

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: FORMAÇÃO CONTINUADA OU TRABALHO PRECARIZADO?

MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN HEALTHCARE: CONTINUING EDUCATION OR PRECARIOUS WORK?

por Flávia Vizani Almeida¹

RESUMO

O objetivo deste artigo é problematizar as contradições do processo de formação nos programas de pós graduação em Residência Multiprofissional em Saúde, considerando o crescimento do número de programas a partir do ano de 2010 e o cenário de subfinanciamento e ataque às políticas públicas de educação, saúde e trabalho a partir da década de 1990. O processo investigativo foi realizado a partir de análise documental e pesquisa bibliográfica teórica, dentro da perspectiva crítica. Apreende-se que no atual cenário sociopolítico, o projeto pedagógico da RMS encontra-se em disputa, rompendo o risco de fracassar sua intencionalidade de fortalecimento do SUS, na contrapartida de reforçar o projeto privatista das políticas sociais, a partir da precarização multifacetada com a qual corrobora.

Palavras-chave: Residência multiprofissional. Saúde. Formação. Trabalho.

ABSTRACT

This articles objective is to problematize the contradictions of the process of academic formation of the postgraduate education programs in Multiprofessional Residency in Healthcare (MRS or RMS in portuguese), considering the growth in number of programs starting by the year of 2010 and the underfunding and attacking scenery to the public education, healthcare and work policies that started on the 90's. The investigative process was made based on the document analysis, going through the theoretical bibliographical research, within the critical perspective. It's understood that the current sociopolitical scenery, the MRS's pedagogical project finds itself in dispute, ceasing the risk of failing on its goal of strengthening the Single Healthcare System (SHS or SUS in portuguese) in counterpart of reinforcing the privatist project of the social policies, starting by the multifaceted precarization with witch it corroborates.

KEYWORD: multiprofessional residency; health; formation; work.

1. INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto as contradições do processo de formação nos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (RMS) a partir da construção da sua normativa legal e do seu projeto pedagógico, considerando o crescimento do número de Programas a partir do ano de 2010, principalmente no âmbito dos Hospitais Universitários² - HU, e o cenário de subfinanciamento e ataque às Políticas Públicas de Educação e Saúde, que estão intrinsecamente vinculadas aos HU's.

Ao considerarmos as contradições que envolvem a ampliação dos Programas de RMS enquanto formação voltada para o SUS, em um cenário de desfinanciamento das Políticas Públicas de Saúde e Educação, o avanço da privatização dos serviços – no caso dos HU's, via criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) – e o desenvolvimento da reestruturação produtiva,

¹ Graduada em Serviço Social pela UFRJ, pós-graduada em Residência Integrada Multiprofissional em Saúde pelo Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCCF/UFRJ) (2019), pós-graduanda em Políticas Sociais em Intersetorialidade pelo Instituto Fernandes Figueira da Fiocruz (IFF/FIOCRUZ). Mestranda em serviço social pelo PPGSS-UERJ E-mail: fvizani@gmail.com

² A partir desse ano, o financiamento das bolsas das Residências Multiprofissionais em Saúde passou a ser compartilhado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura, sendo este último responsável pelo pagamento das bolsas das RMS em hospitais universitários federais, tendo havido um aumento de 700% no total de bolsas oferecidas entre 2010 e 2014 (BRASIL, 2014).



com grande flexibilização e ataques diretos aos direitos trabalhistas, evidenciou-se a urgência de reflexão e debate sobre o tema.

Para possibilitar a análise dessa modalidade de pós-graduação em saúde segundo os objetivos propostos, o processo investigativo foi realizado a partir da análise da documentação disponível no Portal do Ministério da Educação e de publicações do Diário Oficial da União sobre Residência Multiprofissional em Saúde, com o intuito de compreender como se desvelou o surgimento, a regulamentação e o crescimento dos Programas de RMS. Dessa forma, foram utilizados: legislações, portarias, decretos, resoluções e documentos oficiais relacionados à residência uni e multiprofissional em saúde.

Para embasamento e sustentação da análise das informações encontradas, foram utilizadas referências bibliográficas teóricas, tendo-se percebido um número ainda escasso de produções sobre a temática. Dispusemos de um conjunto de autores que tratam sob perspectiva crítica o tema e aquilo que o envolve em termos de conjuntura sócio-política, partindo de um referencial teórico-metodológico histórico-dialético para apreensão e análise da bibliografia levantada.

O estudo está dividido em cinco tópicos, além de introdução e considerações finais. No primeiro, há um breve resgate histórico sobre o processo de implementação e regulamentação da RMS no qual situam-se os entes envolvidos no processo, assim como alguns elementos em disputa na sua configuração. No segundo tópico, são elencadas as hipóteses da pesquisa que surgiram a partir da vivência da pesquisadora em um Programa de RMS e do levantamento histórico desenvolvido no projeto de pesquisa.

Já o terceiro tópico tem o objetivo de indicar o cenário social, político e econômico no qual se realiza a RMS, compreendendo não só a indissociabilidade entre esses aspectos, mas sua relação direta com a configuração da realidade dos Programas. O quarto tópico resgata as diretrizes centrais do projeto pedagógico da RMS, sua relação com a Reforma sanitária e com o Projeto Ético-Político do Serviço Social, entendendo a relação intrínseca entre eles, assim como os seus efeitos para a prática profissional do assistente social residente. O quinto tópico é dedicado a trazer para discussão os elementos em contradição que aparecem na regulamentação e na realidade cotidiana da RMS em comparação com o objetivo de formação profissional para o fortalecimento do SUS indicados no item anterior, para, por fim, nas considerações finais, discutir o que representam os Programas de Residência no contexto atual.

Cabe esclarecer que a pesquisa aqui descrita não tem a pretensão de esgotar ou trazer um resultado final a respeito do referido tema, e sim fomentar elementos para a reflexão e o debate.

2. HISTÓRICO

A RMS é uma modalidade de ensino de pós graduação *lato sensu* voltada para o ensino em serviço das categorias profissionais de saúde de nível superior³, com exceção da médica, com carga

³ De acordo com a Resolução nº 287, de 08 de Outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde, são profissionais da saúde: assistentes sociais,



horária de 60 horas semanais e dedicação exclusiva⁴, conforme arts. 13 e 14 da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005⁵, que cria também, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Trata-se de uma formação que se realiza através do trabalho e voltada para o trabalho no Sistema Único de Saúde - SUS.

