



II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais
Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis – 23 a 25 de outubro de 2017

REFLEXÕES SOBRE OS DESAFIOS POSTOS À RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: PENSANDO OS IMPACTOS NO MUNDO DO TRABALHO

Keiza da Conceição Nunes¹

Camilla de Alvarenga Silva²

Resumo

O presente trabalho busca, a partir de uma revisão bibliográfica, analisar os desafios postos à residência multiprofissional em saúde decorrente dos impactos da crise do capital e da precarização das condições e relações de trabalho na proposta de formação continuada dos assistentes sociais.

Palavras-chave: Crise do Capital; Residência Multiprofissional em Saúde; Transformações no Mundo do Trabalho.

1 INTRODUÇÃO

A discussão sobre a regulamentação em Residência³ em Saúde para os profissionais de medicina ocorre desde a década de 1970, mas o debate sobre Residência Multiprofissional em Saúde para diversas categorias que compõem os profissionais da saúde ganhou ênfase nos anos 2000. Antes da Residência Multiprofissional, as demais categorias estavam, e alguns ainda estão inseridos na residência através do modelo já institucionalizado da residência médica, ou seja, Residência Uniprofissional (MENDES, 2013).

Convém aqui destacar que tanto através do movimento da Reforma Sanitária, quanto com a promulgação da Carta Constitucional de 1988, a área da saúde teve significativos avanços. Na Constituição Federal de 1988, a saúde foi incorporada como um direito de todos e dever do Estado tendo como pressupostos básicos: a democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, hierarquização, intersetorialidade, integralidade, participação popular e controle social (BRASIL, 1988).

¹ Assistente Social Especialista em Serviço Social em Oncologia. Mestre em Serviço pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ). Estudante de Pós-Graduação pelo Instituto Fernandes Figueira (FIOCRUZ). E-mail: keizanunes@hotmail.com

² Assistente Social Especialista em Serviço Social em Oncologia. Mestranda em Serviço Social e Desenvolvimento Regional pela Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: camillaalvarenga@id.uff.br

³ “A residência se constitui como uma forma de educação continuada na área de formação de recursos humanos em saúde, tradicionalmente restrita à formação médica, desde os anos 1950, como treinamento pós-graduação, ainda sem regulamentação” (MOURÃO; LIMA; SOUZA; OLIVEIRA: 2006, p. 360).



Porém, apesar desses avanços, devido ao contexto político da época da promulgação da Constituição de 1988, ocorreram certos limites para a efetivação de alguns conceitos na prática. Entre estes limites encontra-se o projeto neoliberal com sua noção de Estado Mínimo, ou seja, o mínimo de intervenção do Estado, inclusive na área das políticas públicas, visto que este projeto é incompatível com os princípios regulamentados na Constituição. Nesse sentido, tornou-se necessário que mais tarde, mais especificadamente nos anos 1990, fossem promulgadas duas leis complementares (8.080/90 e 8.142/90), que constituíram a Lei Orgânica da Saúde (LOS). Na Lei 8.080-90, a saúde teve seu conceito ampliado ficando compreendida como:

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990).

Nessa conjuntura, a saúde começou a ser compreendida não apenas como ausência de doença, iniciando a superação do viés dos determinantes biológicos, assim:

Foram propostas alternativas ao modelo tradicional de atenção à saúde, decorrência do movimento da reforma sanitária. A construção dessas demandas – de outros saberes multiprofissionais ao processo de formação principalmente daquelas relativas à ética e à hegemonia do poder médico, fez emergir a necessidade de ser rever a formação em recursos de profissões que junto da medicina realizam o trabalho na área, tais como a enfermagem, a farmácia-química, a nutrição, o serviço social e a psicologia (MOURÃO; LIMA; SOUZA; OLIVEIRA: 2006, p. 360).

Porém, a regulamentação dessa formação multiprofissional na área da saúde através da residência multiprofissional em saúde ocorreu apenas em 2005 através lei nº 11.129/2005 onde foi instituída e definida a residência multiprofissional em saúde, ainda que perdida dentro as proposições que estabelecem ao Programa Nacional de Inclusão de Jovens (PROJOVEM).

art. 13. Fica instituída a Residência em área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviços e destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a médica (BRASIL, 2005).

Assim, as Residências Multiprofissionais e em área profissional de saúde foram instituídas pela Lei 11.129 em 2005 como um programa de cooperação intersetorial entre Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC). Essa modalidade de formação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) contempla as seguintes categorias profissionais: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudióloga, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, e Terapia Ocupacional. (BRASIL, 2005). As Residências são orientadas



pelos princípios e diretrizes do SUS que consideram as necessidades e realidades regional e local para organização da rede de serviço de saúde.

A Residência Multiprofissional em Saúde é definida como ensino de pós-graduação lato sensu sob a forma de especialização de ensino em serviço, com a duração de dois anos com carga horária de 60 horas semanais e dedicação exclusiva. Essa formação é destinada as profissões da saúde excetuada a área médica, e deverá ser constituída de no mínimo três profissões da saúde.

