária. Um dos pontos levantados pela medicina comunitária é a desmedicalização, sendo este debate desenvolvido na América Latina na década de 1960, valorizando e incentivando o autocuidado da saúde, a medicina tradicional e a realização da atenção primária por não profissionais. Os novos debates acerca da prática profissional dos médicos foram caracterizados por uma reavaliação crítica da medicina preventiva, delimitando no âmbito da teoria a saúde coletiva.

Iniciou-se, primeiramente, um processo de revisão crítica da teoria até então utilizada para analisar o campo da saúde. Desse modo, começa a construção de novos marcos teóricos e metodológicos utilizados tanto nas pesquisas quanto nos projetos de reformulação das práticas médicas. Assim, delimitou-se teoricamente o campo da saúde coletiva, em que se tomava por objeto não mais o indivíduo ou seu somatório, mas a sociedade, o coletivo como social – classes e frações de classes – e a distribuição da saúde e da

doença. Transformou-se a maneira de selecionar os objetos de estudo, não mais as possibilidades de modelos teóricos, mas sim as próprias contradições do sistema de saúde. Postulou-se uma nova concepção da ciência: não mais a ciência neutra; uma teoria que sustentasse, dentro do setor, uma luta política em que a realidade sanitária fosse objeto de estudo e intervenção política (SCOREL, 1999, p. 26, 27).

De acordo com Scorel et al (2005), o movimento sanitário alinhou seu pensamento reformista às correntes marxistas e estruturalistas em voga, remodelando a saúde em uma perspectiva materialista histórica. Juntamente com a construção de uma atuação médica com um olhar social sobre a saúde, o movimento tinha por objetivo a superação da perspectiva ecológica e biológica do preventivismo. A partir desse novo entendimento, a saúde alinhada a democracia torna-se uma bandeira de luta contra o governo militar.

A partir da década de 1970 cresceram os movimentos contrários ao regime militar. Como forma deste governo resistir aos constantes ataques que vinha sofrendo, investiu recursos e os priorizou em alguns setores como a saúde. Um dos reflexos dessas mudanças foi a criação do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES)⁵. Entretanto, como não tinha um quadro de profissionais suficiente para ocupar todos os espaços criados, permitiu que essas vagas fossem ocupadas por pessoas de pensamentos antagônicos ao do regime. Devido a essa abertura, lideranças do movimento da reforma sanitária assumiram cargos importantes no governo na área da Previdência Social e da Saúde (SCOREL, 1999).

Técnicos que tinham relação com o movimento da reforma sanitária passaram a ocupar cargos em três espaços institucionais:

O setor Saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (CNRH/Ipea), a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Organização Pan-americana da Saúde (Ppreps/ Opas) serviram como pilares institucionais que estimularam a estruturação e a articulação do movimento sanitário (SCOREL, et al, 2005, p.66).

A política de saúde adotada até o momento era uma política individualista, assistencialista, que tinha como objetivo o cuidado da doença sem ser feita uma

⁵O Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES) é um colegiado composto por representantes da sociedade civil, criado em 2003 pela Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e atualmente previsto na [Lei 13.502](#), de 1º de novembro de 2017. Seu trabalho é regido pelo Decreto nº 8.887, de 24 de outubro de 2016, e consiste no aconselhamento direto ao presidente da República, por meio de recomendações que podem ser transformadas em novas políticas públicas ou contribuir para o aperfeiçoamento de políticas já existentes (BRASIL, s.d., s.p).

análise integral do processo de saúde e doença que permeava os indivíduos. De acordo com Escorel (et al, 2005), no governo de Geisel (1974-1979) houve a possibilidade do movimento de reforma sanitária colocar propostas que visavam um melhoramento e a democratização do acesso à saúde das populações carentes. O movimento contestava frequentemente o regime autoritário imposto, se constituindo gradativamente enquanto uma força política. Organizações como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) podem ser citadas como protagonistas no movimento sanitário. Esta última deu grande ênfase à residência em medicina preventiva e social.

O movimento de Reforma Sanitária era

Constituído principalmente por médicos e intelectuais de formação comunista, socialista e liberal, e originado nos DMP das faculdades de medicina, o movimento sanitário influenciou o mundo acadêmico e atuou como liderança do processo de reformulação do setor saúde. Exercia uma forte crítica à antiga abordagem estritamente biológica da medicina e discutia a prática da medicina numa perspectiva histórico-estrutural, pela qual se buscava apreender as relações entre saúde e sociedade. Ao mesmo tempo, avançou na implementação de políticas de saúde alternativas às implantadas pelo regime militar. Tais políticas emanavam de programas de extensão universitária, de secretarias municipais de Saúde e mesmo do próprio Ministério da Previdência Social, onde alguns especialistas ligados ao movimento sanitário assumiram cargos técnico-administrativos (ESCOREL, et al, 2005, p.68).

Ainda de acordo com os autores, o Projeto de Montes Claros (MOC)⁶ foi uma experiência que colocou em prática algumas propostas que faziam parte do movimento sanitário, como o atendimento integral na assistência à saúde, conseguindo articular saúde e organização política. Este projeto mostrou que era possível a implantação das propostas do movimento sanitário por este ser capaz de articular com diferentes forças sociais. Posteriormente, a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass)⁷, expandiu e viabilizou o que já havia sido realizado no MOC e facilitou o desenvolvimento do movimento sanitário.

⁶ Para melhor compreensão sobre a criação e desenvolvimento do Projeto Montes Claros, ver a Parte III do livro *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário* de Sarah Escorel.

⁷ O Piass teve início na década de 1970 e tem como característica básica “unir a abordagem médico-social ao pensamento sanitarista desenvolvimentista” (ESCOREL, 1999, p.162). Para melhor compreensão, ver capítulo 9 da parte III do livro *Reviravolta na saúde origem e articulação do movimento sanitário* de Sarah Escorel.

Na década de 1980, as contestações em relação à saúde, fornecida pelo governo cresceram cada vez mais. Antes mesmo da implantação da Nova República,

(...) o movimento sanitário realizou sua estratégia de ocupação de todos os espaços de discussão possíveis. Articulado com as lideranças políticas do país, promoveu encontros cuja finalidade não se resumia a planejar políticas para a área da saúde, mas, sim, influir na sua adoção (ESCOREL, et al, 2005, p.76, 77).

Em 1985 chega ao fim o regime militar e há a ascensão da Nova República no Brasil, possibilitando a presença de representantes do movimento sanitário em postos-chave de instituições encarregadas da política de saúde no Brasil. Como reflexo destas mudanças ocorreu, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nesta, foram apresentados os princípios da Reforma Sanitária e ocorreu a aprovação de um Sistema Único de Saúde, havendo a separação completa entre previdência social e saúde. Ainda na conferência, foi posto que as “modificações no setor da saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional” (ESCOREL et al, 2005, p.78). Ou seja, o movimento da Reforma Sanitária visou uma renovação em todo o setor saúde e não apenas em seu sistema, buscando que esta fosse considerada como um dever do Estado e direito de todos acrescido de uma atuação que levasse em consideração o conceito ampliado de saúde⁸. Além disso, também repensa sobre a formação profissional, visando

(...) configurar um perfil profissional comprometido com democratização do sistema público de saúde pautado na participação popular, na universalização e descentralização dos serviços de saúde que vão de encontro com os princípios do paradigma flexneriano⁹ (OLIVEIRA, 2009 apud CASTRO, 2013a, p.3).

A Constituição Federal de 1988 foi um marco para a saúde pública, sendo esta, no artigo 196, garantida como um direito de todos e dever do Estado “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal às ações e serviços para a sua promoção, proteção e

⁸ Para melhor compreensão acerca do significado do conceito ampliado de saúde ver Brasil (2011).

⁹ Este paradigma flexneriano de saúde foi criado em 1910, por meio do Relatório Flexner, e que tem como norte uma atuação profissional voltada ao individualismo, ao curativismo, tecnicista, com uma perspectiva biológica do indivíduo. Mais especificamente, é um modelo que sustenta a atenção médica como sendo o foco da prática sanitária e que compreende a saúde como ausência de doença (MENDES, 1996).

recuperação” (BRASIL, 1998). Além disso, nesta Constituição também foi instituído o Sistema Único de Saúde.

O SUS foi implantado pela Lei 8.080 e pela Lei 8.142 de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS). Esse conjunto de leis “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da saúde na Constituição” (CHIORO; SCAFF, 1999, p. 17). Nesta lei, assim como na Constituição Federal de 1988, foram consolidados os princípios da Reforma Sanitária. A partir desses acontecimentos, o debate acerca da formação profissional ganha centralidade (CASTRO, 2013a).

Como forma de capacitar essa formação profissional, é importante que esta seja orientada e norteadada pelos princípios do SUS além de se levar em consideração o conceito ampliado de saúde e a importância de uma atuação multiprofissional (CASTRO, 2013a). Esta descentralização permite uma atuação na qual o indivíduo é percebido e tratado nas suas múltiplas esferas, sendo levada em consideração a influência dos diversos determinantes sociais na vida dos cidadãos. A partir disso, o sujeito já não deve ser mais analisado em partes, mas sim em seu conjunto, em sua totalidade, integralmente. Como consequência, se faz importante e necessária a atuação conjunta, em equipe de diversos profissionais no atendimento das necessidades do indivíduo.

Um dos princípios do SUS e da Reforma Sanitária mais abordado para a formação em saúde é o conceito de integralidade, não desconectado de outros como a universalidade e equidade. Tem-se por definição de integralidade “como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a, s.p.).

Se a integralidade da atenção a saúde é um princípio constitucional que norteia a construção desta política e sendo o SUS o responsável pela formação de profissionais nesta área, é importante que sejam formados profissionais com atuação baseada no princípio da integralidade. Necessário apontar que os setores de

educação e saúde são importantes para uma formação na área da saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Por meio das orientações apontadas pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (NOB/RH- SUS) e pelo relatório da Conferência Nacional de Recursos Humanos que ocorreu no ano de 1993, foi possível perceber a falta de qualificação dos profissionais formados para uma atuação em que visasse uma integralidade na atenção à saúde. A partir dessa análise, foram implantados cursos de especialização no campo da saúde, que tinha como norte fortalecer as políticas públicas e formar profissionais que tivessem uma atuação voltada para as diretrizes do SUS.

A implantação desses cursos e a formação de profissionais voltados para uma atuação que segue as diretrizes e princípios do SUS foi dificultada a partir da década de 1990, pois têm-se no Brasil o desenvolvimento de uma política de ajuste neoliberal.

1.2. CRISE DO CAPITAL, NEOLIBERALISMO E IMPACTOS NA SAÚDE NO BRASIL

Os processos desencadeados no Brasil, a partir dos anos 1990, são desdobramentos da nova organização mundial que ocorreu no pós 2ª Guerra Mundial. Neste período, teve início uma crise do capitalismo em âmbito mundial, a qual atingiu o Brasil. Entretanto, a crise brasileira (mais especificamente da década de 1980¹⁰) tem particularidades e características específicas, devido as características sociais e de desenvolvimento econômico do país¹¹ (MOTA, 1995).

¹⁰ A crise ocorrida nos anos de 1980 configura-se enquanto uma crise global ou societal, que “diz respeito ao conjunto de transformações econômicas, políticas, sociais, institucionais e culturais que interferem no processo de reprodução social, seja no sentido de incorporar potencialmente elementos ameaçadores da reprodução, seja no sentido de catalisar mudanças que permitam a reestruturação da reprodução”. Ou seja, caracteriza-se pelo esgotamento do modelo de crescimento econômico vigente, pelas mudanças no âmbito do trabalho e pela crise do socialismo real e do Welfare State. Esta crise também foi marcada por conflitos entre as classes. (MOTA, 1995, p.88). Ler Mota (1995, Cap. II).

¹¹ Para maiores informações acerca das características sociais e de desenvolvido econômico do país, ver Netto (2015) - Capítulo 1.

De acordo com a hipótese levantada por Mota (1995), nessa crise há o privilegiamento da privatização, como forma de diminuir as intervenções do Estado, e a formação de sujeitos consumidores (cidadão-consumidor) que propiciem o desenvolvimento e funcionamento do mercado, sendo este o regulador da sociedade. Estes dois aspectos fazem parte da formação de uma “cultura política da crise” que é gestada na crise brasileira da década de 1980 e que acabam por manter a hegemonia do capital.

Ao analisar a seguridade social inserida em uma conjuntura de crise, Mota (1995, p.25) aponta, como hipótese, para a seguridade ser o principal alvo das reformas sociais, o fato da mesma corresponder aos triunfos das classes trabalhadoras e à dinâmica de valorização do capital. Essas classes “ao lutarem e conquistarem meios de reprodução da própria vida, impõem ao capital e ao Estado o desenvolvimento de ações que se confrontam com os interesses imediatos de acumulação”.

Os períodos de crise referem-se a “uma conjuntura de transição e, como tal, portadora de um conjunto potencial de iniciativas políticas, capazes de promover mudanças”. Nesses momentos há uma disputa política entre as classes, nos quais se contrapõem as lutas da classe trabalhadora aos interesses da burguesia, sendo estes interesses o investimento “na perenização de uma sociedade baseada no mercado e na democracia dos livres proprietários” (MOTA, 1995, p.31).

É no curso da ampliação das esferas de conflito que a correlação de forças entre as classes alarga-se para o âmbito da formação cultural, isto é, da construção de outras formas de racionalidade, da socialização de valores, informações e visões do mundo e da sociedade como uma condição para a formação da subjetividades coletivas, necessárias à adesão das classes a um projeto econômico, social, político e cultural que consolide a hegemonia de uma classe (MOTA, 1995, p.31, 32).

De acordo com Mota (1995, p.34), tendo por base Marx (1991a), as bases objetivas que fazem emergir as crises, são criadas a partir do desalinhamento da “produção do sobre-trabalho, no âmbito do desenvolvimento das forças produtivas” e “a capacidade de consumo da sociedade” aliada aos “modos e as formas por meio dos quais os diversos ramos da atividade produtiva se articulam”. Ou seja, “as crises não são mais do que soluções momentâneas e violentas das contradições existentes, erupções bruscas que restauram transitoriamente o equilíbrio desfeito” (MARX,

1991a, p.286 apud MOTA, 1995, p.36). No modo de produção capitalista são intrínsecas as crises econômicas.

A partir disso, ao analisar a crise dos anos 1980 deve-se levar em consideração que esses períodos de crise expressam momentos de “reorganizações de natureza econômica, social e política que, fatalmente, expressam iniciativas e interesses de classes”. O fato de emergir processos políticos possibilita a reciclagem das bases da hegemonia da classe no poder ou sua perda ou enfraquecimento de seu direcionamento político enquanto norteador do consenso hegemônico. Neste período, portanto, a burguesia busca a reestruturação da sua hegemonia (MOTA, 1997, p.38).

É a partir dessas considerações que Mota (1995) aponta a hipótese de que a partir da década de 1980 os direcionamentos da seguridade social no Brasil exprimem a formação de uma cultura política da crise.

Ainda de acordo com a autora, no que concerne à análise da seguridade social em momentos de crise, é importante analisá-la juntamente às ações de enfrentamento desses momentos.

No Brasil, a principal proposta do grande capital, em relação à previdência e à assistência, é a defesa do princípio da universalização, mediado por dois mecanismos: o mercado e a solidariedade entre classes antagônicas, constituindo uma modalidade de associação entre mercantilização/assistencialização da seguridade social (MOTA, 1995, p.43).

Essa associação entre mercantilização/assistencialização da seguridade social, em conformidade com a orientação do Consenso de Washington¹², obteve amplo apoio no Brasil pelas classes dominantes.