Historicamente, os programas de ensino em serviço na área de saúde, baseados nos moldes da residência médica, existem no Brasil desde 1961, quando da criação da Residência em Enfermagem no Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo, inclusive com financiamento público, porém de maneira informal, sem a devida regulamentação ou definição de diretrizes de funcionamento (BRASIL, 2006). Já em 1976, aconteceu a primeira experiência em Medicina Comunitária⁶, criada pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, que teve como um dos objetivos a realização de um atendimento integral à saúde, se tornando multiprofissional em 1978.

Concomitante ao processo de criação e regulamentação de especializações médicas nessa modalidade, acontecia o Movimento da Reforma sanitária, o qual, entre outros objetivos, reivindicava a atenção integral à saúde, compreendendo o fenômeno da doença para além de fatores biológicos. A respeito disso, se deu a formulação do conceito ampliado de saúde, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, cujo entendimento é concebido como o resultado de diversos fatores como acesso a alimentação, habitação, educação, renda, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, entre outros. Nesse ínterim, ganha força a defesa do atendimento integral à saúde a partir do envolvimento de diversas especialidades profissionais.

Ao continuarmos a busca pelos antecedentes históricos, verificamos que, em 2002, foram criadas 19 residências multiprofissionais em saúde da família financiadas pelo Ministério da Saúde, porém com sua certificação garantida apenas como especialização, o que não considera as características e especificidades da residência⁷ (BRASIL, 2006).

Foi a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)⁸, em 2003, que foi instituída a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde⁹, negociada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pela comissão de gestores tripartite. Tal política coloca o cotidiano do trabalho em análise enquanto espaço para reflexão e avaliação, articulando o sistema de saúde, as instituições formadoras, a participação e o controle social, sob orientação dos princípios do SUS (BRASIL, 2004). A partir de então

biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

⁴ A respeito da dedicação exclusiva, em 2015, a CNRMS esclareceu, a partir do Despacho orientador nº 01/2015, que a dedicação exclusiva diz respeito à realização de atividade profissional ou trabalho com recompensa indenizatória.

⁵ Essa lei foi alterada posteriormente pela Lei nº 12.513, de 26 de outubro de 2011, porém a redação quanto a instituição da Residência Multiprofissional e a criação da CNRMS não sofreu mudança.

⁶ A Residência Médica foi regulamentada em 1977, através do decreto nº 80.281, sendo instituída também através dele no âmbito do Ministério da Educação a Comissão Nacional de Residência Médica, que posteriormente passou a ser definida e regida pelo decreto nº 7.562 de 2011.

⁷ Posteriormente, a partir da Portaria Conjunta MS/MEC nº 51, de 8 de setembro de 2015, foi garantido que os certificados dos egressos dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional, com turmas iniciadas anteriormente a 30 de junho de 2005 poderiam ser convalidados enquanto Residência a partir do cumprimento das exigências legais previstas nesta Portaria.

⁸ Teve sua criação baseada na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) lançada em 1998 com terceira edição em 2003 com objetivo de aplicar os princípios e diretrizes para Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde para o SUS sendo responsável por formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil.

⁹ Através da Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.



são estimulados e instituídos legalmente os Programas de Residência Multiprofissional, conforme lei de 2005 já citada e também através da Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005, que institui a Residência Multiprofissional em saúde no âmbito dos Ministérios da Saúde e Educação, para a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho destinado às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a médica¹⁰.

A partir da promulgação da referida lei, a SGTES/MS, em parceria com a Comissão Inter-setorial de Recursos Humanos (CIRH/CNS), realizou quatro Seminários Nacionais de Residência Multiprofissional, de 2005 a 2011 (informação verbal¹¹).

O I Seminário Nacional de Residência em área Profissional da Saúde - SNRMS ocorreu em dezembro de 2005 com a participação de diversas representações, tais como o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde - FENTAS, Fórum Nacional de Educação das Profissões de Área da Saúde - FNEPAS, Conselho Nacional de Secretarias de Saúde - CONASS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, representação docente e estudantil, entre outras. Teve como principais objetivos: criar estratégias para construção da multidisciplinaridade, com atenção à exclusão da categoria médica da RMS, ferindo o princípio da integralidade do SUS; construir diretrizes nacionais para a RMS; definir a composição da CNRMS; e criar o Sistema Nacional de RMS (BRASIL, 2006). Foi constituído o Fórum Nacional de Residentes em Saúde enquanto um movimento de regulação nacional e resultado da pressão de estudantes de diversas categorias para organização de uma agenda política e estratégica de implementação do SUS, configurando o espaço do I Seminário enquanto um movimento político e uma conquista para o SUS.

Em 2006, a partir da criação do Fórum Nacional dos Residentes e com a participação do recém criado Fórum Nacional dos Coordenadores de Residências Multiprofissionais, foram realizados três encontros regionais com gestores, instituições formadoras, Conselhos de Saúde, trabalhadores de saúde, preceptores, coordenadores, residentes e representantes do movimento estudantil das graduações das áreas de saúde, tratando dos temas de descentralização da gestão setorial, integralidade e participação social, integração entre formação, gestão e controle social e os vínculos da Residência em Saúde com o SUS, o que desencadeou no II Seminário Nacional de Residência em área Profissional da Saúde, ocorrido em junho de 2006, no VIII Congresso Brasileiro de Saúde coletiva - ABRASCO.

Nesse segundo evento, ocorrido a partir da parceria com os movimentos sociais, discutiu-se a configuração de um modelo de RMS que favorecesse não só o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, mas que possibilitasse mudanças no modelo de atenção a partir da atuação multiprofissional embasada em um processo de educação permanente em serviço, ou seja, tratando a RMS no âmbito da potencialidade de transformação social do SUS. Trataram-se de forma objetiva, novamente, as diretrizes e princípios nacionais da institucionalização da RMS,

¹⁰ A instituição da parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde se dá a partir da publicação da Portaria Interministerial 2.118, de 03 de novembro de 2005, que também constitui uma comissão técnica interministerial para atuação conjunta das Secretarias envolvidas na parceria.

¹¹ Informações sobre os Seminários Nacionais fornecidas por Ruth Ribeiro Bittencourt em palestra no VIII Encontro Nacional de Residências em Saúde ocorrido entre 03 e 06 de setembro de 2018 no Rio de Janeiro.



constituindo um Grupo de Trabalho¹² específico, composto pela SGTES/MS e pela SESu/MEC, que ficou responsável pela sistematização dos relatórios dos dois seminários nacionais ocorridos e pela elaboração da Portaria de instituição da CNRMS.