2 BREVES REFLEXÕES SOBRE AS TRANSFORMAÇÕES DO TRABALHO E SEUS REFLEXOS NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

A crise econômica e política da década de 1970 proporcionou que o capitalismo passasse por um processo de transformações estruturais que alteraram profundamente a sua fisionomia. Tal crise teve como fatores o declínio das taxas de acumulação, a concentração de capitais por meios de monopólios, entre outros. Com a crise, as idéias liberais retornaram ao debate político, econômico e social por intermédio do neoliberalismo, buscando a superação da crise do modelo fordista de produção. Assim, este deixa de ser dominante sendo mesclado pela acumulação flexível, o toyotismo, caracterizado pela flexibilização e fragmentação/descentralização da produção. Tratava-se de garantir a acumulação do capital, mas de forma cada vez mais flexível, o capitalismo entrou na era do capitalismo tardio.

Deste modo, o capitalismo tardio caracterizado como o capitalismo em sua fase mais madura, expõe as direções desse sistema, oficialmente denominado de globalização. Incidindo depois dos estágios do capitalismo de mercado e monopolista/imperialista, o capitalismo multinacional sinaliza a o auge do capitalismo e a extensão global da forma mercadoria, colonizando regiões de uma maneira que não se pode mais de um lugar fora do sistema.

No Brasil os impactos dessa crise foi perceptível a partir da década de 1980, período que como já mencionado, surgiram as residências multiprofissionais o que fez com que estas também fossem atingidas pelas mudanças impostas pelos períodos ciclos de crise do capital.

Nessa conjuntura e compreendendo a residência como um espaço de formação para o SUS, é necessário refletir sobre a importância das pesquisas e debates que demonstrem se realmente estes profissionais após a residência estão trabalhando no SUS, visto que as



mudanças do mundo do trabalho refletem diretamente na dinâmica da vida social. Pois diante das mudanças do mundo do trabalho temos a implementação do modelo de produção denominado acumulação flexível, caracterizado pela flexibilização e fragmentação das formas de trabalho, e, conseqüentemente, das relações sociais. Segundo, Antunes (2006, p. 48-49)

É nesta contextualidade crítica para o universo do trabalho, caracterizada por uma espécie de processo de precarização estrutural do trabalho, que os capitais globais estão exigindo também o desmonte da legislação social protetora do trabalho. As mutações que vêm ocorrendo no universo produtivo, em escala global, sob comando do chamado processo de globalização ou mundialização do capital, vêm combinando, de modo aparentemente paradoxal, a “era da informatização”, isto é, uma precarização ilimitada do trabalho, que também atinge uma amplitude global.

Neste contexto, para alguns profissionais a residência é considerada como uma saída para o desemprego estrutural do capital, assim após a formação alguns profissionais em busca do primeiro emprego, profissionais que encontram dificuldades de inserção no mercado formal e pelo atrativo do valor da bolsa (R\$ 3.330,43) que é maior do que os salários pagos pelo mercado, se inserem nos Programas de Residência em Saúde.

Os Programas de Residência em Saúde tem como objetivo proporcionar aos profissionais uma formação qualificada, porém o fato da implantação das residências ter ocorrido num contexto de retrocesso dos direitos legalmente conquistados impede que estas cumpram o papel de proporcionar uma formação qualificada tendo como foco a integralidade, a promoção da saúde, a interdisciplinaridade, entre outros (MENDES, 2013).

“[...] A conjuntura das políticas públicas no contexto de criação das residências multiprofissionais não promoveu as condições objetivas para a realização integral da proposta do SUS” (SILVA; CAPAZ, 2013, p. 204). Importa mencionar que o nosso país está vivenciando um desmonte na política pública de saúde, que se expressa a partir da privatização, precarização e sucateamento dos serviços de saúde, ou seja, é neste contexto que está sendo realizada a formação continuada de assistentes sociais via os programas de residências.

Um dos questionamentos realizados por profissionais da saúde é no tocante à sobrecarga de trabalho, visto que existe um número ínfimo de profissionais para responder um grande número de demandas apresentadas pelos os usuários do SUS (MENDES, 2013). Nesta direção,

[...] a essa sobrecarga de trabalho estrutural, cuja existência independe da residência, a implantação dos programas trouxe novas requisições e demandas aos profissionais, entre as quais a preceptoria, a tutoria, a coordenação de área e a docência das disciplinas (MENDES, 2013, p. 192-193).