Importante também apontar que na década de 1980 houve a ascensão do novo sindicalismo no país, tendo por base politizar as requisições dos trabalhadores assalariados. “Há, portanto, uma relação entre o crescimento dos setores produtores

¹² De acordo com Tavares e Fiori (1996, p.18), o Consenso de Washington é definido como “um conjunto, abrangente, de regras de condicionalidade aplicadas de forma cada vez mais padronizada aos diversos países e regiões do mundo, para obter o apoio político e econômico dos governos centrais e dos organismos internacionais. Trata-se também de políticas macroeconômicas de estabilização acompanhadas de reformas estruturais liberalizantes”. Esse Consenso se constitui enquanto uma doutrina neoliberal que propõem políticas de ajuste econômico global em âmbito mundial (MOTA, 2000).

de capital intensivo e a ampliação do movimento sindical” (MOTA, 1995, p.44). Inicia-se, a partir disso, o processo de negociações entre grandes empresas e grandes sindicatos, o que permite a consolidação do sistema de fordicização¹³ das relações de trabalho no país.

Esse mecanismo desvaloriza a força de trabalho dos trabalhadores, sendo este um aspecto “inerente ao processo de reestruturação produtiva”. Como consequência desse processo, os trabalhadores passam a exigir das empresas benefícios sociais, gerando desta maneira

(...) um outro perfil na seguridade social brasileira, marcado pela ação das empresas e do mercado no agenciamento de serviços de saúde e previdência, construindo uma prática em que a seguridade e a produtividade do trabalho se resolve na moderna empresa capitalista, como produto de acordos entre grandes empresas e grandes sindicatos (MOTA, 1995, p.44, 45).

Na conjuntura da formação de uma cultura política da crise, sob a perspectiva do grande capital, houve a implementação do seu projeto neoliberal. As demandas dos trabalhadores são atendidas por meio de benefícios sociais, os quais são congruentes com as exigências do processo de acumulação. Essas demandas são tratadas como “sinalizações de um consenso entre empresários e trabalhadores sobre a necessidade de privatização da seguridade social no Brasil” (MOTA, 1995, p.45).

Ainda de acordo com a autora,

Negando, implicitamente, a intermediação e o agenciamento do Estado, o capital absorve as demandas dos trabalhadores, no interior do processo de formação de uma cultura de consentimento da privatização da seguridade – em especial na esfera da previdência e saúde –, ao mesmo tempo em que difunde e socializa a necessidade de ampliação dos programas de assistência social, voltados para os pobres, procedimento esse coerente com a sua concepção do Estado mínimo e com a necessidade de reduzir os impactos sociais dos ajustes econômicos (MOTA, 1995, p.45).

¹³ O fordismo/taylorismo foi um sistema produtivo “que vigorou na grande indústria, ao longo praticamente de todo o século XX, sobretudo a partir da segunda década, baseava-se na produção em massa de mercadoria, que se estruturava a partir de uma produção mais homogeneizada e enormemente verticalizada”. “Esse padrão produtivo estruturou-se com base no trabalho parcelar e fragmentado, na decomposição das tarefas, que reduzia a ação operária a um conjunto repetitivo de atividades cuja somatória resultava no trabalho coletivo”. Deveria ser produzido mais em menor tempo, sendo intensificada as formas de exploração da mão-de-obra. As ações no trabalho se constituíram e foram reduzidas ao mecanicismo e a repetitividade (ANTUNES, 2009, p.38, 39).

Assim, no que concerne as alterações da seguridade, os organismos financeiros internacionais (Fundo Monetário Internacional – FMI, Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD e Banco Mundial) que são os responsáveis por propagarem as orientações do Consenso de Washington para os países em desenvolvimento, são os protagonistas dos ajustes macroeconômicos que também definiram mudanças na seguridade social brasileira, além dessas mudanças terem como formuladores os empresários aliados ao capital e a burocracia estatal associada aos empresários.

Essas orientações fazem parte das alterações que ocorreram no mundo do trabalho devido à reestruturação produtiva, “(...) posto que a questão da seguridade relaciona-se diretamente com a reprodução da força de trabalho e com os processos de exclusão e precarização do trabalho” (MOTA, 1995, p.46).

Têm-se ainda que nos anos de 1980 a crise, no Brasil, ocorreu devido às opções de intervenção do Estado, o qual passou a atuar no setor produtivo afastando-se de suas obrigações fundamentais. Em resposta a essa crise, na década de 1990 foi proposto como forma de redefinir o papel do Estado, o Plano Diretor da Reforma do Estado. Esta reforma, segundo Behring (2008, p.178),

(...) deverá seguir por alguns caminhos: ajuste fiscal duradouro; reformas econômicas orientadas para o mercado – abertura comercial e privatizações -, acompanhadas de uma política empresarial e tecnológica que fortaleça a competitividade da indústria nacional; reforma da Previdência Social; inovação dos instrumentos de política social; e reforma do aparelho do Estado, aumentando sua eficiência.

De acordo com o Plano, a Constituição Federal de 1988 “tirou capacidade operacional do governo e aumentou seu custo”, sendo realizadas várias críticas à Constituição¹⁴. Um aspecto que deve ser apontado é a irrelevância que o Plano atribui à seguridade social, sendo esta ignorada e sendo compreendida de maneira desarticulada seu tripé: Saúde, Previdência e Assistência Social. Esse é um aspecto que demonstra a anticonstitucionalidade do Plano (BEHRING, 2008, p.180).

Ainda segundo a autora, com a implantação do Plano Diretor, no que diz respeito aos serviços que não são exclusivos do Estado, foram criadas as

¹⁴ Ver páginas 180 – 183 do livro de Behring (2008).

organizações sociais¹⁵; no que concerne aos serviços exclusivos, a proposta foi a transformação das autarquias em agências autônomas e com relação a esfera da produção de bens para o mercado teve como proposição a privatização.

Acrescida e aliada a essas mudanças nos variados âmbitos da sociedade, foi implantada no país a política neoliberal. Esta

(...) adota a ideia de Estado mínimo para a área social e forte para as áreas relativas ao mercado e que influenciam a acumulação de capital. A conjuntura nacional é de redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e da educação, manipulação dos espaços de controle social e minimização dos direitos garantidos na Constituição de 1988 (CASTRO, 2013a, p.5).

Algumas características dessa política são a contenção de gastos na saúde pública e o incentivo ao setor privado, o que sucedeu em uma falta de financiamento e repasses de verbas à saúde pública, tendo por consequência uma queda na qualidade dos serviços (ZIGATO, 2015). Essa restrição e redução financeira e de investimento ocorreu não apenas na saúde, mas em todas as áreas sociais, sob a justificativa de que os gastos sociais foram responsáveis por gerar uma crise fiscal do Estado (FELIPE, 2016).

Além do aumento da privatização, também houve um aumento do terceiro setor. Foram transferidas as responsabilidades do Estado, na prestação de serviços à população, para a sociedade civil e para o setor privado (BRAVO, 2009a).

A lógica da política social tem sido a da privatização seletiva dos serviços sociais, adotando-se a forma de compra de serviços privados com recursos do fundo público, em outras palavras, o objetivo é cobrar os serviços sociais, transformando-os em mercadorias, sendo assim, o ideário neoliberal subordina os direitos sociais à lógica orçamentária e a política social à política econômica (FELIPE, 2016, p.34).

Isso atingiu diretamente o SUS, seus princípios e diretrizes propostos pela Constituição de 1988 e a proposta de saúde posta pela Reforma Sanitária. Podem ser apontadas como

¹⁵ “As Organizações Sociais (OSs) são pessoas jurídicas de direito privado, sem finalidade lucrativa, criadas para prestar serviços sociais não-privativos do Poder Público, mas por ele incentivadas e fiscalizadas, e assim qualificadas após o ajuste de um contrato de gestão” (CASSEPP, 2013, s.p.).

(...) questões [que] comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde (BRAVO, 2009a, p.14).

Além dessas, também é atacada a universalização da saúde, “pois é vista como uma das causas da elevação do déficit público” (CASTRO, 2013a, p.5). Princípios aprovados na Constituição Federal de 1988 para a Seguridade Social com o objetivo de gerar mudanças para favorecer a área da saúde, da assistência e da previdência social já não foram concretizados com a chegada da década de 1990, permanecendo ações “fragmentadas, desarticuladas e pulverizadas” (FELIPE, 2016, p.33).

No cenário político e econômico em questão e devido a chegada da política neoliberal no país, começou a haver uma disputa entre o Projeto Privatista ou voltado para o mercado e o Projeto da Reforma Sanitária. O Projeto Privatista vem ganhando cada vez mais força, aumentando a privatização dos serviços de saúde e consequentemente aumentando a prestação de serviços por planos de saúde (no caso da área da saúde) (ZIGATO; 2015). O Projeto Privatista “está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização” (BRAVO, 2009b, p.3).

Devido a essa nova política implantada no país, o mundo do trabalho sofreu consequências, não apenas na prestação e oferta de serviços e na atuação profissional dos trabalhadores, mas também na formação e capacitação dos profissionais da área da saúde para atuarem de acordo com os princípios da Reforma Sanitária e o SUS.

Além da precarização da política de Saúde e do trabalho no SUS, observa-se a dificuldade que esses profissionais, inseridos como formadores, têm de apreender a perspectiva de crítica da Reforma Sanitária e organizar o serviço no modelo multiprofissional e de participação social, como demanda o SUS (SILVA; BROTTTO, 2016, p.139).

Ainda na década de 1990, o governo começou a elaborar as Normas Operacionais Básicas (NOB's) "(...) que são instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da união para estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros" (MOURÃO, et al., 2007, p.6), ou seja, operacionalizar as propostas da legislação que regulamenta o SUS. Sua primeira edição foi no ano de 1991, sendo seguida pela NOB/93 e NOB/96.

Importa-nos falar aqui das NOBs instituídas pelo Ministério da Saúde. A NOB/93, por meio da Portaria nº 545, teve por objetivo estabelecer "normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde" (BRASIL, 1993, s.p.) no âmbito do SUS e as formas de financiamento das ações de saúde. Já a NOB/96, por meio da Portaria nº 2.203, redefiniu "o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema" (BRASIL, 1996, s.p.). Em resumo, por meio das NOBs foram redefinidos o financiamento e a organização do SUS.

Posteriormente, foi formulada a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS - NOB/RH-SUS, sendo esta deliberada pela 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), recebendo o nome posteriormente na 11ª e 12ª CNS de Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). Este documento recoloca "a importância do trabalho, a necessidade da valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor Saúde" (BRASIL, 2005b, p.13), já que a gestão do trabalho é a que mais sofre desregulamentação pelas reformas neoliberais implantadas no Estado. O estabelecimento de parâmetros para essa gestão é, por consequência, o objetivo principal dessa NOB/RH-SUS, pois o investimento nesse setor influencia diretamente na melhoria da prestação de serviços de saúde à população. Nessa formulação, buscou-se obedecer aos princípios que já faziam parte da estrutura e organização do SUS, como a descentralização, a universalidade, a integralidade no atendimento, a participação da sociedade na tomada de decisões, entre outros. Importante que para que essa NOB/RH seja efetivada, sejam respeitadas a

Constituição Federal e as Constituições Estaduais e a Lei Orgânica da Saúde e das Unidades Federadas.

Além do que foi exposto, de acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004b, p.54), a partir da construção da NOB/RH-SUS, foi posto que devido a “novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da saúde passaram a exigir novos perfis profissionais” para trabalharem na área da saúde. Devido a isso, tornou-se essencial que as instituições de ensino em todos os níveis se comprometam com o SUS e com as definições das Leis nº 8.080/90 e 8.142/90¹⁶.

Tem-se que “a formação de trabalhadores para a saúde é revestida de uma importância como peça fundamental para a elaboração da Política Nacional de Gestão do Trabalho” (idem, 2005, p.25). Esta política deve ser elaborada e executada de forma conjunta entre os gestores e trabalhadores.

Juntamente à estruturação dessas NOBs, no início dos anos 2000, mais especificamente no momento da chegada dos Partidos dos Trabalhadores (PT) no poder, havia uma esperança de que fosse fortalecido o Projeto de Reforma Sanitária, já que com a chegada do neoliberalismo no país houve a ascensão do projeto voltado para o mercado, sendo este valorizando cada vez mais. Apesar dessa expectativa, o novo governo manteve a polarização entre os dois projetos, avaliando como sendo um desafio a retomada completa da proposta da Reforma Sanitária. Segundo Bravo (2009a, p.16), o governo “em algumas proposições procura fortalecer o primeiro projeto e, em outras, mantém o segundo projeto, quando as ações enfatizam a focalização e o desfinanciamento”.

1.3. A POLÍTICA DE SAÚDE NOS ANOS 2000

¹⁶ Lei nº 8.080/90: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990a).

Lei nº 8.142/90: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 1990b).

A eleição do Luiz Inácio Lula da Silva no ano de 2002 representou um marco histórico na política do país, sendo a primeira vez que se elege um presidente de um partido político que na sua gênese não representava os interesses da burguesia. Havia uma expectativa de que neste novo governo fossem realizadas transformações nas políticas sociais e na participação social. Entretanto, segundo Bravo e Menezes (2011) referenciando-se em Soares (2004) e Beringh (2004), apontam que as políticas sociais continuaram focalizadas, sem uma perspectiva de direito e da universalidade da seguridade social. Essas consequências e impactos nas políticas sociais decorrem da continuidade dos parâmetros macroeconômicos do governo FHC no governo Lula.

No primeiro mandato do governo Lula, de acordo com Bravo e Menezes (2011, p.17), “a Política de Saúde é apresentada... como direito fundamental e explicita-se o compromisso em garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde”. Entretanto, a perspectiva de Seguridade Social apresentada pela Constituição Federal de 1988 não é levada em consideração nesse período.

Bravo (2004 e 2006) referenciada por Bravo e Menezes (2011, p.17, 18), aponta como um dos desafios sinalizados pelo Ministério da Saúde nesta época “a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária”. Além disso, apresenta elementos inovadores da política de saúde que possibilitariam o fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária, sendo eles:

O retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos noventa, foi abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a sua realização em dezembro de 2003 e a escolha de representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde (BRAVO, 2004 e 2006 apud BRAVO; MENEZES, 2011).

E como elementos que possibilitariam o fortalecimento do Projeto Privatista são destacados: “... a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social”.

Bravo e Menezes (2011) tendo por base Paim (et. al., 2005) aponta que neste período de governo, na área de atenção hospitalar e de alta complexidade, houve um

fortalecimento de vínculo entre os Hospitais Universitários (HUs) e o SUS, a criação do Programa Nacional de Atenção Integral às Urgências e o Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU). Já na atenção básica, houve aumento no financiamento e das equipes de saúde no Programa Saúde da Família. Apesar desses avanços, o governo pouco se posicionou no que diz respeito ao controle e à regulação da saúde suplementar.

No que diz respeito aos trabalhadores da área de saúde, sendo este um dos elementos principais da Política de Saúde, e após serem terceirizados na década de 1990, foram defendidas e debatidas algumas propostas na

(...) 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, como a implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) para o SUS; educação permanente; proteção social do trabalhador e regulação pública das especialidades a partir das necessidades de saúde da população e do SUS; despreciação do trabalho; implementação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS), aprovada como Política Nacional, por meio da Resolução nº 330, em 2004. As ações necessárias para a viabilização da política, entretanto, não foram efetivadas (BRAVO; MENEZES, 2011, p.18).

No ano de 2005, segundo Bravo e Menezes (2011, p.19), foi lançada a Carta de Brasília ao final do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, tendo como temática “SUS - o presente e o futuro: avaliação do seu processo de construção”, a qual apresenta propostas de defesa do SUS, da Seguridade Social, do direito integral e universal à saúde e da Reforma Sanitária, sendo algumas delas a:

- Defesa da Seguridade Social como política de proteção social universal;
- Defesa intransigente dos princípios e diretrizes do SUS;
- Avançar no desenvolvimento de uma política de recursos humanos em saúde, com eliminação de vínculos precários;
- Revisão da lógica de subsídios e isenções fiscais para operadores e prestadores de planos e seguros privados de saúde, redirecionando esses recursos para o sistema público de saúde;
- Garantir a democratização do SUS, com o fortalecimento do controle social...