Como resultado, foi publicada a Portaria nº 45 de 12 de janeiro de 2007, a qual estabeleceu as diretrizes nacionais dos Programas de RMS, instituiu a CNRMS, definindo sua composição e reconhecendo a participação dos Fóruns de residentes, preceptores, tutores e coordenadores, além de estabelecer a carga horária de 40 a 60 horas semanais. Referente à definição da carga horária dos Programas, em 24 de abril de 2008, foi publicada a Portaria Interministerial nº 506 de 2008, que fixou a carga horária de 60 horas semanais sob a motivação de equiparação com a residência médica. Cabe destacar que até este momento não havia sido realizada qualquer definição referente à distribuição da carga horária destinada para atividades teóricas ou práticas.

Após o II SNRMS, foi realizada a implantação do Sistema de Informatização da CNRMS¹³ e chamada para cadastramento de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, em 2008 (BRASIL, 2009), levando ao crescimento do número de RMS em grande número, principalmente, em hospitais universitários e de ensino, conforme mencionado anteriormente.

O III Seminário Nacional de Residência em área Profissional da Saúde ocorreu em outubro de 2008 concomitantemente a I Oficina de Capacitação de Avaliadores de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde - I OCARMS, organizado pela SGTES/MS, em parceria com a Diretoria dos Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação - DHR/SESu/MEC (BRASIL, 2009), e teve como principal objetivo a discussão e a pactuação de mecanismos de acompanhamento, regulação e avaliação das RMS, com a capacitação de 100 avaliadores inscritos previamente. O evento contou com a participação efetiva do controle social e com os atores e entidades envolvidas com a Residência.

A publicação da Portaria nº 506, citada acima, gerou grande tensão entre os representantes do governo e os representantes dos Fóruns, que reivindicavam a diminuição da carga horária para 40 horas semanais. Devido a essa correlação de forças entre os membros da CNRMS, não houve reunião para avaliação do Seminário e seu relatório final só foi concluído em 2009, após a entrada em vigor da Portaria Interministerial nº 1.077 de 12 de novembro de 2009¹⁴, que revogou a Portaria nº 45 de 2007, e foi publicada a partir de uma mudança na composição da CNRMS e na DHR/SESu/MEC.

Essa nova Portaria apresentou uma nova configuração na composição da CNRMS, questionando a legitimidade dos movimentos sociais organizados a partir dos Fóruns e ignorando a participação dos diversos segmentos que protagonizaram o texto que foi revogado.

Ficou definido, a partir dela, que a presidência e vice-presidência do Conselho seriam ocupadas pelo Ministério da Educação e Saúde, com caráter gerencial, e que as representações da sociedade

¹² Grupo de Trabalho da Residência Multiprofissional em Saúde foi instituído pela Portaria Interministerial nº 2.538 de 19 de outubro de 2006.

¹³ A criação desse sistema teve como objetivo atender à necessidade de coordenar o processo de autorização, avaliação e supervisão dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde no país.

¹⁴ Essa portaria também instituiu o Programa Nacional de Bolsas para RMS, a ser normatizado posteriormente por meio de editais específicos.



40 | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: FORMAÇÃO CONTINUADA OU TRABALHO PRECARIZADO?

civil deveriam ser submetidas à apreciação do governo, por lista tríplice, acompanhada de currículo e justificativa da escolha. A participação da representação dos estudantes de graduação foi excluída.

Com a ausência de diálogo com o MEC e com o MS, os movimentos sociais utilizaram como estratégia a articulação com o CNS. Parafraseando Ruth Bittencourt, o intuito era “defender a participação livre e democrática dos movimentos sociais na formulação de políticas” (informação verbal¹⁵). Dessa forma, foi realizado um acordo para retomada das atividades e manutenção do formato anterior da Comissão, garantindo autonomia aos Fóruns para indicação de suas representações.

A partir da necessidade de revisão do regimento interno da Comissão, em 11 de novembro de 2010, foi publicada a Portaria Interministerial nº 1.320 versando sobre a estrutura, organização e funcionamento da CNRMS, definindo em seu artigo 3º as instâncias componentes de sua estrutura: I Plenária, II Coordenação-Geral, III Secretaria Executiva, IV Subcomissões e V Câmaras Técnicas¹⁶.

Em 2010, também ocorreu a publicação do Decreto nº 7.082, em 27 de janeiro, com a proposta de criação do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, definindo diretrizes e objetivos para a reestruturação e revitalização dos HU's federais. Entre os objetivos propostos pelo Programa, cabe mencionar, nesse momento, o que diz respeito à implementação da residência multiprofissional nas áreas estratégicas para o SUS, contribuindo para a formação de recursos humanos, o que podemos relacionar diretamente com o crescimento expressivo do número de Programas de RMS a partir de 2010.

O IV Seminário Nacional foi realizado em novembro de 2011 pelo MS, MEC e CNS e teve como principais pautas os seguintes eixos norteadores: a concepção pedagógica da RMS; a gestão, regulação, avaliação e acompanhamento dos programas; a política de financiamento; e a participação social. Entre as principais discussões, pode-se destacar a preocupação em revogar a Portaria nº 1.077/2009, devido às questões já brevemente apresentadas.

Após um ano do Seminário, a Portaria nº 1.077 foi alterada pela Portaria Interministerial nº 1.224, de 3 de outubro de 2012, que também alterou a portaria nº 1.320 de 2010. A principal mudança diz respeito à instituição, no âmbito da SESu/MEC, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, referenciando o Secretário de Educação Superior como membro nato e presidente da Comissão¹⁷.

Porém, em 2014, a partir da publicação da Portaria Interministerial nº 16, de 23 de dezembro, a Portaria nº 1.224 foi revogada. A nova portaria altera as Portarias nº 1.077/2009 e nº 1.320/2010 e tem como principais mudanças a instituição de responsabilidade conjunta do MEC e MS sobre as RMS. Adiciona também as profissões de Saúde Coletiva e Física Médica às graduações pertencentes a essa modalidade de Residência e mantém as alterações realizadas pela Portaria nº 1.224/2014 a respeito da composição da CNRMS.

¹⁵ Informações concedidas por Ruth Ribeiro Bittencourt em palestra no VIII Encontro Nacional de Residências em Saúde ocorrido entre 03 e 06 de setembro de 2018 no Rio de Janeiro.