A excessiva carga horária de 60 horas semanais, que deverão ser cumpridas pelos residentes, e a utilização do exercício profissional, como mão-de-obra barata na substituição de profissionais (CASTRO, 2013) são um dos questionamentos apresentados pelos residentes. A carga horária excessiva de 60 horas, das quais 48 horas semanas são destinadas a assistência, o que superaria ao limite 44 horas da carga horária por semana definida na Constituição Federal de 1988 e contra as leis trabalhistas vigentes até a presente data (BRASIL, 1988), vai de contramão com que vêm sendo reivindicado pelas centrais sindicais que é a redução para 40 horas semanais, e que vêm sendo pleiteado pelos profissionais de saúde que é a redução da carga horária. Paralelamente, alguns profissionais como os assistentes sociais também reivindicaram a diminuição da carga horária de trabalho, tendo a carga horária máxima de 30 horas semanais reconhecidas na Lei n.12.317/2010 (MENDES, 2013)

Outro desafio latente referente à residência é a questão da preceptoria, tutoria e outras atividades de ensino exercidas pelos profissionais das instituições. Os profissionais que exercem essas atividades têm lhes atribuídas muitas funções além das que já exercem por estarem vinculadas diretamente à assistência aos usuários. Porém, não é respaldado por lei um tempo para exercer as funções de ensino, o que faz com que a residência acarrete um trabalho extra para os profissionais (SILVA; CAPAZ, 2013). Assim, traz a tona outro reflexo das transformações do mundo do trabalho: a exigência de um trabalhador polivalente que exerça várias atividades ao mesmo tempo com o mesmo salário e nenhuma gratificação ou compensação por horas extras (ANTUNES, 2006).

3 CONCLUSÃO

Este estudo considera que as reflexões das mudanças do trabalho rebate sobre todos os que fazem parte da classe trabalhadora. Diante desse contexto infelizmente a residência, um espaço de formação continuada, é vista como meio de saída para o desemprego ou para as condições precárias de trabalho e salário em que estão submetidos a classe trabalhadora. Ademais, esta modalidade de pós-graduação é um meio que se expressa a intensificação do trabalho, a partir das diversas funções exercidas pelos preceptores, no qual os mesmos não possuem um tempo dedicado apenas para reflexão e estudos com os residentes. Tal fato, demonstra não apenas a intensificação do trabalho, mas também uma precarização do ensino, da formação continuada através da residência multiprofissional.



Este trabalho compreende também a relevância da residência multiprofissional como um locus privilegiado para combater a visão hegemônica e biomédica de saúde apenas como ausência de doença, pois sabemos que no campo da saúde como em outros campos, há uma hierarquização de saberes, e o saber médico no âmbito da saúde é considerado hegemônico, tendo um status superior diante da sociedade como um todo. Diante dessa visão de superioridade do saber médico sobre as demais categorias que compõem os profissionais da saúde, percebemos certas dificuldades de realizar práticas multiprofissionais que possibilitam a efetivação da concepção de saúde em sua totalidade.

Porém, é necessário estarmos atentos para que esse espaço de formação e inserção não seja captado para os interesses do capital e perca a gênese de sua concepção e direcionamento.

Em suma, é necessário compreender o movimento da realidade depois da Reestruturação Produtiva e seus reflexos nas necessidades sociais e políticas públicas, especificamente no campo da saúde que vem sofrendo repartimentos e rebatimentos e regressão diante da prevalência do neoliberalismo.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. As formas contemporâneas de trabalho e a desconstrução dos direitos sociais. In: SILVA, M. O.; YAZBEK, M. C. (Orgs.). **Políticas públicas de trabalho e renda no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde

_____. **Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. 21ª ed. São Paulo: Saraiva, 1999. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: Experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **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. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf. Acesso em: 30.mar. 2017.



_____. **Portaria Interministerial nº 1077 de 12 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192>. Acesso em 28.mar. 2017.

BRAZ, M.; NETTO, J. P. **Economia Política: uma introdução crítica.** 5ª edição. São Paulo: Cortez, 2009.

CASTRO, M. M. C. O Serviço Social nos Programas de Residência em Saúde: resultados iniciais do mapeamento da ABEPSS. In: **Revista Temporalis**, ano 13, n. 26, p. 153-171, jul./dez. 2013.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Mimeo. Brasília, 2009.

DIAS, Maria Socorro de Araújo ; SILVA, C. P. ; FREITAS, C. A. S. L.; MOREIRA, A. C. A. **Perfil de Atuação Profissional dos Egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) de Sobral-CE.** Sanare (Sobral), v. 7, p. 38-46, 2008.

GUERRA, Y. A. D. **A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino publico, privado e a distância.** Serviço Social & Sociedade, v. 104, p. 715-736, 2010.

_____.IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** São Paulo: Cortez, 1983.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 4ªed. São Paulo: Cortez, 2007.

MENDES, A. G . 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. 183-199.

MOURÃO, A. M. A. ; LIMA, A. M. C. A. ; SOUZA, A. I. S. de ; OLIVEIRA, L. M. L. de . A Formação dos trabalhadores sociais no contexto neoliberal. O projeto das residências em saúde da FSS/UFJF. In: Ana Elizabete Mota; Maria Inês de Souza Bravo; Roberta Uchoa; Vera Nogueira; Regina Marsiglia; Luciano Gomes; Marlene Teixeira. (Org.). **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional.** 1ed.São Paulo: Cortez, 2006, v. , p. 352-380.

SILVA, L.B.; CAPAZ, R. Preceptoría: uma interface entre educação e saúde no SUS. In: SILVA, L. B; RAMOS, A. (Orgs.). **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional.** 1ªed.Campinas: Papel Social, 2013, v. 1, p. 200-215.