Em seguida, surgiu o Fórum da Reforma Sanitária que publicou em novembro de 2005 seu primeiro manifesto com o título “Fórum da Reforma Sanitária Brasileira: reafirmando compromissos pela saúde dos brasileiros”, o qual “defende a Reforma Sanitária e apresenta uma agenda para a saúde dos brasileiros”. Além disso, em dezembro de 2006, organizou na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

(ENSP/ FIOCRUZ), o Encontro Nacional de Conjuntura e Saúde que “teve como objetivo discutir uma agenda de debates para a reconstrução de um campo político da Reforma Sanitária que dê feição a um projeto mais geral para o país e articule as diversas lutas do setor saúde” (BRAVO; MENEZES, 2011, p.19).

Ainda de acordo com as autoras, no final do primeiro mandato do presidente Lula, em 2006, foi apontado o Pacto pela Saúde, com a finalidade de “rediscutir a organização e o funcionamento do SUS e avançar na implementação dos seus princípios”. Entretanto, até o ano de 2011 não houve um amplo debate sobre este pacto.

No segundo mandato do governo Lula, não houve um compromisso do governo com a Reforma Sanitária. Apesar da indicação para ministro da Saúde ser o José Gomes Temporão, um dos formuladores do Projeto de Reforma Sanitária, o Ministério da Saúde não enfrentou

(...) algumas questões centrais ao ideário reformista construído desde meados dos anos setenta, como a concepção de Seguridade Social, a Política de Recursos Humanos e/ou Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Saúde do Trabalhador. Apresenta, por outro lado, proposições que são contrárias ao projeto, 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 (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 20).

Esta proposição é a mais preocupante e atingirá não apenas a área da saúde, mas também, por exemplo, a educação e a assistência social. Na área da saúde podem ser feitos alguns apontamentos com relação à criação dessas Fundações Estatais, sendo eles:

(...) as fundações serão regidas pelo direito privado; tem seu marco na “contra-reforma” do Estado de Bresser Pereira/FHC; a contratação do pessoal é por CLT, acabando com o RJU (Regime Jurídico Único); não enfatiza o controle social, pois não prevê os Conselhos Gestores de Unidades e sim Conselhos Curadores; não leva em consideração a luta por Plano de Cargo, Carreira e Salário dos Trabalhadores de Saúde; não obedece as proposições da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, realizada em 2006; fragiliza os trabalhadores através da criação de Planos de Cargo, Carreira e Salário por Fundações (idem, 2011, p.20).

As autoras ainda assinalam que a proposta de criação dessas Fundações foi rejeitada pelo Conselho Nacional de Saúde, pelas Conferências Estaduais e pela 13ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que aconteceram no ano de 2007. Este fato

faz parte da reação dos movimentos sociais à proposição, sendo esses contrários ao modelo de gestão indicado pelo governo.

O ministro da Saúde não aceitou a decisão da 13ª CNS, banalizando e desrespeitando as propostas dos conselhos e conferências, defendendo e mantendo a proposta da criação das Fundações Estatais de Direito Privado no Programa Mais Saúde (PAC Saúde)¹⁷. Baseado nisso, surgiu a indagação sobre a ampliação da participação popular já que um dos mecanismos dessa participação foi desrespeitado dessa maneira. A partir do ano de 2007, a proposição foi aprovada em variados Estados do Brasil (BRAVO; MENEZES, 2011).

A partir da análise dos dois mandatos do governo Lula, é possível indicar que nestes períodos “algumas propostas procuraram enfatizar a Reforma Sanitária, mas não houve vontade política e financiamento para viabilizá-las” (idem, 2011, p.21). Entretanto, no que corresponde ao Projeto Privatista, houve “uma redução de direitos do mundo do trabalho, a privatização dos recursos públicos e a ampliação dos espaços de acumulação do capital” (BRAVO; MENEZES, 2011, p.16).

Acrescido às problemáticas já apresentadas, o marxismo não é mais considerado o referencial teórico hegemônico da Reforma Sanitária. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) reconhece a existência de múltiplas teorias críticas engajadas na defesa da mudança social. Esta posição influencia no direcionamento da Reforma Sanitária, passando a ser orientada por autores que não visam a superação do capitalismo. Em algumas análises são percebidas a ênfase no cotidiano sem levar em consideração a história, a luta de classes e a totalidade e em outras análises são percebidas a responsabilização dos indivíduos e da sociedade civil na garantia da própria saúde (idem, 2011).

No ano de 2010, já no final do segundo mandato do governo Lula, houve a criação da “Frente Nacional Contra as Organizações Sociais (OSs) e pela

¹⁷ Segundo Bravo e Menezes (2011, p. 20), o PAC Saúde possui como pilares estratégicos: “Promoção e Atenção - Envolve ações de Saúde para toda a Família, desde a gestação até a terceira idade; Gestão, Trabalho e Controle Social – Qualifica os profissionais e gestores, forma recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e garante instrumentos para o controle social e fiscalização dos recursos. Neste item a proposta central é a criação da Fundação Estatal de Direito Privado; Ampliação do acesso com qualidade - Reestrutura a rede, cria novos serviços, amplia e integra a cobertura no SUS; Desenvolvimento e Inovação em Saúde: Trata a saúde como um importante setor de desenvolvimento nacional, na produção, renda e emprego”.

Procedência a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1.923/98” e ocorreu o Seminário Nacional intitulado “20 anos do SUS, lutas sociais contra a privatização e em defesa da saúde pública e estatal”, sendo este considerado “um marco na retomada de um movimento de saúde com base popular e dimensão nacional” (BRAVO; MENEZES, 2011, p.22).

Ainda no ano de 2010, pode ser citado como um movimento de luta e de resistência no âmbito da saúde a formação da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, que se originou a partir da ampliação e transformação da ADI, e que visa

(...) um esforço coletivo para articular as diversas lutas em defesa do SUS de caráter público, 100 % estatal e de qualidade; contra os processos de privatização com que o sistema de saúde brasileiro vem passando; e a favor de melhorias das precárias condições salariais e de trabalhos em que se encontram os diversos profissionais de saúde (BRAVO, et al, 2018, p.19).

De acordo com Bravo e Menezes (2011), no ano de 2011 tem início o governo Dilma Rousseff. Em sua posse, Dilma afirma que no seu governo o SUS terá prioridade. Salienta que será realizado um acompanhamento do serviço ofertado, verificando sua qualidade e o respeito ao usuário e que irá desenvolver, no âmbito da saúde, parcerias com o setor privado. Esta afirmação é considerada como preocupante assim como algumas ações que foram realizadas no início do governo, sendo elas: “cortes orçamentários, restrição de investimentos, medidas de caráter privatista como a abertura do capital da Infraero, a privatização de aeroportos e a nova rodada de leilões do petróleo do Pré-Sal” (MEDEIROS, 2011 apud MENEZES, 2014, p.14). Além disso,

Como ocorreu no governo Lula, a maior parte do orçamento da união para 2011 foi destinado à rolagem da dívida pública. A proposta era que R\$678,5 bilhões fossem destinados a pagar os juros e a amortização da dívida. Foi estipulada a manutenção do superávit primário em 3,1% do PIB, com a previsão de cortes de até R\$ 60 bilhões, o que equivale a todos os gastos do Ministério da Saúde (MEDEIROS, 2011 apud MENEZES, 2014, p.14).

Menezes (2014, p.15) ainda acrescenta que

Em 08/12/2011, o governo Dilma aprovou, no Senado, o projeto da Desvinculação das Receitas da União (DRU), que lhe permite retirar 20% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social para, entre outras finalidades, pagar juros da dívida aos rentistas e manter o superávit primário, renovando a sua vigência até 2015.

A partir desses apontamentos é possível afirmar que o novo governo seria mais privatista, beneficiando o atual modelo econômico, do que o governo anterior (MENEZES, 2014).

Outra problemática levantada por Bravo e Menezes (2011, p.23) é o fato de em junho de 2011, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) ter sido recolocada pelo governo como Projeto de Lei – PL 1749/2011, sendo a criação dessa empresa autorizada no governo anterior, em dezembro de 2010, por meio da Medida Provisória (MP) 520. A EBSERH é “uma empresa pública de direito privado, ligada ao Ministério da Educação para reestruturar os Hospitais Universitários (HUs) federais”. Esta empresa está inserida no modelo de gestão da saúde.

Ainda de acordo com as autoras, no ano de 2011, foi realizada a 14ª Conferência Nacional de Saúde tendo como tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio e Povo Brasileiro”. Este evento teve como objetivo debater e traçar as diretrizes da política nacional de saúde. Além deste evento, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde promoveu diversas manifestações e atos a favor de um SUS de qualidade, público e estatal.

Segundo Menezes (2014, p.15), em 2013, principalmente o mês de junho “foi marcado pelas manifestações de massa e mobilizações do povo por mudanças estruturais, evidenciando um profundo descontentamento da população brasileira com as suas condições de vida”¹⁸.

Por um motivo ou outro, o fato é que a ocorrência das mobilizações populares significou uma ruptura brusca com o ramerrão da vida política nacional. A volta da política às ruas e às praças, quebrando o monopólio político palaciano, sintonizou o Brasil com uma nova conjuntura mundial que, marcada por cotidianas (embora não agudas) lutas contra ordem capitalista contrarreformista, já é visivelmente diferente da resignação social que caracterizou boa parte do período 1991-2008. Uma nova situação política foi aberta no Brasil em junho de 2013 e, ao que parece, ela ainda não pode ser dada como fechada (DEMIER, 2013, p. 19-20 apud MENEZES, 2014, p. 15-16).

Em resposta as manifestações, a presidente Dilma apresentou cinco “pactos”, sendo eles:

(...) pacto pela responsabilidade fiscal para garantir a estabilidade da economia e o controle da inflação; pacto pela reforma política, que inclui um

¹⁸ Importante salientar que nem todas as manifestações eram promovidas com o objetivo de mudanças estruturais. As manifestações tiveram caráter múltiplo e heterogêneo.

plebiscito sobre o tema e a caracterização da corrupção como crime hediondo; pacto pela saúde, com a criação de novas vagas para médicos, a contratação de profissionais estrangeiros, mais vagas para estudantes de medicina e a aceleração dos investimentos na área; pacto pelo transporte público que prevê investimentos em obras de mobilidade urbana, mais desonerações e a criação do Conselho Nacional do Transporte Público para fiscalizar os gastos no setor; pacto pela educação pública (MENEZES, 2014, p.16).

Apesar da formulação desses “pactos”, não houve nenhuma reforma estrutural ou mudança de fundo que respondesse e atendesse as reivindicações da população, não havendo também profunda mudança com relação ao capital utilizado para pagar os encargos da dívida pública.

No ano de 2016, mais especificamente no segundo mandato do governo Dilma, por meio de um golpe e de maneira ilegítima, Dilma sofreu um processo de impeachment e o vice-presidente Michel Temer assumiu a presidência do país. Este governo teve por objetivo fortalecer, assumidamente, os interesses da classe dominante e do capital, acelerando o processo de contrarreformas e de privatização, fortalecendo, desta maneira, ainda mais o Projeto Privatista. Como reflexo dessa conjuntura, pode ser citada a Terceirização Irrestrita e a aprovação da PEC (Proposta de Emenda à Constituição) 55/2016 que estipula um teto dos gastos públicos que ficarão congelados por 20 anos. Esta irá gerar grande impacto negativo na saúde, já que haverá uma grande perda de recursos financeiros da federação que são destinados ao SUS (BRAVO, et al, 2018).

Apesar dos constantes e crescentes ataques ao projeto de saúde proposto pela Reforma Sanitária, o SUS vem superando alguns desafios postos pela política neoliberal por meio de projetos e programas vinculados ao Ministério da Saúde. Podem ser citadas as criações

(...) dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF; do Programa Nacional de Imunizações; do Sistema Nacional de Transplantes, sendo o segundo país do mundo em número de transplantes; do Programa de Controle de HIV/AIDS, reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, além do PROVAB (Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica), do programa Farmácia Popular, das Academias de Saúde, do programa Mais Médicos, das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), da Política Nacional de Humanização, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e também, da criação das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) (FELIPE, 2016, p.52).

Mesmo com esses avanços, não pode ser ignorado o fato de que a lógica neoliberal transformou as políticas sociais, caracterizando-as como políticas focalizadas, privatizadas e descentralizadas, sendo um desafio diário fazer com que o SUS concretize seus princípios e diretrizes, como a universalidade, a integralidade e a equidade. Deve-se ter a saúde como um direito social e não como uma mercadoria, fonte de lucro para o capital (Idem, 2016).

Até os dias de hoje ainda há a prevalência da lógica neoliberal, havendo cada vez mais contrarreformas e privatizações dos serviços que deveriam ser prestados pelo Estado. Desta forma há um fortalecimento do projeto voltado para o mercado, tornando-se cada vez mais difícil alcançar os princípios do Projeto da Reforma Sanitária.

A partir das problemáticas que foram expostas, se faz necessário o aumento da construção e criação de movimentos que visem o fortalecimento da luta contra as retiradas de direitos e os cortes do governo nas políticas públicas. Esses movimentos também são importantes, pois as privatizações e o desmonte das políticas públicas têm consequências negativas para o processo formativo dos profissionais. Neste quesito, a precarização dos serviços passa a ser um grande dificultador para a atuação dos profissionais em uma perspectiva que cumpra com os princípios do SUS, como a integralidade.

No que diz respeito ao processo formativo, podemos citar as Residências Multiprofissionais em Saúde como um dos mecanismos que tem a perspectiva de formar profissionais para o SUS. A compreensão da luta pela efetivação do projeto de Reforma Sanitária se faz importante para possibilitar a compreensão da construção e dos objetivos da residência, além da sua importância como sendo um dos mecanismos citados anteriormente. Além disso, as residências também sofrem impactos negativos do projeto neoliberal. A compreensão desse projeto e de seus possíveis impactos é importante para compreender os impasses que são postos às residências para a concretização dos seus objetivos.

CAPÍTULO 2 - RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS E O PROCESSO FORMATIVO DE TRABALHADORES PARA O SUS: POSSIBILIDADES E LIMITES PARA A SUA EFETIVAÇÃO

O presente capítulo tem por objetivo discutir a necessária mudança no processo formativo de profissionais para a área saúde, tendo como norte uma formação baseada nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Sanitária. Este processo conta com mudanças não apenas no âmbito da saúde, mas também no âmbito da educação.

Essa discussão se faz necessária para possibilitar a compreensão acerca das RMS enquanto modalidade de ensino que visam capacitar profissionais para uma atuação integral e norteada pelos princípios do SUS. Essa modalidade de ensino está sofrendo constantes ataques do projeto neoliberal, sendo elencados neste capítulo alguns elementos que dificultam a concretização dos seus objetivos. Também são apontadas possibilidades para sua efetivação. Esses elementos e apontamentos são apresentados por meio de gráficos e tabelas, sendo esses dados analisados ao final do capítulo. Os dados apresentados correspondem aos programas de residência com oferta de vagas para os profissionais do serviço social, sendo analisada também a importância das residências para a formação desses profissionais.

2.1. O PROCESSO FORMATIVO EM SAÚDE: CONSIDERAÇÕES ACERCA DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O SUS

A formação em saúde é uma importante estratégia na defesa do SUS, a qual possibilita a formação de profissionais cada vez mais capacitados para atuarem na área da saúde, com uma perspectiva e ações baseadas no Projeto de Reforma Sanitária e nos princípios e diretrizes do SUS. Há uma necessidade de mudança no processo formativo dos profissionais de saúde, com o objetivo de combater o que é

apontado por Mattos (2008, p.320) como sendo o modelo de assistência hegemônico:

(...) centrado no hospital e na doença, privatista (o que faz da saúde uma mercadoria com visando ao lucro), com profissionais advindos de uma formação que privilegia a ciência tal como é exercida no laboratório ou no hospital, e voltada para a especialização em sistemas ou partes do corpo humano.

Desta forma, de acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004b), devem-se levar em consideração as mudanças das práticas profissionais e a organização do trabalho, além da realidade social e individual dos indivíduos, possibilitando uma intervenção que responda as reais necessidades da população.