¹⁶ No I SNRMS a organização de câmaras técnicas foi determinada por profissão. A partir do III Seminário Nacional, as Câmaras técnicas passaram a ser constituídas por áreas temáticas sob a lógica da linha de cuidados e com desenho de composição multiprofissional.

¹⁷ Coube ao Coordenador Geral do de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde exercer a função de Coordenador Geral da Comissão e ao Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da SGTES/MS a função de Coordenador Adjunto.



Referente a regulamentação do financiamento das bolsas da RMS, o Ministério da Saúde já havia publicado a Portaria nº 1.111, em 05 de julho de 2005, que fixou normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho e, em 2012, publicou a Portaria nº 754 de 18 de abril de 2012, que a altera.

Com relação ao funcionamento dos Programas de RMS, a CNRMS publicou a Resolução CNRMS nº 03, em 04 de maio de 2010, de modo a estabelecer a carga horária de 5760 horas, com duração mínima de dois anos, e a divisão de 80% de carga horária prática e 20% teórica, com a definição do que deve ser tratado em cada uma, estabelecendo também o período de férias e critérios para avaliação de desempenho do profissional residente. Tal resolução foi revogada, em 2014, pela Resolução CNRMS nº 5, que não representou mudança significativa para o funcionamento dos Programas.

3. HIPÓTESES

A partir da vivência em um Programa de RMS e, ao levantar as legislações e o histórico de criação e implementação da RMS na construção do projeto de pesquisa, apareceram alguns elementos em contradição sobre os quais foram construídas as hipóteses deste estudo: 1. o aumento de investimento nos Programas de RMS, enquanto formação voltada para o trabalho no SUS, ocorre ao mesmo tempo em que se tem o desmonte do SUS; 2. considerando essa primeira contradição, aparecem outras em função do seu desdobramento, como a realização de investimento na educação para a saúde pública ao passo que se desmonta a educação pública; 3. e, por último, aquilo que a princípio é benéfico, a qualificação profissional para o SUS, vai se revelando o seu desmonte, quando se considera a falta de infraestrutura para receber profissionais residentes, a sobrecarga de trabalho para preceptores e tutores sem ganho financeiro e nem sempre com carga horária disponível para exercer as atividades previstas nos Programas, a substituição da força de trabalho de concursados ou contratados por residentes, o que também implica uma dupla precarização. Primeiro, para o quadro permanente, sem reposição de profissionais por concurso e, segundo, para o residente, que trabalha com uma carga horária superior ao quadro e com contrato de trabalho precário, considerando a divisão de carga horária prática e teórica, que coloca o residente em atividades práticas por 48 horas semanais, com recolhimento de contribuição trabalhista junto ao Instituto Nacional de Seguro Social – INSS, mas sem exercer todos os direitos trabalhistas estabelecidos em lei, uma vez que não é considerado trabalhador, mas, sim, profissional em formação.

Dessa forma, pretendeu-se nesta pesquisa problematizar as hipóteses expostas acima a partir do levantamento de dados referentes às políticas sociais diretamente envolvidas com a temática, convergindo-os com a implantação dos Programas de RMS nos hospitais universitários a partir do ano de 2010, considerando as propostas do projeto pedagógico dessa modalidade de pós graduação.

4. AS POLÍTICAS SOCIAIS NO CONTEXTO NEOLIBERAL

As políticas sociais, a partir da década de 1990, passaram a ser direcionadas pela agenda



político-econômica do neoliberalismo¹⁸, conforme orientado pelas agências multilaterais, com reformas liberais direcionadas para o mercado, sob a lógica de Estado mínimo. Nesse sentido, Conceição *et al.* (2012) apontam:

Duas características passam a marcar o campo dos direitos e serviços sociais: (a) um progressivo aumento da privatização na saúde, na educação, na previdência, dentre outros - o que por sua vez, significou uma ampliação do espaço para investimentos lucrativos do capital; e (b) um também progressivo subfinanciamento das políticas públicas, reduzindo aplicação do fundo público em seus orçamentos. (p. 103)

A respeito do tema, Cislighi (2016) nos traz alguns elementos que caracterizam o desmonte histórico da saúde pública. A autora defende a tese de que o sucateamento do SUS, assim como de outras políticas sociais, está diretamente relacionado à retirada de recursos orçamentários da seguridade social para o pagamento da dívida externa, através do mecanismo de Desvinculação de Receita da União - DRU, existente desde 1994. O desfinanciamento também se dá a partir dos aumentos, apenas nominais, nos gastos com a saúde pública, que não acompanham o aumento do Produto Interno Bruto - PIB e da arrecadação do governo¹⁹. Em paralelo, chamam a atenção as transferências de recursos para o setor privado, seja via isenções fiscais ou compra de serviços de entidades sem fins lucrativos e de organizações sociais.

Observa-se que, nos últimos anos, houve uma crescente transferência de responsabilidade no atendimento em saúde do setor público para o setor privado a partir de novos modelos de gestão da saúde, através das parcerias público-privadas (organizações sociais, fundações públicas de direito privado, empresas públicas). Dessa forma, são repassados recursos do fundo público em troca da prestação de serviços, tendo como consequência a terceirização das atividades e dos profissionais, a partir da dispensa de concurso público para a contratação, assim como da licitação para compra de materiais e reformas (CONCEIÇÃO *et al.*, 2012).

A exemplo disso, e fazendo relação direta com o objeto da presente pesquisa, podemos citar a criação, em 2011, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH²⁰, vinculada ao MEC, como parte integrante das ações de intervenção do governo federal nos hospitais universitários, que foram iniciadas com o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, em 2010. Conforme analisa Andreazzi (2013), as propostas são consoantes com a ofensiva neoliberal de progressiva redução do gasto público com a saúde e a ampliação do setor privado. A autora sinaliza a transformação das atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência em atividades de cunho econômico, indicando também a terceirização do ensino, atividade fim na universidade. Aponta ainda a ausência de mecanismos de controle social, a contratação de pessoal via CLT (Consolidação

¹⁸ Anderson (1995) afirma que “Foi uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar. [...] Trata-se de um ataque apaixonado contra qualquer limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado, denunciada como uma ameaça letal à liberdade, não somente econômica, mas também política. (p. 10)”

¹⁹ Segundo a autora, “a aplicação da receita corrente bruta da União na função saúde que era de 11,72% em 1995, passou para 7,3% em 2011. A participação de recursos federais na saúde também se reduziu de 56% do total em 2001 para 47% em 2011, assim como se reduziu o gasto federal anual *per capita*”.