Uma estratégia utilizada para a mudança no processo formativo é a educação permanente. Quando se fala em educação permanente, são postas como importantes para a efetivação de uma educação em serviço, principalmente a análise e reflexões acerca das problemáticas que envolvem a organização do trabalho, “considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização, e considerando ainda a necessidade de conduzir ações, serviços e sistemas com produção em rede e solidariedade intersetorial” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p.50). A partir dessas análises se consegue identificar quais são as necessidades de mudança para uma qualificação que consiga responder a uma formação que tenha como norte os princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Sanitária.

Portanto, os processos de qualificação do pessoal da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho. Seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (idem, 2004b, p.49).

Para além do que foi exposto,

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p.43).

Ainda de acordo com os autores, o SUS tem papel importante nas orientações de como organizar e fazer saúde, de modo que sejam atendidas as demandas individuais e coletivas da população. A defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde tem a perspectiva de possibilitar a formação de profissionais capazes de atuarem na área de saúde e que visem o atendimento universal, integral e de qualidade das demandas da população, proporcionando dessa maneira mudanças no processo formativo dos profissionais. Para que essa formação seja garantida, é importante analisar não apenas os aspectos da saúde em si, mas também a interferência e a influência da educação na saúde.

A partir desse debate, foram criados, nos anos 2000, programas que possibilitaram a aproximação de serviços e ações do SUS com as instituições de ensino. Podem ser citados, como exemplos, o Promed (Programas de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina) e o Pits (Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde).

Essas iniciativas não geraram tantas mudanças quanto se esperava, pois

Limitadas a introduzir mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde, mantiveram a lógica programática das ações e não conseguiram desafiar os distintos atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas. Por se apresentarem de forma desarticulada ou fragmentada e corresponderem a orientações conceituais heterogêneas, as capacidades de impacto das ações do SUS em educação têm sido muito limitadas, no sentido de alimentar os processos de mudança sobre as instituições formadoras, e nulas em apresentar a formação como uma política do SUS: potência de interpor lógicas, diretrizes e processos organizados, coerentes e desafiadores dos modos de fazer (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p.45).

Isso nos leva a apontar que

Uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas implicaria trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras. Colocaria em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço/ educação permanente em saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social (idem, 2004b, p.45).

Um aspecto importante, apontado pela Closs (2010), para o processo de formação em saúde é a valorização e centralização da atenção básica na saúde. Este nível de atenção passou a requerer trabalhadores capacitados para atuarem na atenção básica, sendo utilizada como uma das estratégias o incentivo por parte do

governo na articulação entre as residências multiprofissionais com as Residências de Medicina de Família e Comunidade.

Ceccim e Feuerwerker (2004b) observam que a atenção básica é uma estratégia do SUS utilizada para alcançar a atenção integral da saúde da população, por manter vínculos frequentes e contínuos com a população. O modo de operar a atenção básica pode ser construído por meio da educação em serviço, pois permite que os problemas das equipes de saúde de cada região e território sejam enfrentados pela articulação entre os quatro pontos que constituem o quadrilátero da formação, definição essa construída pelos próprios autores.

Esses autores apontam como sendo o quadrilátero da formação no campo da saúde: o ensino, o controle social, a atenção em saúde e a gestão setorial. O primeiro ponto indica a necessidade de haver uma expansão dos conhecimentos e saberes produzidos, dos avanços tecnológicos, científicos e culturais e de uma necessária Reforma da Educação para que sejam atendidas e cumpridas as responsabilidades para com a formação profissional, ética, acadêmica e humana dos indivíduos. Já o segundo significa que a população tem o dever e o direito de participar e de opinar em todos os eventos e encontros que debatem a política nacional de saúde, participando inclusive das tomadas de decisões. O terceiro aponta a responsabilidade de todas as instâncias do governo no atendimento das demandas da população que utiliza os serviços ofertados pelo SUS, sendo importante o investimento principalmente na atenção primária de saúde, já que são os investimentos nela que vão proporcionar uma saúde, um modelo de saúde centrado na prevenção e não nos hospitais. E o quarto e último ponto indica a importância de se ter uma gestão onde há uma articulação interinstitucional e localregional (denominada de roda), proporcionando uma gestão mais participativa e democrática na qual todos tem poder igual na tomada de decisões em relação ao território de que falam e são responsáveis. Podem ser incluídos nesta roda a União, os estados, os municípios, as instituições formadoras e os movimentos estudantis e populares. Para uma análise sobre a importância da educação na saúde é necessário levar em consideração esses quatro elementos que constituem o quadrilátero.

Para a

(...) atenção à saúde levar ao desenvolvimento da proposta da educação em serviço, como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde, não se tratará de organizar um menu de cursos ou pacotes programáticos pontuais, mas sempre o ordenamento do processo formativo e a educação permanente em saúde (CECCIM, FEUERWERKER, 2004b, p.52).

É importante para que se tenha uma educação permanente, que constantemente sejam feitas análises críticas acerca da gestão dos serviços e das práticas assistenciais.

Pode-se/deve-se realizar a educação aplicada ao trabalho (capacitações tradicionais), mas também a educação que pensa o trabalho e a educação que pensa a produção do mundo. Em ambos os casos, podem-se/devem-se inserir fluxos à reflexão crítica (idem, 2004b, p.51, 52).

Têm-se como atores do processo de educação permanente os trabalhadores, os dirigentes, os usuários dos serviços de saúde, os estudantes e os profissionais que estão em formação. Essa diversidade de atores é expressa pela interinstitucionalidade e a locorregionalização. Para que a educação permanente constitua espaços de gestão, mediação e planejamento, se faz necessário que o SUS apoie e providencie ações interinstitucionais (CECCIM, FEUERWERKER, 2004b).

A educação permanente em saúde/educação em serviço contribui para interfaces, interações e intercomplementaridades entre estados e municípios na construção de um sistema único para a saúde, incentivando todos os processos de gestão descentralizada e colegiada do SUS, no tocante à construção e à produção de conhecimento no interesse do SUS (idem, 2004b, p.56).

São necessárias novas formas de se pensar a gestão e o planejamento dos serviços de saúde para que eles possam também ser espaços de aprendizagem. Essas novas formas de planejamento e gestão também são importantes de serem pensadas no âmbito educacional pelas instituições formadoras.

As instituições formadoras devem prover os meios adequados à formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do SUS e a sua melhor consecução, permeáveis o suficiente ao controle da sociedade no setor, para que expressem qualidade e relevância social coerentes com os valores de implementação da reforma sanitária brasileira (CECCIM, FEUERWERKER, 2004b, p.48).

Outro aspecto relevante é a formação na graduação dos profissionais da área da saúde. Nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde é enfatizada e valorizada a importância de se articular a Saúde e a Educação Superior/ a teoria e a prática, tendo por objetivo “a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde”. Esta destaca como fundamental para a realização dessa articulação ter como norte os princípios e diretrizes do SUS e o conceito ampliado de saúde, o qual considera a influência dos determinantes sociais no processo de saúde/doença na vida dos indivíduos. Desta forma, têm-se a possibilidade da formação de profissionais mais capacitados a atuarem no SUS, levando-se em consideração o desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2001, p. 3).

Apesar disso, de já existir um avanço na concepção de saúde nos cursos dessa área, ainda há uma grande necessidade de reformulação do modelo de formação dos profissionais de saúde. De acordo com Carvalho e Ceccim (2007, p. 137), ainda há nas graduações a predominância de uma formação em “um formato enciclopédico e uma orientação pela doença e reabilitação”, impedindo, por consequência, uma formação profissional preparada para o trato da integralidade.

A integralidade faz parte, junto do conceito de equidade e universalidade, das diretrizes e princípios norteadores do SUS, sendo este o formato de saúde pública aprovada pela Lei nº 8080/90. Estes também são princípios que fazem parte do projeto de Reforma Sanitária. Nesta lei, a assistência de maneira integral é “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a, s.p.). Acrescido a isso, como apontam Gonze e Silva (2010, s.p.),

(...) o acolhimento, a produção de vínculos e a escuta, esquecidos diante do aparato tecnológico das máquinas de última geração, são resgatados por meio do princípio da integralidade, que sustenta que o usuário é um sujeito complexo e suas necessidades devem ser acolhidas sob um olhar integral.

A partir do que foi exposto,

Pretende-se atualmente, inverter o sentido dos cuidados implementados junto aos usuários, alternando na medida da necessidade do usuário, os procedimentos custosos de produção de saúde, baseados na aplicação das práticas flexnerianas das especialidades médicas e oneradas pelo uso excessivo de medicalização, pelas tecnologias relacionais que são centradas em atitudes acolhedoras e no vínculo com o usuário. Para isto, busca-se a prática do cuidado na prevenção e na cura, tendo como finalidade última o trabalho em saúde que se pauta na defesa da vida e dos direitos de cidadania. Neste sentido, a construção de ações e estratégias de controle de doenças e de promoção da saúde, de formação e capacitação continuada, de educação e de comunicação em saúde, de integralidade da atenção, de intersectorialidade e de equidade passaria a fazer parte das agendas e perspectivas de intervenção de docentes, residentes e profissionais da saúde (SOUZA, et al, 2011, p. 115, 116).

Apesar de às vezes parecer complexo a implantação de atendimentos integrais dos indivíduos, é necessário que principalmente os professores das universidades mostrem e informem aos seus alunos a importância da construção de uma atuação profissional baseada nos princípios da Reforma Sanitária. Esses princípios têm a possibilidade de serem cumpridos por meio da construção de um SUS efetivo e que hoje em dia essa efetivação, ou pelo menos parte dela, pode se dar por meio de uma atuação integral dos trabalhadores de saúde nos atendimentos dos indivíduos. Vai contra essa proposta a atuação dos profissionais de forma isolada, fragmentando desta maneira seus trabalhos e atendimento dos sujeitos. Os profissionais devem atuar de forma conjunta e em equipe, valorizando e percebendo que todas as profissões e conhecimentos são importantes. Este reconhecimento possibilita a construção de um trabalho integral.

Uma das iniciativas existentes e que mais tem a perspectiva de cumprir com o objetivo de formar trabalhadores capacitados e preparados a atuarem no e com uma perspectiva voltada para o SUS são os programas de residências multiprofissionais. Estes estão inseridos na Política de Educação de Permanente (EPS), tendo como perspectiva uma atuação integral, multidisciplinar e com foco nos sujeitos (CECCIM, 2005).

2.2. AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE COMO FORMA DE CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA UMA ATUAÇÃO INTEGRAL

As primeiras experiências de residência que existiram no Brasil foram as residências médicas e tiveram início em 1946. Porém, só foram regulamentadas em 1977 com o decreto nº 80.281, o qual criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) (BRASIL, 1977)(CECCIM; KREUTZ; MAYER, 2011).

As residências multiprofissionais também tiveram início antes da criação do Sistema Único de Saúde. A primeira residência criada no Brasil na modalidade Medicina Comunitária foi a Residência da Unidade Sanitária São José do Murialdo no ano de 1976, na cidade de Porto Alegre. Posteriormente, no ano de 1978, tornou-se multiprofissional (CLOSS, 2010).

Ainda de acordo com Closs (2010), a Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/ FIOCRUZ) desenvolveu uma formação multiprofissional desde 1977. Aproveitando-se desta experiência, o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social)¹⁹ instituiu o Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública (PAR - MP/MS/SP) no ano de 1979.

Na segunda metade da década de 1970 e início da década de 1980, diversos fatos significativos marcam o campo da educação em saúde. Entre estes estão: a ampliação dos debates nas universidades, o Movimento de Renovação Médica (REME), a criação dos departamentos de medicina preventiva, a atuação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a realização da Conferência de Alma-Ata (em 1978), a criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) que, juntamente com a mobilização dos trabalhadores da saúde e usuários, demarcam movimentos de renovação do pensamento e das práticas de saúde, dos quais emergirão a proposta e o movimento de Reforma Sanitária e o adensamento da Saúde Coletiva (PAIM, 2008 apud CLOSS, 2010, p. 35).

Importante destacar que houve uma expansão e surgimento de novos Programas de Residências Multiprofissionais na década de 1990.

No ano de 2005, a SGTES²⁰ apoiava cerca de 22 programas de Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2006a). Já em 2016, de acordo com Silva

¹⁹Organização criada na década de 1970, símbolo do modelo assistencial médico privatista (MENDES, 1996).

²⁰A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) foi criada no início do Governo Lula pelo Ministério da Saúde com o objetivo “de criar uma política de valorização do trabalhador do SUS e de cumprir o Art. 200 da Constituição Federal”. Esta secretaria “propõe a criação da Comissão de Residências em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, que abrigaria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRM), a ser também criada. A proposta encontra fortes resistências e não se concretiza” (BRASIL, 2006a, p.6, 7).

(2018), a partir de dados da secretaria da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde cerca de 1.500 programas de residência uni e multiprofissional estavam registrados para avaliação. Este dado explicita como o número de programas de residências em saúde vem crescendo rapidamente no país.

Podemos sinalizar que nos anos 2000 a residência multiprofissional teve um maior destaque, quando cresceram políticas e iniciativas voltadas para a formação de trabalhadores para o SUS, aumentando por consequência, o debate sobre essa formação.

São expressões dessas iniciativas o projeto Reforsus (Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde), em 2002, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), em 2003, e, finalmente, a Lei n. 11.129/2005, que criou a residência em área de saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) (MENDES, 2013, p. 184).

De acordo com Castro (2013a), além da Residência Multiprofissional, destaca-se a criação de outros dois programas: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró- Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde). Estes três programas visam uma formação voltada ao trabalho interdisciplinar e a reconstrução da consciência sanitária e pedagógica, voltado a um novo projeto de se construir e fazer saúde. Importante salientar também a importância do papel do Ministério da Saúde no financiamento nas instituições e secretarias estaduais de Saúde, possibilitando o provimento de bolsas e expansão de atividades de pesquisa, ensino e extensão (SILVA; BROTO, 2016).

Além dos cursos de especialização, também houve mudança de direcionamento teórico-prático nas Residências Multiprofissionais em saúde (SILVA; BROTO, 2016).

Nessa conjuntura, os programas de RMS foram pensados com o objetivo de contribuir para a revisão do modelo assistencial, na medida em que podem formar um novo perfil do profissional de Saúde, preparado para responder às reais necessidades de Saúde dos usuários, tendo em vista a atual centralidade da expansão da atenção básica, a partir do modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família (ESF) no país. Essa realidade demanda a formação de um perfil profissional diferente do que tem sido apresentado pelas graduações, geralmente muito especializadas. Diante desse fato, há uma preocupação em investir na formação de profissionais que estejam capacitados a intervir de forma multiprofissional (idem, 2016, p. 130).

Segundo Castro (2013a, p. 4),

(...) os pilares da formação em saúde seriam: o pensamento crítico e produtivo, o ensino em consonância com o serviço, a conscientização do aluno frente à realidade da população, a autonomia individual e coletiva, o aprendizado baseado nos problemas da população assistida, de modo que o profissional atue como sujeito transformador da realidade.

Ceccim (2005) e Closs (2010) apontam que os programas de Residência estão inseridos na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Esta foi instituída pela Portaria GM/MS nº198 no ano de 2004 e, posteriormente, por meio da Portaria GM/MS nº 1.996, foi revisada no ano de 2007. Tem como direcionamento o aprender fazendo, tendo o profissional uma atuação que condiz com a realidade e as reais necessidades de saúde dos sujeitos. Além disso, devem haver constantes análises, críticas e reflexões acerca do cotidiano de trabalho.

As Residências visam desenvolver um trabalho em equipe e que pauta a associação entre ensino-serviço, objetivando aprimorar as capacidades e especificidades de cada profissão e as capacidades coletivas e interprofissionais. Tem por objetivo potencializar o trabalho conjunto entre os residentes de diversas áreas, proporcionando o enaltecimento da interdisciplinaridade e, por consequência, propiciando uma atenção voltada para o usuário. Dessa forma, possibilita a efetivação de uma formação baseada na educação permanente (SOUZA et al, 2011).

Ao mesmo tempo que as residências visam o trabalho interdisciplinar e avaliam como importante a troca de saberes, buscam não extinguir e não deixar de valorizar a particularidade e o conhecimento específico de cada área, propiciando o reconhecimento da importância de cada profissão (SILVA, 2018).

A lei n. 11.129/2005 citada anteriormente, aponta a Residência em Área Profissional da Saúde “como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica” (BRASIL, 2005). Este modo de ensino integra os eixos ensino, serviço e comunidade, busca formar profissionais capacitados a trabalharem em equipe de modo interdisciplinar, apesar do trabalho muitas vezes não ser interdisciplinar e sim multidisciplinar, articular diferentes profissões e saberes e superar a separação que há entre o ensino e serviço. Tem

como norte não uma atuação curativa e focalizada, mas uma atuação que tenha como um dos princípios a abordagem integral do processo saúde-doença, levando em consideração os determinantes sociais que interferem na vida dos sujeitos (CLOSS, 2010). Deste modo,

(...) a residência é um espaço de (trans) formação para trabalhadores da saúde (inseridos na interseção ensino-serviço) articulado como dispositivo da educação permanente, que tem como um dos princípios referenciais a integralidade do cuidado e como princípio operador o trabalho em equipe interdisciplinar. É uma modalidade de formação pós-graduada (lato sensu), que se realiza pelo exercício, sob supervisão, da prática profissional que deve ser oferecida em ambientes de trabalho qualificados, dotados de corpo técnico-profissional com titulação profissional ou acadêmica reconhecida e de instalações apropriadas ao ensino em serviço, com vistas a proporcionar o aumento da capacidade de diálogo e o alcance de uma compreensão ampliada das necessidades de saúde do indivíduo/coletivo (RAMOS et al, 2006, p. 380).

As RMS têm como horizonte as diretrizes e os princípios do SUS, podendo ingressar nessas os seguintes profissionais da área da saúde: assistentes sociais, fonoaudiólogos, dentistas, nutricionistas, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, enfermeiros, biólogos, psicólogos, fisioterapeutas, médicos veterinários e biomédicos. Atualmente algumas residências também possuem vagas para físicos. Esses programas têm como um de seus objetos atender as demandas de cada local e região de acordo com suas realidades, necessidades e especificidades (CECCIM et al, 2018). Possuem carga horária de 60h/semanais, com dedicação exclusiva do profissional (BRASIL, 2006a).

Os profissionais residentes devem ser orientados e supervisionados pelos tutores e preceptores dos programas de residência. O cargo de tutor

(...) caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo²¹, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos (BRASIL, 2012, p.3).

Para além disso, se constituem enquanto competências dos tutores:

²¹ A tutoria de núcleo é a orientação acadêmica do núcleo profissional específico. Já a tutoria de campo é a orientação acadêmica que engloba e integra os diversos núcleos profissionais que constituem a respectiva área de concentração do programa (BRASIL, 2012). Ver também Artigo 11 da referência bibliográfica em questão.

- I .implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, realizando encontros periódicos com preceptores e residentes com frequência mínima semanal, contemplando todas as áreas envolvidas no programa;
- II.organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do PP;
- III.participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores;
- IV.planejar e implementar, junto aos preceptores, equipe de saúde, docentes e residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde;
- V.articular a integração dos preceptores e residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde;
- VI.participar do processo de avaliação dos residentes;
- VII.participar da avaliação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;
- V. orientar e avaliar dos trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU (BRASIL, 2012, p.4).

No que diz respeito ao cargo de preceptor, esse

(...) caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista (Idem, 2012, p.4)²².

São sinalizadas como competências dos preceptores:

- 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;

²² Para maiores informações, ler o artigo 13 da Resolução CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012.

VIII.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, p.4, 5).

As residências multiprofissionais analisadas enquanto uma potencialidade para a formação de profissionais para o SUS, tornam-se inovadoras na medida em que superam a lógica das residências médicas, as quais promovem uma formação historicamente de especialização do médico, embora esse não seja seu principal objetivo. Nessa lógica das residências médicas, acaba havendo uma perda, em certa medida, de debates e discussões multiprofissionais e coletivas (SILVA, 2018).

Ainda de acordo com a Lei 11.129/2005, esta aponta que o financiamento e a organização da CNRMS são de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC), apesar dessa ser criada no âmbito do MEC. Institui também o Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, o qual é ofertado bolsas aos residentes, preceptores, tutores, iniciação ao trabalho, trabalhador-estudante e orientador de serviço. As residências são consideradas como favorecedoras para a inserção qualificada de jovens profissionais no trabalho, principalmente em campos prioritários do SUS (BRASIL, 2005a).

No ano de 2006 ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde que foi importante na legitimação da CNRMS, enquanto responsável pela regulamentação das Residências Multiprofissionais. Neste mesmo ano, foi formado o Fórum Nacional de Residentes em Saúde, “apontando a organização dos residentes em torno da defesa da residência como política de formação para o SUS”. Também foram criados os Fóruns de Coordenadores, Tutores e Preceptores (SILVA, 2018, p. 202).

No dia 12 de janeiro de 2007, entrou em vigor a Portaria Interministerial MEC/MS Nº 45, que estabeleceu a composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e suas atribuições, além de estabelecer os eixos

norteadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde (BRASIL, 2007).

Esta mesma Portaria estabeleceu a carga horária da RMS e em Área Profissional da Saúde, sendo entre 40h/ semanais a 60h/ semanais com dedicação exclusiva do profissional (idem, 2007). Porém, no dia 24 de abril de 2008, entrou em vigor a Portaria Interministerial nº 506, que altera o Artigo 1º da Portaria nº 45, passando a carga horária das residências citadas anteriormente para 60h/ semanais. A partir disso, não é mais permitida uma carga horária menor que esta (BRASIL, 2008). “O argumento apresentado pelos técnicos do MS e do MEC para a fixação em 60 (sessenta) horas semanais foi o de uniformização de carga horária e valor de bolsa entre as residências médicas, uni e multiprofissionais” (SILVA, 2018, p. 203).

A residência multiprofissional tem a capacidade de contribuir com uma formação de recursos humanos direcionados ao SUS e seus princípios, como a integralidade, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Porém, não se pode afirmar e assegurar que “(...) as residências vão cumprir esse papel, sobretudo porque sua implantação tem se dado num contexto de desmonte, sucateamento e privatização dos serviços públicos de saúde, e de exacerbação dos corporativismos” (MENDES, 2013, p.184).

É importante e necessário, em tempos de política neoliberal, refletir se na tentativa de efetivação do SUS

(...)a indução de políticas públicas, com interferência direta no modelo de ensino/trabalho educacional, vai contribuir e fortalecer a formação e o trabalho profissional, na perspectiva da Reforma Sanitária, ou se pode fortalecer a estratégia de estruturar a rede de Saúde, através da oferta de um campo de trabalho precarizado para os profissionais de Saúde. Além disso, nota-se que, nessa estratégia de formação pelo trabalho, o governo estabelece uma forma de contrato aviltante, temporário e precário para os residentes, no qual exclui do trabalhador o direito a férias e licença remunerada bem como o 13º. salário, FGTS, adicional de insalubridade e estabilidade. Além disso, obriga os bolsistas a pagarem o INSS como contribuintes individuais, sem que haja contribuição patronal, ao invés de instituir um plano de carreira para os profissionais da Saúde, o que consequentemente fortaleceria, de fato, o SUS (SILVA; BROTTTO, 2016, p.138).

Acrescido a isso, ainda de acordo com as autoras, a precarização cada vez maior dos serviços de saúde acaba dificultando o cumprimento do trabalho dos

profissionais em uma perspectiva favorável aos princípios da Reforma Sanitária que regem o sistema de Saúde, mesmo esses profissionais já estando inseridos no SUS. Este apontamento é consequência da divisão realizada na seguridade social, a baixa qualidade na implementação das residências em âmbito nacional e o não cumprimento da integralidade na prestação dos serviços de saúde. Há um constante aumento da privatização da administração do trabalho e dos equipamentos da Saúde.

Castro (2013a, p.6, 7) aponta e destaca como desafios postos e como debates necessários em torno da política e da formação em saúde e em torno da residência os seguintes aspectos:

- Problematizar os processos de precarização do trabalho, a não realização de concursos públicos e o enxugamento de quadros profissionais na saúde versus o significado da expansão dos programas de residências e entrada de profissionais nos serviços via esta modalidade;
- Ultrapassar a lógica de entendimento da residência enquanto treinamento em serviço, como mecanismo de “substituição de mão de obra”;
- Compreender a residência como espaço de formação para o trabalho em saúde que articula as várias dimensões da formação profissional;
- Debater as especificidades da atuação do assistente social residente no que concerne, entre outros, a autonomia profissional, supervisão de estágio, condições éticas e técnicas de trabalho;
- Avaliar se estamos formando profissionais para o trabalho no Sistema Único de Saúde e se os egressos estão se inserindo na política pública de saúde;
- Problematizar e avaliar a relação entre formação profissional modalidade EAD e a inserção nos programas de residência;
- Debater os programas de residência enquanto uma forma de formação/educação permanente;
- Trabalhar a formação em saúde não como uma disciplina isolada e não como exclusiva do espaço de pós-graduação, mas articulada com diversos “momentos” da formação: supervisão de estágio, ética, oficinas teórico-práticas;
- Garantir o direcionamento das diretrizes curriculares do Serviço Social nas residências.
-

Apesar da problemática apontada, as RMS constituem-se enquanto importantes espaços de formação dos assistentes sociais para a área da saúde. Quando se associa Serviço Social e Residência, esta

(...) deve ser pensada no sentido de aprofundar a reflexão sobre as relações do Estado, a política de saúde e a inserção dos assistentes sociais na área, como também de possibilitar o trânsito do Serviço Social por um conjunto de disciplinas que facilitem a absorção de alternativas teórico-práticas que ultrapassam os limites da especialização tradicionalmente inscrita na área da

saúde, além de suscitar reflexões acerca do trabalho em saúde (CASTRO, 2013a, p.5).

De acordo com Souza (et al, 2011), o Serviço Social nas residências tem a capacidade de reforçar a importância dos trabalhos coletivos na garantia de acesso a serviços de qualidade pela população, não perdendo de vista a importância do cuidado individualizado e coletivo. Essas formas de cuidado são trabalhadas pelo serviço social por meio de práticas que produzem vínculo e acolhimento, realização de visitas domiciliares, trabalhos em grupos, planejamento e gestão dos serviços, o trabalho coletivo e em equipe, promoção da educação em saúde e emancipatória e socialização de informações. Desta forma, proporcionam e possibilitam a construção e a ampliação das relações interprofissionais e horizontalizadas entre as diversas profissões que constituem a área da saúde.

No âmbito do Serviço Social, a residência deve ser pensada no sentido de aprofundar a reflexão sobre as relações do Estado, a política de saúde e a inserção dos assistentes sociais na área, como também de possibilitar o trânsito do Serviço Social por um conjunto de disciplinas que facilitem a absorção de alternativas teórico-práticas que ultrapassam os limites da especialização tradicionalmente inscrita na área da saúde, além de suscitar reflexões acerca do trabalho em saúde (CASTRO, 2013a, p.5).

2.3. ANÁLISE DE DADOS A PARTIR DE LEVANTAMENTOS REALIZADOS PELA PESQUISA DA ABEPSS INTITULADA “MAPEAMENTO DAS RESIDÊNCIAS EM ÁREA PROFISSIONAL E SERVIÇO SOCIAL”

Para uma melhor compreensão acerca da constituição dos Programas de Residência com abertura de vagas para o serviço social na atualidade, em um primeiro momento foram pesquisadas e analisadas produções teóricas que abordam essa temática, sendo selecionados textos para darem suporte e servirem de base para ser realizada a interpretação, análise e reflexão dos dados levantados pelo relatório sobre o mapeamento nacional das residências.

Esse relatório, publicado no ano de 2018 no site da ABEPSS e que foi construído a partir de uma pesquisa realizada pela própria ABEPSS em parceria com o Grupo de Estudos e Pesquisa dos Fundamentos do Serviço Social da Faculdade

de Serviço Social da UFJF, foi intitulado “Mapeamento das Residências em Área Profissional e Serviço Social”.

A metodologia utilizada para a realização desta pesquisa foi a análise de editais de residências com abertura de vagas para os assistentes sociais e com inserção no ano de 2018 no Brasil; pesquisa online com tutores e preceptores dos programas de residência, contabilizando 115 respondentes; levantamento bibliográfico e análise de 71 produções do Serviço Social acerca das Residências publicadas a partir do ano de 2010 em Revistas do Serviço Social (contabilizando um total de 17 artigos), anais do Encontro Nacional de Pesquisadores de Serviço Social - ENPESS (total de 34 artigos válidos) e dos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais - CBAS (total de 12 artigos válidos) e banco de teses e dissertações da CAPES (total de 9 publicações). No ano de 2018, 86 instituições ofertaram 496 vagas de residência para o serviço social em 232 programas.

A partir dos dados levantados pela ABEPSS e pelo GEPEFSS da FSS/UFJF e que apontam para uma realidade vivida pelos residentes, tutores e preceptores dos programas de residência em âmbito nacional e comparando e tendo por base bibliografias correspondentes ao tema, foram interpretados e analisados alguns dados buscando apontar os possíveis motivos para os desafios e impasses enfrentados pelos programas de residência e suas possíveis possibilidades, além de apontar o que estes aspectos passam a significar em uma conjuntura de valorização do projeto privatista. Também foram realizadas reflexões acerca da inserção dos assistentes sociais nos programas de residência.

Os dados que foram contabilizados na pesquisa e analisados no presente trabalho são: as regiões do país que mais tiveram instituições proponentes dos programas, que mais ofertaram programas e número de vagas pro serviço social; as áreas de concentração que mais disponibilizaram vagas para os assistentes sociais; se há o cumprimento da carga horária dos programas de residências e se há divisão de horários para as atividades teóricas e para as atividades teórico-práticas; as disciplinas ofertadas aos residentes no eixo teórico comum de todas as áreas e no eixo teórico específico do serviço social; os elementos dificultadores para o desenvolvimento dos programas e para o trabalho profissional do assistente social; e,

por último, a contribuição e as potencialidades para a formação dos profissionais de serviço social nas residências.

2.3.1. Residência e Serviço Social: oferta de programas, número de vagas e áreas de concentração

Na pesquisa realizada, a região sudeste do país foi a que apresentou um maior número de programas, enquanto a região nordeste apresentou o maior número de vagas. Os dados podem ser vistos no seguinte quadro do relatório:

Quadro 01 – Residências em Área Profissional e Serviço Social/ proponentes/Programas/Vagas Regiões Brasil-2018

REGIÃO BRASIL	INSTITUIÇÕES PROPONENTES	PROGRAMAS	NÚMERO DE VAGAS
Nordeste	22	67	177
Sudeste	33	81	158
Sul	20	51	84
Centro- Oeste	6	17	45
Norte	5	20	32
TOTAL	86	216	496

Fonte: Pesquisa “Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: mapeamento teórico e político-pedagógico” – GEPEFSS- FSS/UFJF

Uma hipótese que possibilita explicar o motivo do maior número de programas e instituições proponentes estarem concentrados na região Sudeste do Brasil é o fato desta região, devido a sua economia, ser considerada como “o centro dinâmico do mercado de trabalho de saúde no país, o que corresponde, em certa medida, à própria distribuição da capacidade instalada e dos empregos de saúde, nessa região” (VIEIRA; AMÂNCIO FILHO; OLIVEIRA, 2004, s.p.). Acrescido a isso, como apontam Pierantoni, França e Varella (2003), essa situação atende aos interesses político-

econômicos que, por muitas vezes, não refletem as necessidades da população local.