²⁰ A Lei Federal nº 12.550 de 15/12/2011 criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) com o objetivo de administrar instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, o que inclui hospitais universitários federais e hospitais das três esferas de governo.

dos Lei do Trabalho), a intensificação da diversidade de vínculos existentes entre os trabalhadores, envolvendo terceirizações, CLT e RJU (Regime Jurídico Único), com diferentes salários e regimes de trabalho para o exercício da mesma função, assim como a possibilidade de os servidores serem cedidos para outros locais. Para além da questão do financiamento, que mantém como fontes a União, o MEC e o ressarcimento pago pelo MS por procedimento, de acordo com a tabela SUS, agregando, também, novas possibilidades de cunho mercadológico.

No mesmo compasso, observa-se a expansão da educação superior via setor privado, sob a lógica ilusória de democratização do ensino. A exemplo, pode-se citar o Programa de Financiamento Estudantil - FIES²¹ e o Programa Universidade para Todo - ProUni²², que utilizam financiamento público para o ensino no setor privado. A educação, assim, é assumida enquanto via extremamente lucrativa para expansão capitalista, contando ainda com o incentivo estatal.

Em paralelo, é implementado também o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI²³, no qual as universidades precisam submeter seus respectivos planos de reestruturação e estimativa orçamentária para avaliação e aprovação do MEC. O Programa possui um discurso de ampliação no acesso, porém apresenta propostas que fragilizam ainda mais a educação superior, com similaridades aos programas privatistas, considerando a precarização dos vínculos de trabalho docente na imposição de metas de formação, negligenciando a qualidade em contraposição à quantidade de formados. É notório que o Programa visa à expansão da educação superior sem considerar a atual situação em que se encontram as universidades públicas, com problemas de infraestrutura e defasagem de pessoal nos quadros de trabalhadores, com a disponibilidade de maior financiamento a depender da disponibilidade financeira do MEC (LEITE, 2011).

Seguindo a linha de adequação das políticas nacionais às diretrizes do mercado financeiro internacional, insere-se também a Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF²⁴, que impõe restrições ao uso do fundo público nos gastos sociais, garantindo assim o pagamento da dívida pública brasileira. Assim, ao submeter os recursos sociais às necessidades da área fiscal, a LRF afetou diretamente a oferta de trabalho:

Uma das principais consequências da LRF foi a limitação na contratação de pessoal, que significou a redução de concursos públicos e a falta de força de trabalho na saúde, na educação e nos demais serviços públicos nos últimos anos. (CONCEIÇÃO, CISLAGHI & TEIXEIRA, 2012, p. 106)

Nesse breve resgate sobre a atual situação das políticas sociais no Brasil, faz-se necessário citar a recente aprovação do Novo Regime Fiscal, materializado através da Emenda Constitucional nº 95/2016, popularmente conhecida como “a PEC do Teto”, que limita o crescimento dos gastos

²¹ Programa reformulado em 1996, a partir do Crédito educativo, de 1976, pelo MEC para financiamento da educação superior via instituições privadas.

²² Criado pelo governo federal através da Lei nº 11.096/2005 com o objetivo de fornecer bolsas de estudo integrais ou parciais em cursos de graduação de instituições privadas de ensino superior.

²³ Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007.

²⁴ Lei Complementar nº 101/2000.



44 | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: FORMAÇÃO CONTINUADA OU TRABALHO PRECARIZADO?

públicos por 20 anos, implicando impacto relevante no orçamento das políticas sociais, conforme sinaliza Salvador (2017):

Tanto as políticas que integram a seguridade social (previdência social, assistência social e saúde), como também o seguro-desemprego e a educação terão seus recursos orçamentários diminuídos, em termos reais, nos próximos vinte anos, inviabilizando a garantia e até mesmo a expansão dos direitos sociais. (p. 442)

Os HU's constituem-se enquanto unidades de saúde e educação, tendo como atividade precípua a formação de profissionais em nível de graduação e pós graduação a partir do quadrilátero ensino, pesquisa, extensão e assistência. Vinculados à saúde pública desde a Constituição Federal de 1988, passaram a integrar o SUS, incorporando seus princípios e diretrizes e universalizando o seu acesso, absorvendo, ainda, demandas da atenção básica que não eram atendidas. Entretanto esse aumento da demanda não teve como contrapartida a ampliação dos investimentos em recursos humanos e tecnológicos por parte do MEC e do MS, aprofundando uma crise que já apresentava sinais desde a década de 1980 (LEITE, 2011).

Os HU's, enquanto instituições de educação e saúde, sofrem um duplo processo de desmantelamento, sendo atravessados ainda pela contrarreforma trabalhista²⁵, que precariza os vínculos de trabalho. Cislighi (2011) aponta em sua pesquisa algumas explicações para a crise instalada nos HU's, entre elas: o déficit no pagamento de procedimentos, que tem origem nos valores defasados da tabela SUS, e a falta histórica de reposição de pessoal através de concursos, levando à contratação de terceirizados.

Sobre isso, é necessário citar também a recente aprovação da Lei das Terceirizações²⁶, que autoriza contratos para realização de todas as atividades de trabalho, inclusive as atividades-fim, levando a um processo de intensa flexibilização das relações trabalhistas e direitos do trabalho.

Todos os elementos expostos agudizam a complexidade que envolve o desenvolvimento dos Programas de RMS, impactando na prestação de serviços à população e na formação profissional.

5. OS PROJETOS SOCIETÁRIOS E PEDAGÓGICOS EM QUESTÃO

O marco normativo para a construção dos Projetos Pedagógicos - PP dos Programas de RMS é a Resolução da CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, cujo conteúdo traz as diretrizes gerais que norteiam a operacionalização da RMS, sendo a responsabilidade pela elaboração do PP designada às instituições que ofertam os Programas.

Os princípios e diretrizes do SUS fornecem o substrato orientador do PP de cada Programa, obedecendo às necessidades locais e regionais de acordo com os eixos norteadores estabelecidos pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077/2009, a partir de uma lógica de integralidade e transversalidade no SUS, considerando o residente sujeito no seu processo de formação.

Conforme a resolução da CNRMS acima, a inserção qualificada de profissionais de saúde no

²⁵ Este assunto é pautado na discussão da reestruturação produtiva dos autores Ricardo Antunes e Istvan Mészáros.

²⁶ Lei nº 13.429 de 31 de março de 2017.



mercado de trabalho, prioritariamente no SUS, é intencionalizada, com a formação em interface com as áreas temáticas²⁷ que compõem as Câmaras Técnicas da CNRMS. Dessa forma, o PP deve ser orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões. As atividades teóricas, práticas e teórico-práticas de um Programa de RMS devem ser organizadas por: a) um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar; b) um ou mais eixos integradores para a(s) área(s) de concentração constituinte(s) do Programa; c) eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de forma a preservar a identidade profissional.

Segundo a normatização, as estratégias pedagógicas devem usar os cenários de atuação dos serviços de saúde, utilizando metodologias de integração de saberes e práticas e considerando a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde. A implementação do PP envolve diretamente todos os entes²⁸ que compõem a estrutura da RMS, cada um com competências específicas, mediante determinado processo avaliativo permanente e corresponsável.

A Educação permanente é posta como eixo pedagógico estruturante na RMS, ao envolver processo formativo e espaço para promoção de mudanças no trabalho, na atenção e na gestão no SUS, colocando-o como interlocutor na formulação dos PP's de formação de trabalhadores. Ceccim (2005) define a educação permanente em saúde como

Processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. (p. 161) Sua conceituação, dessa forma, pode ser apreendida como processo de aprendizagem a partir da formação de sentido para qualificação da dimensão interventiva e, conseqüentemente, da assistência em saúde. Parte-se do pressuposto de que o mercado de trabalho é uma escola, na qual se problematiza em conjunto o processo de trabalho, a partir de questões e tensionamentos vivenciados nos cenários de prática profissional.

A respeito disso, Cardoso *et al.* (2017) resgatam em Paulo Freire o método da “pedagogia problematizadora”, através do uso de metodologias ativas de conhecimento, “baseada na relação dialógico-dialética entre educador e educando, ou seja, ambos aprendem juntos. Nessa concepção, problematizar significa ‘pensar a prática’, que pressupõe romper com a lógica individual para pensar em equipe” (p. 1943).

O Serviço Social através de suas entidades representativas também possui uma Política de Educação Permanente tendo como base o 10º princípio do Código de Ética Profissional de 1993: “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva de competência profissional”. A partir do contexto sócio-histórico, a Política

²⁷ Câmara Técnica 1 Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Especialidades Clínicas e Cirúrgicas; Câmara Técnica 2 Intensivismo, Urgência e Emergência; Câmara Técnica 3 Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva; Câmara Técnica 4 Saúde Mental; Câmara Técnica 5 Saúde Funcional; Câmara Técnica 6 Saúde Animal e Ambiental.

²⁸ Coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional - COREMU, coordenação de programa, Núcleo Docente-Assistencial Estruturante - NDAE, docentes, tutores, preceptores e residentes.



46 | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: FORMAÇÃO CONTINUADA OU TRABALHO PRECARIZADO?

reitera a necessidade de reflexão acerca da intervenção profissional, pressupondo a reafirmação do projeto ético-político profissional, considerando as condições macrosociedadeiras que estabelecem o terreno sócio-histórico em que se exerce a profissão e as respostas dadas pelos assistentes sociais a esse contexto.

Nesse sentido, com base em Mészáros (2008), a referida Política nos traz algumas ponderações a respeito dos objetivos e direcionamentos da educação. O autor defende a educação enquanto via de transformação da realidade social, não devendo servir aos interesses do mercado e sim às necessidades humanas, sendo esse o seu principal pressuposto. Assim, “a política de Educação Permanente extrapola a formação voltada para a qualificação do exercício profissional, podendo alcançar a dimensão mais ampla de organização política da categoria” (CFESS, 2012, p. 13).

Conforme Netto (2009), os projetos profissionais estão vinculados a projetos societários, que, em suas palavras, “são projetos coletivos e seu traço peculiar reside no fato de se constituírem como projetos macroscópicos, como propostas para o conjunto da sociedade” (p. 142). Ambos se constituem enquanto estruturas históricas, renovando-se e modificando-se conforme conjuntura específica.

O Projeto Ético-Político do Serviço Social possui, em seu direcionamento, a busca pela equidade e justiça social na universalização do acesso a bens e serviços das políticas sociais, assim como a defesa da ampliação e consolidação da cidadania. Dessa forma, possui relação direta com o projeto de Reforma Sanitária, que defende o acesso universal e equânime aos serviços enquanto direito de todos e dever do Estado, opondo-se ao projeto privatista, vinculado à política de ajuste fiscal do neoliberalismo, com desresponsabilização estatal e focalização no atendimento.

6. A RMS NESSE CONTEXTO

Após mais de 10 anos de regulamentação da RMS, é necessário avaliar não só em quais condições essa formação está se desenvolvendo, como também de que forma o investimento realizado está dando frutos em prol do fortalecimento da saúde pública, gratuita, universal e de qualidade.

Nesse sentido, chama a atenção o mapeamento realizado por Oliveira (2015) sobre a trajetória profissional das assistentes sociais egressas dos anos de 2010 a 2012 do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HUCFF/UFRJ, com o indicativo de que apenas uma, das 8 assistentes sociais contatadas, trabalhava no SUS. A pesquisadora sinaliza a necessidade de uma pesquisa com amostra nacional e multiprofissional, porém indica a inconsistência dos objetivos propostos pela RMS de formar profissionais para o SUS, não havendo de fato a sua absorção pelo sistema.

Com relação direta ao exposto, podemos citar também a inexistência de política de contratação de trabalhadores para o SUS que favoreça a entrada de egressos de Programas de Residência, que muitas vezes acabam por se inserir no setor privado. Nos casos de concursos públicos com avaliação de títulos como uma das etapas classificatórias, a pontuação fornecida à RMS equipara-se a de outras modalidades de pós graduação *lato sensu*, sendo inferior à da pós graduação *stricto sensu*.

O desenvolvimento dos Programas em instituições que sofrem diretamente as repercussões



dos ataques à saúde e à educação públicas requer a formação de profissionais capazes de analisar e intervir sobre os desafios de se desenvolver a educação permanente e a implementação do SUS nesse cenário, de maneira qualificada e comprometida com a população usuária. Em contrapartida, é importante refletir se, sob a justificativa de fortalecer a formação e o trabalho profissional para o SUS, a rede de atenção em saúde está sendo estruturada a partir da oferta de trabalho precarizado para esses profissionais de saúde. Sobre isso Brotto e Silva (2016) apontam

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 se 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 carreiras para os profissionais de saúde, o que consequentemente fortaleceria, de fato, o SUS. (p. 138)

Sobre o número insuficiente de profissionais nos quadros de trabalhadores das instituições, Mendes (2013) nos chama a atenção para as discussões nos fóruns de residência, em que é evidente a “queixa generalizada de sobrecarga de trabalho, gerada pelo número de trabalhadores nos serviços, significativamente aquém do quantitativo necessário para o atendimento da população” (p. 192). O residente, nesse ínterim, é chamado a assumir os atendimentos nos serviços, conforme análise de Rodrigues (2016): “a presença do residente nos serviços vem se tornando desafiante na medida em que a expectativa é de sua inserção como ‘mais um’ a compor ou ‘substituir’ o quadro de trabalhadores daquele local” (p. 79) [grifos da autora].