Já o fato da região Nordeste do país ser a que mais ofertou vagas pode ter como justificativa o incentivo por parte do Ministério da Saúde de uma melhor organização e distribuição de financiamento como forma de descentralizar os programas da região Sudeste do Brasil, a fim de contemplar as necessidades regionais (SARMENTO et al., 2017).

Já com relação às áreas de concentração que mais ofertaram vagas, foram Saúde Mental, Atenção Básica/ Saúde da Família e Oncologia. Segue o quadro com a distribuição do número de vagas e número de programas de acordo com as áreas de concentração.

Quadro 02 - Residências em Área Profissional e Serviço Social/ número de programas/ vagas-Brasil/2018

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO	NÚMERO DE PROGRAMAS	NÚMERO DE VAGAS/SERVIÇO SOCIAL
Saúde Mental	42	103
Atenção básica /Saúde da Família e comunidade	33	86
Oncologia	23	42
Saúde Coletiva	8	46 (30 ampla concorrência)
Saúde do idoso/adulto	17	34
Saúde da criança/adolescente	23	35
Urgência, emergência e trauma.	20	35
Neonatologia/ saúde materno-infantil	13	22
Intensivismo/paciente crítico	11	16
Gestão de Redes de Saúde/Política de Saúde	4	13
Saúde da mulher	6	10
Cardiovascular	4	7
Atenção em alta complexidade	1	4
Clínica integrada/	3	5

médica/cirúrgica		
Saúde auditiva	1	4
Atenção Hospitalar	2	4
Reabilitação	3	1
Síndrome e anomalias cranio-faciais	1	3
Assistência em transplante	1	3
Cardiopulmonar	2	3
Cuidados Paliativos	2	2
Ênfase na primeira infância no contexto do zika virus	1	2
Saúde do Trabalhador	1	2
Infectologia	1	2
Dermatologia sanitária	1	1
Hematologia/Hemoterapia	1	2
Neurologia e neurocirurgia	2	2
Saúde da Família- ênfase no campo	1	2
Pessoa com deficiência	1	2
Atenção em saúde renal	1	1
Controle de infecção hospitalar	1	1
Não especificado	1	1
TOTAL		496 vagas

Fonte: Pesquisa “Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: mapeamento teórico e político-pedagógico” - GEPEFSS- FSS/UFJF

Uma das hipóteses para a área de saúde mental ser a que mais ofertou número de vagas pode ser o fato dessa área, após a mudança do paradigma biomédico para o paradigma psicossocial²³, ter consolidado variados dispositivos

²³ O modelo biomédico tem como particularidades a intervenção centrada na doença do indivíduo, sendo os problemas (doenças) vistos como questões biológicas e apontado como solução eficaz o tratamento medicamentoso; há um isolamento do meio familiar e social, não havendo participação do próprio usuário e da família no processo de tratamento; mesmo quando existem recursos multiprofissionais, não ultrapassam a fragmentação das tarefas e do cuidado dos sujeitos; há uma prevalência e supervalorização do saber médico e o hospital psiquiátrico é apontado como o local típico para serem realizados os tratamentos (COSTA-ROSA, 2000).

Já “a atenção psicossocial impele a uma abordagem mais ampla, incorporando a influência dos aspectos macrossociais, considerando os fenômenos sociais e os fatores psicossociais que

institucionais que abrangem uma grande parte da rede de atenção à saúde e que preza pelo trabalho multi/interprofissional. A partir disso, o trabalho do assistente social se coloca como muito importante nesses espaços e nas equipes de saúde, pois tem algumas práticas diferenciadas, intervindo quando

1) há uma potencialidade de ruptura do tratamento psiquiátrico por motivos sociais ou contextuais; 2) há uma potencialidade de ruptura em relação ao convívio social do portador de transtornos mentais que prejudique seu prognóstico; 3) há uma perda dos direitos básicos dos usuários (BISNETO, 2007, p. 127).

Dessa maneira, ainda de acordo com o autor, o profissional visa possibilitar a reabilitação psicossocial, a ressocialização, melhores condições de reintegração social e/ou melhores condições de vida ao usuário.

A segunda e terceira área que mais ofertaram vagas para o serviço social podem ter como justificativas, terem sido a atenção básica/ saúde da família e comunidade e saúde coletiva, o fato da primeira ser caracterizada

(...) por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b, p.3).

Ou seja, a atenção básica possibilita a promoção e prevenção do cuidado e da saúde, o tratamento de doenças evitando possíveis agravamentos e internações, tendo como estratégia principal, para que sua organização seja baseada nos princípios do SUS, a Saúde da Família. Esta tem na família seu objeto principal de atenção e “visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os

determinam o sofrimento psíquico” (PATRIOTA, 2010, p.56). Para além disso, vêem o indivíduo como principal participante no processo de tratamento, considerando como importantes também para esse processo os vínculos familiares e sociais; é enfatizada a reinserção social do indivíduo e o trabalho interprofissional, de modo que há uma tentativa de superação do modelo de intervenção baseado no modelo médico; podem ser apontados como dispositivos institucionais o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os ambulatorios de saúde mental, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), o Hospital-Dia, os Setores para Tratamento em Saúde Mental inseridas em hospitais gerais e as equipes multiprofissionais de saúde mental inseridas em Centros de Saúde (COSTA-ROSA, 2000).

preceitos do Sistema Único de Saúde”, além de ser caracterizada “como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados” (BRASIL, 2006b, p.9; BRASÍLIA, 1997, p. 8). Esse dado é importante, pois corrobora com o que foi sinalizado mais acima por Closs (2010) sobre a importância da atenção básica.

Devido a todas essas características e pela atenção básica ser a porta de entrada do sistema de saúde, esse fato pode ser uma justificativa para que sejam ofertadas um maior número de vagas para a atenção básica do que para outras áreas de concentração que normalmente tem como campo de atuação os hospitais (atenção terciária/ de alta complexidade), apesar da pesquisa da ABEPSS apontar que os hospitais universitários são responsáveis por grande parte dos cenários de prática.

2.3.2. Residência Multiprofissional e a perspectiva de tutores e preceptores acerca do funcionamento, organização, desafios e potencialidades dos programas de residência.

No que tange a semana padrão dos residentes, foi perguntado aos tutores e preceptores no questionário online sobre o cumprimento da carga horária de 60 horas semanais. 21,7% dos respondentes afirmaram que não são cumpridas a carga horária de 60h/semanais ou não souberam responder. Uma das dificuldades que justifica esse não cumprimento da carga horária é o fato de muitas vezes os assistentes sociais preceptores não desenvolverem a atividade de plantão. Isso gera uma alocação dos residentes para outros locais da rede de serviços que podem não estar sintonizados com a proposta de formação da residência (COSTA, 2016). Os respectivos dados da pesquisa podem ser observados no gráfico que se segue.

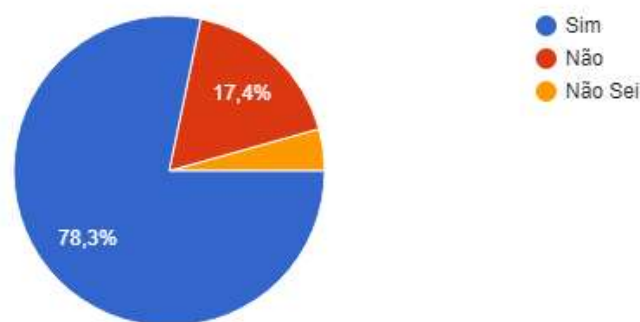
Acrescido a isso, vale salientar a importância de serem realizadas críticas com relação à extensa carga horária das residências e principalmente o impacto que gera

na formação e na saúde dos residentes. Essa análise será realizada posteriormente no gráfico 05.

Gráfico 01 – Cumprimento carga horária 60 horas

Em relação à semana padrão dos residentes, é cumprida a carga horária de 60 horas semanais?

115 respostas



Fonte: Pesquisa “Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: mapeamento teórico e político-pedagógico” - GEPEFSS- FSS/UFJF

No que diz respeito à formação dos residentes, é necessário salientar a importância de existirem momentos para atividades teóricas e momentos para atividades teórico-práticas. Pelo fato dos residentes serem considerados profissionais em formação,

Há uma inserção diferenciada e a 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 reverbere na transformação de modelos e modos de operar em saúde (RODRIGUES, 2016, p.79-80).

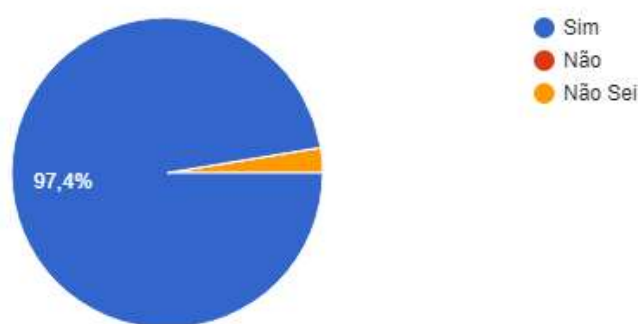
Apesar do gráfico seguinte apontar que há carga horária para atividades teóricas e teórico-práticas, em uma pesquisa realizada por Closs (2010), obteve-se o dado de que há uma sobrecarga de atividades assistenciais quando comparada a carga horária destinada às atividades teóricas. Isso gera prejuízos ao processo

formativo dos residentes, interferindo no processo de reflexão e na capacidade de articulação teoria/prática dos mesmos.

Gráfico 02 – Realização de atividades teórico e teórico-práticas

Quanto à semana padrão dos residentes, há carga horária para atividades teóricas e teórico-práticas?

115 respostas



Fonte: Pesquisa “Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: mapeamento teórico e político-pedagógico” - GEPEFSS- FSS/UFJF

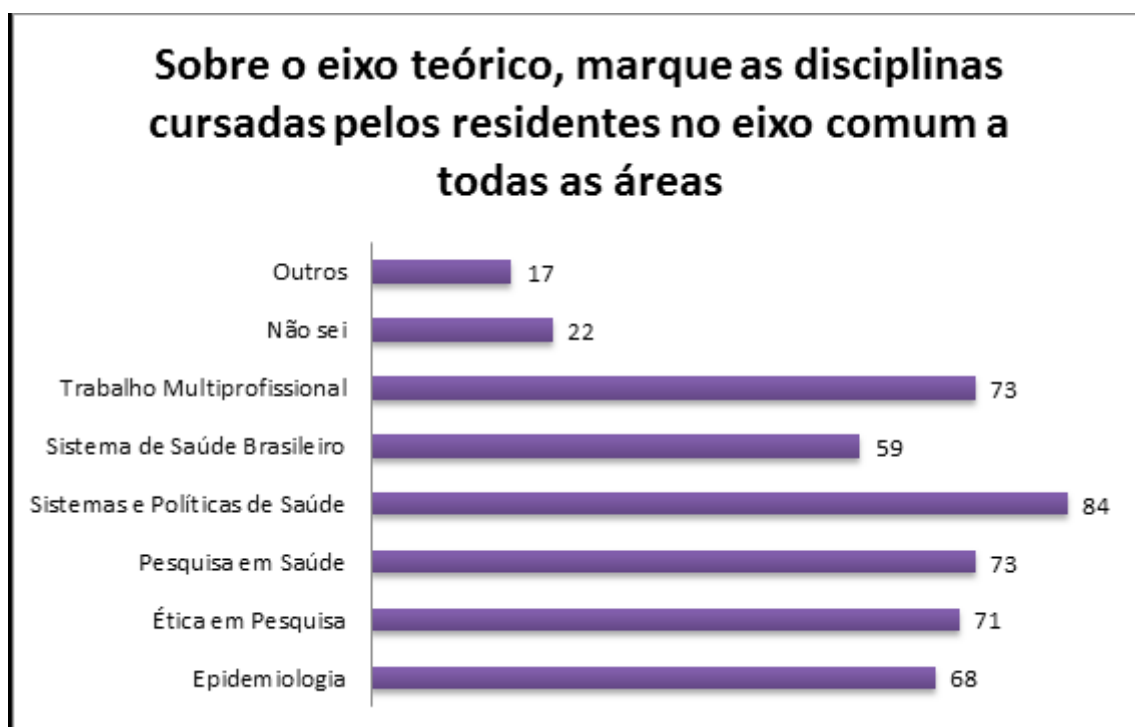
No que concerne ao eixo teórico comum a todas as áreas profissionais, apesar dos residentes de serviço social expressarem dificuldades e inseguranças em disciplinas desse eixo teórico comum e que não fazem parte da grade de disciplinas e matérias do curso de Serviço Social, a garantia das atividades que perpassam a transversalidade teórica que abarca todas as profissões e os seminários teórico-práticos são espaços essenciais que possibilitam a interlocução, a integração e momentos de debates entre as variadas profissões (VALE, 2012).

As disciplinas apresentadas no gráfico a seguir englobam temáticas que são importantes para a defesa das Residências enquanto espaços que propiciam a formação de profissionais qualificados para o SUS, sendo disciplinas que permitem o debate e a compreensão acerca dos princípios e diretrizes do SUS, dos diferentes projetos de saúde pública, da ética, da epidemiologia, da importância do desenvolvimento de pesquisas e da importância do trabalho multi/ interprofissional.

Como indicado por Silva e Patrocínio (2016, p.4), em uma conjuntura de constantes ataques ao SUS de qualidade e universal e às variadas maneiras de resistir a essa conjuntura, faz-se importante “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”.

Segue o gráfico com as respectivas disciplinas do eixo teórico comum a todas as áreas:

Gráfico 03 – Eixo teórico comum as áreas



Fonte: Pesquisa “Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: mapeamento teórico e político-pedagógico” - GEPEFSS- FSS/UFJF

Ao mesmo tempo em que são necessários espaços de discussão do eixo comum de todas as áreas, também é necessário que os espaços de discussão do eixo específico se constituam enquanto lugares privilegiados

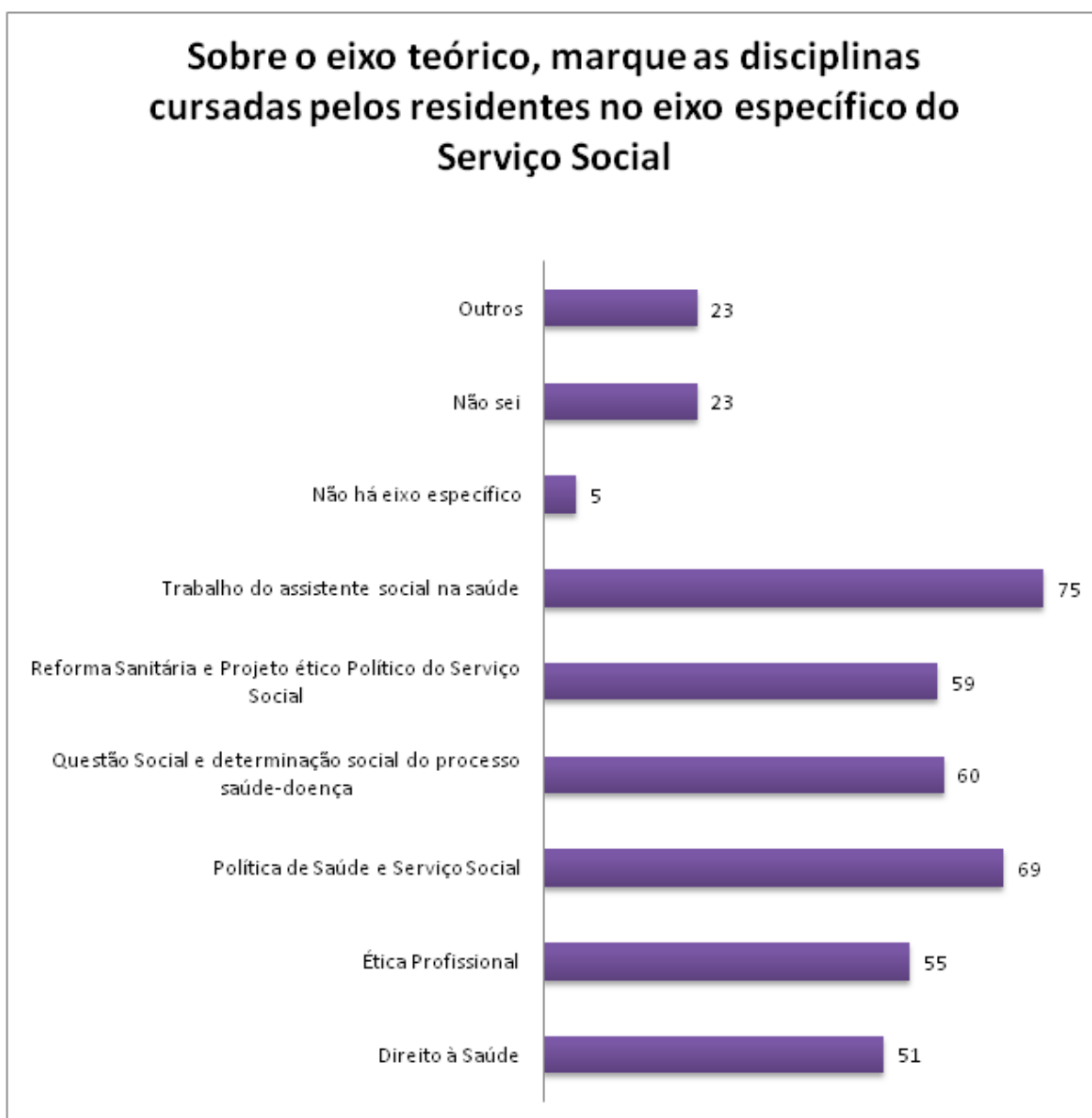
(...) de reflexão crítica sobre o exercício profissional (...). A problematização coletiva das vivências pode desencadear processos de aprendizagem significativa e de transformação de práticas conservadoras, superando-as para buscar atender ao projeto ético-político profissional (VARGAS, 2011, p.19-20)

As disciplinas apresentadas no gráfico a seguir, são disciplinas que permitem e dão suporte teórico a esse processo de reflexão acerca da prática profissional do assistente social na área da saúde. Além disso, são trabalhadas temáticas que possibilitam a compreensão e o debate acerca da política de saúde, da reforma sanitária atrelada ao projeto ético-político do serviço social, a construção histórica da sociedade e a influência dos determinantes sociais no processo de saúde-doença dos indivíduos, a ética profissional e a necessária defesa do direito de acesso a saúde.

Disciplinas como essas são necessárias para que os profissionais possam compreender, debater e refletir acerca dos impactos do contexto social na atuação profissional e como esse contexto repercute no trabalho do assistente social “com prevalência da rotina burocrática e imediatista, do atendimento individual e fragmentado para suprir os interesses institucionais, comprometendo o trato crítico e qualificado às demandas sociais e profissionais da contemporaneidade” (NEVES et al, 2017, p.230).

Podemos ver no gráfico a seguir algumas das disciplinas ofertadas pelo eixo específico do Serviço Social:

Gráfico 04 – Disciplinas eixo específico Serviço Social



Fonte: Pesquisa “Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: mapeamento teórico e político-pedagógico” - GEPEFSS- FSS/UFJF

A pesquisa, em seu levantamento bibliográfico, identificou 71 publicações no Brasil, do ano de 2010 a 2018, que correspondiam com a temática trabalhada pela pesquisa, o que já pode ser considerado um avanço com relação ao período de tempo anterior. Apesar desse avanço na produção teórica acerca da temática sobre residências, a pesquisa ainda aponta o limitado número de publicações com relação aos temas Residências e Serviço Social. Nas produções teóricas são ressaltadas

(...) a relação trabalho e formação, o trabalho multiprofissional e os desafios de efetivação das cargas teóricas e práticas das Residências pautadas nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS e no projeto ético político da profissão; além da efetiva crítica aos ataques à política de saúde e educação (ABEPSS, 2018, p.4).

Entretanto, a possibilidade de intervenção do assistente social nas residências é afetada pela conjuntura devido ao sucateamento dos serviços e das instituições de saúde. Este ataque à Política de Saúde gera consequências no fornecimento e na qualidade dos serviços, além de gerar consequências também nas condições de trabalho, na contratação de profissionais, nos recursos humanos necessários para a oferta e funcionamento dos serviços, afetando dessa maneira a formação profissional (CASTRO, 2013b).

Essas informações podem ser comprovadas com o seguinte gráfico que contém as respectivas respostas dos tutores e preceptores dos programas de residência que participaram da pesquisa promovida pela ABEPSS em 2018, sendo apontados como os principais elementos dificultadores do desenvolvimento dos programas de RMS as condições de trabalho, as visões distorcidas sobre o papel dos residentes nos serviços de saúde, as 60 horas de carga horária para os residentes e a privatização da saúde:

Gráfico 05 – Dificultadores para o desenvolvimento do programa



Fonte: Pesquisa “Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: mapeamento teórico e político-pedagógico” - GEPEFSS- FSS/UFJF

De acordo com Silva (2018, p.207), a residência apresenta-se como um espaço contraditório, em que

É a característica central da RMS – ser ensino em serviço – que a torna, de um lado, uma possibilidade de formação interdisciplinar conectada com o cotidiano concreto das necessidades de saúde e, de outro, tão vulnerável à sua apreensão como trabalho precário.

Essa possibilidade de apreensão da RMS como trabalho precário tem como possíveis justificativas as condições objetivas e conjunturais que são impostas aos programas e que interferem na sua efetivação, como o avanço constante do projeto neoliberal de sociedade que impõem ao âmbito do trabalho precárias condições ao exercício profissional, desde a falta de estrutura física que dificulta a concretização de suas ações até os contratos de trabalho precários. Acrescido a isso, a privatização da saúde faz parte do projeto privatista ou voltado para o mercado, que por sua vez se insere também na lógica do projeto neoliberal.

Além disso, a legislação da residência também apresenta contradições, pois

(...) de um lado, afirma uma formação com foco na integralidade e interdisciplinaridade e, de outro, cria as condições práticas para a precarização e exploração intensa da força de trabalho do residente que atuará por dois anos com uma carga horária semanal de 60h (SILVA, 2018, p.207).

Esta elevada carga horária é contrária a uma formação política, pedagógica, crítica e criativa (SILVA, 2016). Como aponta Closs (2010), a partir de dados de uma pesquisa realizada, essa tem como consequências o excesso de práticas assistenciais se comparadas a carga horária teórica, gerando desta forma danos ao processo de reflexão e a articulação entre teoria e prática. Também assinala que há impactos na prestação de serviços para a população. A partir disso, o

(...) acúmulo de responsabilidades, o excesso de atividades, bem como a carga horária instituída, ou seja, de 60 horas semanais, podem estar potencializando este processo de adoecer. Assim como outros aspectos contraditórios existentes nessa política de formação, possivelmente a carga horária seja a mais gritante (OLIVEIRA, 2017, p.127).

Uma questão que se desdobra a partir da problemática apresentada anteriormente, é sobre o papel dos residentes nos serviços de saúde. Devido ao processo formativo dos residentes ocorrer no âmbito do trabalho, algumas pessoas

consideram que os residentes devem suprir a falta de profissionais nos serviços e assumir a responsabilidade de resposta às demandas desses serviços. Entretanto, os residentes devem ser encarados como profissionais em formação e não como trabalhadores (SILVA, 2016; RODRIGUES, 2016). Assim,

Pela natureza das Residências Multiprofissionais em Área de Saúde – formação em serviços – há uma inserção diferenciada e dúbia dos residentes nos serviços. Não são estudantes, mas estão em processo de formação e devem estar amparados pelas instituições formadoras em todo o percurso formativo, com destaque para a mediação ensino–serviços, a perspectiva teórica e ético-política presente nos projetos político-pedagógicos dos Programas, a necessária supervisão e articulação das atividades e, fundamentalmente, os vínculos com os preceptores, sujeitos dos serviços que acompanham o cotidiano dos residentes (RODRIGUES, 2016, p.80).

Para além da questão dos residentes, é necessário debater a falta de reconhecimento dos preceptores e tutores. No que diz respeito aos tutores, não é reconhecida pelas instituições de ensino a carga horária destinada à tutoria, ocasionando um aumento das atribuições e uma sobrecarga ao trabalhador docente (SCHMALLER et al, 2012). Já com relação ao preceptor, em decorrência da instabilidade do trabalho e da elevada quantidade de demandas postas pelo mesmo, há uma dificuldade de profissionais assumirem a preceptoria (BASÍLIO et al, 2016). Como consequência, há espaços onde faltam profissionais que assumam a tutoria e preceptoria dos programas.

Ainda de acordo com a pesquisa da ABEPSS (2018), as principais dificuldades encontradas pelos assistentes sociais tutores e preceptores com relação ao exercício do trabalho profissional são a sobrecarga de trabalho, a hierarquia das profissões e as diferentes concepções de trabalho em equipe, como podem ser vistos no seguinte gráfico:

Gráfico 06 – Dificuldades para o trabalho profissional do assistente social



Fonte: Pesquisa “Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: mapeamento teórico e político-pedagógico” - GEPEFSS- FSS/UFJF

A partir desses dados é possível inferir que além da privatização e do avanço do projeto neoliberal, alguns entraves para a concretização da proposta da residência são também a prevalência nos serviços de saúde do saber e da soberania médica, a falta de estrutura física, a não realização e a não compreensão em algumas instituições do trabalho multiprofissional/ interprofissional e o fazer profissional de algumas profissões que constituem a residência. Essas questões não aparecem apenas na pesquisa realizada com os tutores e preceptores, mas também na pesquisa bibliográfica, sendo destacadas nos artigos como dificuldades enfrentadas pelos assistentes sociais nas residências as

(...) dificuldades na liberação das atividades da assistência para a realização das atividades de ensino; o desenvolvimento de ações que propiciem a superação da hegemonia das práticas assistenciais; o exercício permanente do diálogo entre coordenadores, docentes, tutores e preceptores das áreas específicas, que se encontram no campo operacional, com as demais categorias no processo de organização das práticas integradas e dos conteúdos teóricos dos eixos transversais; a não integração da residência médica ao programa multiprofissional; e a garantia do saber específico na direção de um saber compartilhado, não renunciando às especificidades do conhecimento do Serviço Social no programa de ensino multiprofissional. Além disso, os artigos pontuam a precarização dos serviços e das políticas sociais como elementos que impactam diretamente na residência (ABEPSS, 2018, p.83).

Nos campos de prática profissional são detectadas precárias condições de trabalho - “falta de salas de atendimento, insuficientes recursos e instrumentos de trabalho-, como também dificuldades de aceitação dos funcionários em relação ao papel dos residentes” (ANDRADE, 2015, p.90). Dessa maneira, como aponta Rolim (2015, p.105), é possível perceber a complexidade de diálogo que há entre os profissionais e a “(...) a ausência de estrutura física que permita a organização de momentos para discussão, planejamento e produção teórica (...)”.

Apesar da dificuldade de estrutura física para esses momentos, é necessário que a articulação entre pesquisa, teoria e prática seja firmada e resguardada entre os assistentes sociais tutores, preceptores e residentes com vistas a fortalecer a RMS enquanto estratégia de formação dos trabalhadores na área da saúde (ANDRADE; SANTOS, 2016).

No que diz respeito ao trabalho em equipe, ao trabalho interprofissional e ao saber profissional, vale sinalizar que

(...) a ênfase dada ao trabalho em equipe justifica-se pelo fato de as RMS constituírem-se estratégias de mudanças nas práticas em saúde, visando à superação do modelo biomédico. Dessa forma, busca-se que o trabalho interdisciplinar fomente a discussão de casos, a troca de informações e de conhecimentos, o desenvolvimento de competências compartilhadas e a articulação de ações entre os profissionais para garantir assistência e cuidado integral às necessidades de saúde dos usuários, rompendo com a fragmentação e individualização das práticas de saúde. Compreende-se também que o trabalho em equipe requer a dissolução das disputas de poder e dos conflitos, no sentido de respeitar a autonomia de cada profissão e de reconhecer as contribuições que cada uma pode ofertar (COSTA, 2016, p.177).

Além da histórica prática fragmentada do trabalho na área da saúde e da falta de interlocução entre a Residência Multiprofissional e a Residência Médica, podem ser também apontados como elementos que dificultam a compreensão do trabalho interprofissional e multiprofissional as

(...) diferenças na compreensão acerca do que é a Residência, do papel dos residentes nos serviços e dos pressupostos da formação em saúde; resistência dos defensores do modelo médico hegemônico em realizar atividades multiprofissionais; e dificuldades de articular o campo específico com o comum, sem que haja a supremacia de uma profissão sobre a outra (CASTRO, 2013, p.164).

A sobrecarga de trabalho apontada no gráfico não foi aqui mencionada por já ter sido debatida na análise do gráfico anterior a este aqui analisado.

Apesar das variadas problemáticas apontadas anteriormente, 99,1% dos respondentes da pesquisa online consideram que a residência contribui para a formação dos residentes, sendo os dados apresentados no gráfico a seguir:

Gráfico 07 – Contribuição dos Programas para formação dos residentes

Você considera que o Programa contribui para a formação dos residentes?

113 respostas



Fonte: Pesquisa “Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: mapeamento teórico e político-pedagógico” - GEPEFSS- FSS/UFJF

Precisamos levar em consideração as ponderações de Silva (2018) que afirma que a Residência

Enquanto proposta de formação – não como trabalho precário – a RMS, em tese, tem no seu horizonte a construção de práticas interdisciplinares capazes de se interpor a lógica da fragmentação dos saberes e dos fazeres tão característica à política e ao trabalho em saúde. Contudo, essa possibilidade tão rica e tão condizente com a proposta do SUS seminal exige condições para a sua realização, caso contrário torna-se uma potência de formação em termos estritamente retóricos (SILVA, 2018, p.206-207).

A autora ainda acrescenta, entretanto, que

Apreender a RMS enquanto processo histórico e não como afirmação retórica de sua potência enquanto formação é o que possibilita uma reconexão com os princípios basilares do SUS. Ou seja, para buscar a construção de uma RMS que esteja vinculada a uma proposta de formação em serviço no SUS e não a uma lógica de trabalho precário premiado com um título de especialista, é necessária a leitura crítica da conjuntura em que se insere, assim como a análise de adequação entre a proposta de formação e as condições para a efetivação dessa formação que acontece via trabalho em saúde. Condições essas que se apresentam na legislação que

regulamenta esta modalidade de formação, bem como nos conteúdos curriculares e nas metodologias de ensino utilizadas. É urgente analisarmos a RMS não apenas por sua proposta inicial, mas também pelas condições contraditórias de sua realização ao longo desses anos de implementação (SILVA, 2018, p.207).

A partir disso, como potencialidades dos programas para a formação na saúde, são apontados o desenvolvimento das competências para o trabalho multi/interprofissional, a capacitação técnica dos profissionais da rede de assistência à saúde, o diálogo entre as profissões da saúde e o fortalecimento da política pública de saúde. Segue o gráfico com os respectivos dados:

Gráfico 08 – Potencialidades do programa para a formação em saúde

Potencialidades do Programa para a formação na saúde



Fonte:

Pesquisa “Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: mapeamento teórico e político-pedagógico” - GEPEFSS- FSS/UFJF

Esses elementos que foram apresentados como potencialidades demonstram a importância e necessária articulação das instituições de saúde e instituições de ensino como forma de possibilitar a concretização dessas potencialidades, além da necessária articulação dos movimentos sociais em defesa do SUS e da Reforma Sanitária como uma forma de fortalecimento da política pública de saúde em um momento de avanço cada vez maior da lógica privatista.

Rodrigues (2016, p.76) sinaliza que o que

potencializa os Programas (...) é a possibilidade do trabalho conjunto, a construção de ações “costuradas” por diferentes áreas profissionais, sendo que o que as une, neste caso, é a defesa de uma determinada política, qual seja, a pública, voltada à defesa do SUS e da saúde como direito.