Além da defasagem de trabalhadores nos quadros institucionais para promoção da assistência em saúde, a implementação dos Programas de RMS acarreta ainda o acúmulo e sobrecarga de trabalhos para preceptores, tutores coordenadores e ainda para os docentes, a partir das novas requisições colocadas no cotidiano de trabalho, sem a contrapartida de melhoria nas condições de trabalho e carga horária disponível para exercer as atividades previstas. No caso da participação docente na RMS, não há reconhecimento da carga horária das atividades realizadas. Sobre isso, Castro e Castro (2013) afirma:

Entre os desafios colocados pelas instituições de ensino para legitimação/avanço/debate em torno dos Programas de Residência estão a necessidade de reconhecimento da pós *lato sensu* e a institucionalização dos programas, uma vez que estes são secundarizados devido à priorização da pós-graduação *stricto sensu*; a necessidade de reconhecimento e aprovação dos programas nos cursos de Serviço Social, com definição de atividades e atribuição de carga horária docente; o número restrito de docentes interessados em ser tutores do programa; e as dificuldades de interlocução com o serviço. (p. 165)

Na mesma direção, a política de formação para o SUS expandiu-se via trabalho através dos profissionais de saúde residentes que, enquanto trabalhadores, possuem carga horária elevada com exigência de dedicação exclusiva e pagamento realizado via bolsas, com valor abaixo dos pisos salariais das profissões envolvidas. A Portaria Interministerial nº 1.077/2009 fixou a carga horária de 60



48 | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: FORMAÇÃO CONTINUADA OU TRABALHO PRECARIZADO?

horas semanais e a Resolução CNRMS nº 03/2010 determinou a divisão de 80% de carga horária para atividades práticas e 20% para teóricas. Ou seja,

considerando que dessas 60 horas 80% estariam destinadas às atividades práticas, esse total equivaleria a 48 horas semanais de atividades assistenciais, configurando, portanto, uma jornada de trabalho superior ao limite de 44 horas semanais, definido pela Constituição Federal de 1988, o qual só poderia ser excedido mediante acordos individuais ou coletivos. (MENDES, 2013, p. 193) Além de inconstitucional, as condições de formação e trabalho na RMS vão na contramão das reivindicações dos profissionais de saúde, pelo rebaixamento da jornada de trabalho para 30 horas semanais e, das centrais sindicais brasileiras, por 40 horas semanais. Ao considerar a participação do Serviço Social nos Programas, a contradição e a precarização do trabalho ficam ainda mais evidentes, uma vez que a carga horária exigida para o cumprimento do Programa fere diretamente o reconhecimento da carga horária máxima de 30 horas semanais pela Lei nº 12.317/2010 e a busca do reconhecimento e cumprimento legal dessa carga horária pelas instituições empregadoras.

Como desdobramento dessa regulamentação, Mendes (2013) questiona, ainda, a respeito da organização dos serviços para a realização das atividades pelos residentes, considerando que a maioria das categorias profissionais envolvidas com a RMS não realizam plantão de 24 horas e a carga horária do residente excede o horário de funcionamento dos serviços, apontando igualmente a insuficiência de profissionais para ampliação do horário de modo a contemplar a residência.

Nesses termos, tanto o cenário sócio-político de implementação da residência quanto a sua regulamentação apresentam elementos que vão na contramão do fortalecimento do SUS, colaborando e representando, na verdade, a sua precarização. O mesmo ocorre com a precarização das condições de trabalho dos profissionais de saúde, que por vezes são compreendidos enquanto estudantes em formação, não lhes sendo garantidos os direitos trabalhistas correspondentes, e, por outras, são vistos como trabalhadores, como quando lhes são exigidas suas carteiras de registro profissional em seus devidos conselhos profissionais, sendo responsabilizados pelos atendimentos em determinado cenário de atuação.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos avanços e conquistas representados pela Constituição Federal de 1988, o avanço do neoliberalismo no Brasil acarretou a contrarreforma do Estado, reduzindo direitos sociais e trabalhistas e levando ao sucateamento das políticas sociais como a educação e saúde. Em meio a esse contexto, é de suma importância a formação de profissionais segundo um projeto profissional político-pedagógico comprometido com o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS e com a qualidade do serviço prestado à população usuária.

Na histórica correlação de forças existente no campo da saúde, o projeto privatista, nesse cenário de políticas de contrarreformas, ganha forças. O projeto pedagógico da RMS, apesar de representar o interesse de fortalecimento do projeto da reforma sanitária em defesa do SUS, entra como mais um elemento em disputa, caminhando em uma linha tênue, sob o risco de fortalecer ainda mais o projeto privatista, considerando as indicações expostas no tópico anterior. Dessa forma, pode reforçar as reformas neoliberais, contribuindo para fortalecer as propostas de desmonte do



Estado e a centralidade no mercado, ou seja, enfraquecendo o SUS e o projeto de reforma sanitária ao qual o Serviço Social se associa, conforme o seu projeto ético-político profissional.

O trabalho dos profissionais envolvidos nesse processo também configura-se desafiador no sentido da necessidade de criação de estratégias para que os objetivos imputados no projeto pedagógico das RMS sejam alcançados e o SUS encontre fôlego para fortalecer-se, sem a contrapartida da precarização multifacetada que vem se configurando na atualidade.

Nesse sentido, é necessário enfrentar a naturalização imposta pelos rumos em que caminham as condições de oferta das políticas de saúde, educação e trabalho frente ao argumento de crise fiscal do Estado e, a partir da associação com os movimentos sociais e sindicatos em nível local, regional e federal, reivindicar condições adequadas à oferta dos referidos Programas junto às instâncias superiores e aos governantes.