Vale destacar a concepção defendida por Closs(2010) acerca da Residência:

Constitui-se numa formação pós-graduada, lato sensu, desenvolvida em serviços do SUS, sob supervisão técnico-profissional. É orientada para a apreensão e atendimento ampliado às necessidades de saúde da população, para qualificação do cuidado em saúde frente aos processos saúde-doença em suas dimensões individuais e coletivas. Ocorre através da integração do eixos ensino-serviço-comunidade (gestão), do trabalho em equipe interdisciplinar e da permanente inter-relação entre os núcleos de saberes e práticas, bem como com o campo da Saúde Coletiva. Constitui-se numa estratégia potencializadora da reorientação do modelo assistencial, diretamente relacionada com a Formação Profissional em Saúde e a Educação Permanente em Saúde (CLOSS, 2010, p.125, 126).

A partir de e acrescido ao que foi exposto, faz-se necessário que o assistente social baseie e paute suas ações “nos princípios de seu projeto profissional, como a democracia, participação, defesa dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, indicando uma perspectiva de atuação comprometida com os usuários do SUS e suas necessidades” (ABEPSS, 2018, p.13). Dessa maneira, torna-se possível uma atuação profissional que tenha como norte e que cumpra com os princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Sanitária e que tenha maiores possibilidades de enfrentamento dos impasses e dos desafios impostos pela conjuntura de desmonte das políticas públicas e de privatização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dos dados analisados e tendo como base a fundamentação teórica, foi possível atingir os objetivos do TCC de compreender e analisar a importância do projeto de Reforma Sanitária e de constituição do SUS para a construção de um novo modelo de saúde e para a formação de profissionais nessa área, sendo a Residência um dos importantes espaços que visam essa formação. Aqui, tratamos mais especificamente da formação de assistentes sociais nas Residências. Além disso, foi possível analisar e refletir também acerca dos impasses impostos pela conjuntura que dificultam sua efetivação enquanto um espaço de formação que alia o ensino e o serviço e quais são as suas potencialidades.

A demanda por uma formação qualificada para a atuação de profissionais na área da saúde surgiu a partir do movimento sanitário e da construção do SUS, os quais começaram a gerar uma ruptura com o modelo conservador de saúde. Essa ruptura “exigia que a formação dos profissionais da saúde rompesse com o modelo biomédico e se pautasse em uma perspectiva de atenção integral, com construção de vínculos e do trabalho em equipe” (ABEPSS, 2018, p.92).

Como assinalado pelo CFESS - Conselho Federal de Serviço Social – (2017, p.20), “a qualificação profissional e a formação de profissionais comprometidos com uma política de saúde pública, universal, estatal e de qualidade é fundamental e as residências podem se constituir como uma estratégia importante”.

Entretanto, ainda de acordo com o CFESS (2017) e com o presente TCC, podemos afirmar que com o crescente avanço do projeto neoliberal, a área da saúde está sofrendo cada vez mais com a privatização dos serviços, a falta de financiamento, o reduzido número de trabalhadores e as precárias formas de contratação e condições de trabalho, tendo consequências negativas na oferta e prestação dos serviços, na formação dos profissionais para a saúde e nos variados âmbitos do trabalho. Desta forma, há uma consolidação do projeto privatista.

Faz-se assim, mais do que necessário reafirmar o projeto de Reforma Sanitária e fortalecer os sujeitos que o reivindicam, seja nas instâncias de referência da categoria [...] como nos movimentos mais amplos: os fóruns populares de saúde, os comitês contra a privatização e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (CFESS, 2017, p.20).

Essa conjuntura de contrarreformas no âmbito da educação e da saúde gera inúmeros desafios e elementos dificultadores para a concretização da Residência enquanto espaço de formação e capacitação dos profissionais para o SUS. Além disso, gera inúmeros impasses para a efetivação do trabalho profissional dos assistentes sociais, como foi apresentado pela análise dos gráficos e tabelas no capítulo 2.

No que diz respeito à relação entre serviço social e residência e como uma possível forma de se contrapor a esses ataques, se faz importante para essa modalidade de ensino, como apontado no presente trabalho e pela seguinte citação,

(...) a necessária defesa de um projeto de formação e trabalho profissional, articulado aos valores expressos no Projeto Ético-Político do Serviço Social e na Reforma Sanitária; buscando formar profissionais capacitados para trabalhar as determinações sociais do processo saúde-doença, de forma comprometida com o aprofundamento de direitos (ABEPSS, 2018, p.12).

Apesar dos inúmeros impasses postos à concretização da Residência, pode-se concluir a partir do trabalho apresentado, que esta se constitui enquanto um importante espaço para a qualificação dos trabalhadores para o SUS. De acordo com Ceccim (et al, 2018, p.245)

A Residência tem potência suficiente para instrumentalizar as práticas profissionais nos serviços de saúde e formar profissionais atentos a esse caráter mais amplo e holístico do ser humano. A Residência, com sua formação coletiva de trabalho, acredita na constituição do sujeito como profissional, a partir de suas vivências e desejos, e traz possibilidades fabulosas para o crescimento profissional e pessoal de quem passa por tal processo de formação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEPSS. *Mapeamento das Residências em Área Profissional e Serviço Social. Juiz de Fora, 2018.* Disponível em: <<http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/relatorio-abepss-residencia-201812031150396627330.pdf>> . Acesso de 23 de junho de 2019.

ANDRADE, K. R. *A formação profissional do assistente social na residência multiprofissional em saúde do HU/UFS.* Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Social Social/Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, 2015.

ANDRADE, T. M; SANTOS, H. M. *Formação profissional, Serviço Social e Residência multiprofissional: análise do projeto pedagógico.* Anais. XV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Ribeirão Preto/SP, 2016. CD- ROM.

BASILIO, D. S et al. *O Serviço Social na Residência multiprofissional em saúde um relato de experiência a partir da Residência integrada multiprofissional em saúde – UFTM.* Anais. XV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Ribeirão Preto/SP, 2016. CD- ROM.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil.* Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em 30 de maio de 2019.

_____. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União, 6 de set. de 1977.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em 21 de maio de 2019.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> Acesso em 26 de outubro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. *Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93.* Dicionário Oficial da União, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS nº 1 de 1996. Dicionário Oficial da União, 1996.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição*. Brasília: Ministério da Educação, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>> . Acesso em 19 de maio de 2019.

_____. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 jul. 2005a. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11129-30-junho-2005-537682-norma-atualizada-pl.html>>. Acesso em: 22 de abril de 2019.

_____. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3. ed., rev. e atual.– Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. 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, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 28 de mar. 2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf> . Acesso em 17 de novembro de 2019.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jan. 2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15431-port-inter-n45-12jan-2007&Itemid=30192>. Acesso em 24 de abril de 2019.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 506, de 24 de abril de 2008. Altera o art. 1º da Portaria Interministerial nº 45/MEC/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União, n. 79, Brasília, DF, 25 abr. 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_506_08.pdf>. Acesso em 24 de abril de 2019.

_____. Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES). O que é. S.d. Disponível em: <<http://www.cdes.gov.br/Plone/o-conselho/o-que-e>> . Acesso em 26 de junho de 2019.

_____. Agência Fiocruz de notícias: Saúde e ciência para todos. Conceito ampliado de saúde pode ajudar a saber se uma população é saudável. 2011. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/conceito-ampliado-de-saude-pode-ajudar-a-saber-se-uma-populacao-e-saudavel>> . Acesso em 08 de dezembro de 2019.

_____. Secretaria de Educação Superior. Resolução Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde Nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União, 16 abril 2012. Poder Executivo, Brasília, DF; Seção I, p.24-25.

BEHRING, E. R. Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, M. I. S. *Política de Saúde no Brasil. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Editora Cortez, 2009a. Disponível em: < www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf> Acesso em 01 de junho de 2019.

_____. *Política de Saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal*. Texto apresentado no XIX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. El Trabajo Social en la coyuntura latinoamericana: desafíos para su formación, articulación y acción profesional. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador. 4-8 de octubre 2009b.

_____; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. 1.ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. 76 p.

_____; et al. *As contrarreformas na política de saúde do governo Temer*. Argum., Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018. Disponível em: < <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/viewFile/19139/13218>> . Acesso em 14 de junho de 2019.

CASTRO, M. M. C. *Formação em saúde e serviço social: as Residências em questão*. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 12, n. 2, p. 349 - 360, jul./dez. 2013a. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/14429/10745>> Acesso em 24 de abril de 2019.

_____. *O Serviço Social nos Programas de Residência em Saúde: resultados iniciais do mapeamento da ABEPSS*. Revista Temporalis. nº. 26, p. 153171, jul./dez. 2013b.

CASSEPP, A. A. *Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público: similaridades e distinções*. Conteúdo Jurídico, 2013. Disponível em: <<https://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/37392/organizacoes->

sociais-e-organizacoes-da-sociedade-civil-de-interesse-publico-similaridades-e-distincoes> . Acesso em 08 de dezembro de 2019.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 137-170. Disponível em: <<http://professor-ruas.yolasite.com/resources/Tratado%20de%20Saude%20Coletiva.pdf>>. Acesso em 24 de abril de 2019.

CECCIM, R. B. *Educação Permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário*. Rev. Interface, v.9, n.16, p.161-177, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>> . Acesso em 01 de junho de 2019.

_____; FEUERWERKER, L.C.M. *Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n. 5, p.1400-1410, set-out, 2004a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf>>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

_____; FEUERWERKER, L. C. M. *O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social*. Physis vol. 14 no.1. Rio de Janeiro, 2004b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em 08 de abril de 2019.

_____; KREUTZ, J. A.; MAYER JR, M. Das Residências Integradas às Residências Multiprofissionais em Saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente Educação. In: PINHEIRO; Roseni; SILVA JÚNIOR, Aluisio Gomes da (Org.). *Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2011. p. 257-292. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/PauloMarostica/das-residncias-integradas-s-residncias-multiprofissionais-em-sade-vasculhando-fios-embaraados-entre-2005-e-2010-para-destacar-o-componente-educacao>> . Acesso em 01 de abril de 2019.

_____; et al. *Ensiqlopédia das residências em saúde*. Porto Alegre: Rede Unida, 2018.

CFESS. *Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para a reflexão*. Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2017.

CHIORO, A.; SCAFF, A. *A implantação do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3_ChioroA.pdf> . Acesso em 07 de abril de 2019. Acesso em 07 de abril de 2019.

CLOSS, T. T. *O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde na Atenção Básica: formação para a integralidade?* Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós- Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: 2010.

COSTA, V. A. *A formação profissional dos assistentes sociais na saúde e sua articulação com o projeto ético-político pedagógico do Serviço Social: um debate*

necessário. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Social Social/Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2016.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P., org. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, pp. 141-168. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/htgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>> . Acesso em 17 de novembro de 2019.

ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>> . Acesso em 01 de junho de 2019.

ESCOREL, S., et al. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FELIPE, J. M. P. *“DIREITO CONQUISTADO NÃO SE VENDE, SE DEFENDE”: os desafios da política de saúde e as particularidades do trabalho de Assistentes Sociais no Hospital Universitário Onofre Lopes*. Natal/ RN, 2016. Disponível em: <https://monografias.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/4616/1/JoanaMPF_Monografia.pdf> . Acesso em 02 de junho de 2019

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de S. (org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 31 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

GONZE, G. G.; SILVA, G. A. *A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores*. Dez.2009/mai.2010. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/physis/2011.v21n1/129-146/>>. Acesso em 18 de maio de 2019.

MATTOS, R. A. de. Integralidade, Trabalho, Saúde e Formação Profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, A. G. Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. *Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: Reflexões Críticas sobre a Prática Profissional*. São Paulo: Papel Social, 2013.

MENEZES, J. S. B. Os Governos do Partido dos Trabalhadores e as Políticas Sociais: “Nada de novo no front”. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. *A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização*. 1. ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. 98 p.

MINAYO, M. C. de S. O desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M. C. de S. (org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 31 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MOTA, A. E. S. *Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*. São Paulo: Cortez, 1995.

MOURÃO, A. M. A. et al. A formação dos trabalhadores sociais no contexto neoliberal. O projeto das residências em saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora [online]. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 2. ed. São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-8.pdf> . Acesso em 03 de junho de 2019.

NETTO, J. P. *Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64*. 17 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

NEVES, D. C; FAVARO, T. C; GOLÇALVES, C. A. *Pós-graduação e Residência Multiprofissional em Saúde HC-UFG: a produção do Serviço Social*. Revista Katálisis. v. 20, n. 02, p. 225-233, 2017.

OLIVEIRA, V. D. *Projetos político-pedagógicos das residências multiprofissionais em saúde*. Dissertação Mestrado em Serviço Social. ESS/UFRJ. Rio de Janeiro, 2017.

PIERANTONI, C. R.; FRANÇA, T.; VARELLA, T. C. Evolução da oferta de médicos e enfermeiros no Brasil: disponibilidade do sistema educacional para a formação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

PIZZANI, L.; et al. *A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento*. Rev. Dig. Bibl. Ci. Inf., Campinas, v.10, n.1, p.53-66, jul./dez. 2012. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/download/1896/pdf_28/> . Acesso em 16 de novembro de 2019.

RAMOS, A. S.; et al. Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: BRASIL; MS; SGTES. *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 em 01 de junho de 2019.

RODRIGUES, T. F. *Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho?* Serviço Social & Saúde. v.15, n. 1 (21), p. 71-82, jan./jun. 2016.

ROLIM, G. N. *A residência multiprofissional em saúde como espaço formativo e interdisciplinar: a experiência do serviço social em um hospital universitário público*. Dissertação (Mestrado). Mestrado Profissional de Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior - POLEDUC/Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2015.

SCHMALLER, V. P. V et al. *Trabalho em saúde, formação profissional e inserção do Serviço Social na residência multiprofissional em saúde da família*. Revista Textos e Contextos. v. 11, n. 02, p. 346 – 361, 2012.

SILVA, L. B. *Trabalho em saúde e residência multiprofissional: problematizações marxistas*. Tese (Doutorado em Serviço Social). ESS/UERJ, 2016.

SILVA, L. B. *Residência multiprofissional em saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica*. Revista Katálisis. Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan./abr. 2018.

SILVA, L. C.; BROTO, M. E. *Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: dilemas na formação e trabalho profissional*. EM PAUTA, Rio de Janeiro _ 1o Semestre de 2016 - n. 37, v. 14, p. 126 – 149.

SILVA, M. M.; LIMA, T. C. S. *Serviço Social e Interdisciplinaridade na Atenção Básica à Saúde*. Serviço Social & Saúde, Campinas, SP, v. 11, n. 1 (13), p. 113-132, jan./jun. 2012.

SILVA, L. C.; PATROCÍNIO, S. S. *Perfil e concepções de saúde dos preceptores na Residência em saúde do HESFA/UFRJ*. Anais. V Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Ribeirão Preto/SP, 2016. CD- ROM.

SOARES, L. T. *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. Coleção Questões da Nossa Época; v. 78. São Paulo: Cortez, 2000.

SOUZA, A. I. S., et al. *O trabalho coletivo e as profissões de saúde*. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva. Brasília, v. 5, n. 1, p. 105-121, fev./mar. 2011.

VALE, M. A. *Assistente social e a Residência multiprofissional: espaço de troca de saberes e intervenção na área de saúde de Manaus*. Anais. XIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Juiz de Fora/MG, 2012. CD- ROM.

VARGAS, T. M. *O Serviço Social no programa de residência multiprofissional em saúde: uma estratégia de consolidação do projeto ético-político profissional?* 2011. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2011.

VIEIRA, A. L. S.; AMÂNCIO FILHO, A.; OLIVEIRA, E. S. *Mercado de trabalho em saúde na região sudeste- -brasil: a inserção da equipe de enfermagem*. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, jan./fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100019>. Acesso em 17 de novembro de 2019.

ZIGATO, Jhony Oliveira. *A implantação da empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSERH) no hospital da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF): Dilemas presentes e perspectivas futuras*. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2015/03/jhony.pdf>> Acesso em 28 de abril de 2019.