Outrossim, faz-se indispensável também o fortalecimento da CNRMS enquanto instância de regulação nacional dos Programa e de implementação do processo de acompanhamento e avaliação, na tentativa de garantir o cumprimento efetivo da proposta inicial destinada à RMS.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, Maria de Fatima Siliansky de. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da reforma do Estado. *Revista Brasileira de Educação Médica (Impresso)*, v. 37, p. 275-284, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elisabete; et al. (Orgs.). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006. p. 197-217.

BRASIL. Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977. Brasília, DF, 6 de set de 1977. Brasília, 1977.

_____. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Brasília, DF, de jan de 2010. Brasília, 2010.

_____. Decreto nº 7.562 de 15 de setembro de 2011. Brasília, DF, 16 de set de 2011. Brasília, 2011.

_____. Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005. Brasília, DF, 1º jul. de 2005. Brasília, 2005b.

_____. Lei nº 12.513 de 26 de outubro de 2011. Brasília, DF, 27 dez de 2011. Brasília, 2005b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 08 out. 1998.

_____. Ministério da Educação. *A democratização e expansão da educação superior no país 2003-2014*. Brasília: MEC, 2014.

_____. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. Despacho Orientador nº 15 de 2015. Sobre a simultaneidade de cursar Programa de Residência em Área Profissional da Saúde e programa de pós graduação *latu sensu* modalidade especialização e *Stricto Sensu* - Mestrado acadêmico ou profissional e doutorado. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional#documentos%20tecnicos> Acessado em: 25 de setembro de 2018.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Portaria Conjunta nº 51 de 8 de setembro de 2015. Dispõe sobre a convalidação de certificados dos egressos dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional, com turmas iniciadas anteriormente a 30 de junho de 2005. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 de set de 2015.

_____. Ministério da Previdência Social. Nota Coordenação-Geral de Legislação e Normas - CGLEN 185 de 13 de julho de 2011. Referente a esclarecimentos da Previdência Social.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1986.



50 | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: FORMAÇÃO CONTINUADA OU TRABALHO PRECARIZADO?

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde . Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.111/GM, de 5 de julho de 2005: Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Diário Oficial da União, Brasília, n. 129, 7 de julho de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Hospitais Universitários e Residências. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Exercício 2007/2009. Brasília: 2009b.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117 de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União; Brasília, DF, 4 nov. 2005.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.118 de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Diário Oficial da União; Brasília, DF, 4 nov. 2005.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.538 de 19 de outubro de 2006. Constitui Grupo de Trabalho para elaborar proposta de composição, atribuições e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (GT-CNRMS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de out de 2006.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.320 de 11 de novembro de 2010. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 de nov de 2010.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS nº de 18 de abril de 2012. Altera a Portaria nº 1.111/GM/MS, de 5 de julho de 2005, que fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de abr de 2012.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 16 de 23 de dezembro de 2014. Altera a Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial nº 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro de 2010 e revoga a Portaria Interministerial nº 1.224/MEC/MS, de 3 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 de dez de 2014.

_____. 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. 2007a.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 698, de 19 de julho de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jul. 2007b.

_____. 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. 2008a.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 593, de 15 de maio de 2008. Dispõe sobre estrutura, organização e fun-



cionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 maio 2008b. Seção 1, p. 10-11.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS no 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 nov. 2009a.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS no 1.224, de 3 de outubro de 2012. Altera a Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, e a Portaria Interministerial nº 1.320, de 11 de novembro de 2010, que dispõem sobre a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 out. 2012.

_____. Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS - nº 03, de 04 de maio de 2010. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 mai 2010.

_____. Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS - nº 5, de 7 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 abr 2015.

BROTTO, M. E. ; SILVA, L. C. E. . Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: dilemas na formação e trabalho profissional. Revista Em Pauta , v. 14, p. 126-149, 2016.

CARDOSO, M. L. M.; et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. Ciencia & Saude Coletiva , v. 22, p. 1489-1500, 2017.

CASTRO, M. M.C. . O Serviço Social Nos Programas De Residência Em Saúde: Resultados Iniciais Do Mapeamento Da Abepps. Temporalis , v. 2, p. 153-171, 2013.

CECCIM, Ricardo Burg . Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface (Botucatu. Impresso) , Botucatu - SP, v. 9, n.16, p. 161-177, 2005.

CFESS-CRESS. Política de Educação Permanente do Conjunto CFESS-CRESS. Brasília [DF], 2013.

CONCEIÇÃO, T. S., CISLAGHI, J. F., & TEIXEIRA, S. O. (2012). O financiamento da saúde no Brasil: principais dilemas. Temporalis, 12(23), 97- 124.

CISLAGHI, Juliana Fiuza . Hospitais universitários: presente caótico, futuro incerto. Jornal da ADUFRJ, Rio de Janeiro, p. 12, 05 maio 2010.

CISLAGHI, Juliana Fiuza . A agenda conservadora para a saúde no Brasil. In: DEMIER, Felipe; HOEVELER, Rejane. (Org.). A onda conservadora: ensaios sobre os atuais tempos sombrios no Brasil. 1ed.Rio de Janeiro: Mauad X, 2016, v. 1, p. 199-210.

LEITE, Débora. H. A prática profissional do Serviço Social nos Hospitais Universitários: um estudo no Rio de Janeiro. Dissertação 2011. p. 87-144. Rio de Janeiro (RJ), 2011.

MENDES, Alessandra Gomes . Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social. In: Siva, Letícia Baptista; Ramos, Adriana. (Org.). Serviço Social, Saúde e questões contemporâneas: questões para o debate. 1ed.Campinas: Papel Social, 2013, v. , p. 183-215.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea. In: In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2009.

OLIVEIRA, V. D. Projetos Políticos-Pedagógicos das Residências Multiprofissionais em Saúde. Dissertação, 2017. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017.

OLIVEIRA, E. R; OLIVEIRA, V. D. Resgate Histórico Do Serviço Social De Um Hospital De Ensino: 40 Anos De Contribuição (1978 – 2018). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Serviço Social (UFRJ-HUCFF-SERVIÇO SOCIAL). Rio de Janeiro, 2018.



52 | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: FORMAÇÃO CONTINUADA OU TRABALHO PRECARIZADO?

RODRIGUES, T. F. . Residências Multiprofissionais em Saúde: formação ou trabalho?. Revista Serviço Social e Saúde, v. 15, p. 71-82-82, 2016.

SALVADOR, Evilasio da Silva . O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE , v. 3, p. 426-446, 2017.

SILVA, Letícia Batista. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Rev. katálysis* [online]. 2018, vol.21, n.1, pp.200-209. ISSN 1982-0259. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>.

