



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

LEANDRO FERREIRA AGUIAR

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: as tendências
ideopolítico-pedagógicas nos programas de residência
multiprofissional em Recife/PE**

RECIFE

2020

LEANDRO FERREIRA AGUIAR

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: as tendências
ideopolítico-pedagógicas nos programas de residência
multiprofissional em Recife/PE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção de grau de Mestre em Serviço Social.

Orientação: Professora Doutora Valdilene Pereira Viana Schmaller.

RECIFE

2020

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

A282f	Aguiar, Leandro Ferreira Formação Profissional em Saúde: as tendências ideopolítico-pedagógicas nos programas de residências multiprofissionais em Recife/PE/ Leandro Ferreira Aguiar. - 2020. 131 folhas: il. 30 cm. Orientadora: Prof.^a Dra. Valdilene Pereira Viana Schmaller. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2020. Inclui referências. 1. Estado. 2. Política de saúde. 3. Residências multiprofissionais. I. Schmaller, Valdilene Pereira Viana (Orientadora). II. Título. 361 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2020 – 100)
-------	--

Leandro Ferreira Aguiar

“FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: as tendências ideopolítico-pedagógicas nos programas de residências multiprofissionais em Recife/PE.”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco – PPGSS/UFPE para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Linha de Pesquisa: Estado, políticas sociais e ação do Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social, Movimentos Sociais e Direitos Sociais.

Aprovada em 10/08/2020 pela banca examinadora constituída pelas seguintes professoras:

Participação via Videoconferência

Prof.^a Dra. Valdilene Pereira Viana Schmaller (Orientadora e Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

Participação via Videoconferência

Prof.^a Dr.^a Mônica Rodrigues Costa (Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

Participação via Videoconferência

Prof.^a Dr.^a Delaine Cavalcanti Santana de Melo (Examinadora Externa)

Universidade Federal de Pernambuco

Recife, 10 de agosto de 2020.

AGRADECIMENTOS

A caminhada que percorri durante o período de realização do mestrado, assim como da maturação, pesquisa e escrita do presente estudo, foi vivenciada por um conjunto de acontecimentos sociais, políticos e sanitários que irão marcar a todos/as nós, nacional e internacionalmente. E são nesses momentos que nós percebemos o quão importante são as pessoas que estão ao nosso lado, construindo nosso cotidiano e fazendo possível suportar esses dias tão difíceis que tem sido viver no planeta Terra.

O ano de 2018 iniciou para mim com a felicidade de uma nova etapa profissional e acadêmica. A aprovação do mestrado foi um triunfo pessoal na busca por aprimorar meus conhecimentos teóricos/acadêmicos. Percorri tantas dificuldades até chegar aqui, tantos momentos difíceis e lutas – muitas vezes protagonizadas por mim mesmo e minha autoestima/saúde mental. Início meus agradecimentos ao ser que habita em mim. Gratidão a mim por ter tido a força de enfrentar, junto aos meus pares, as dificuldades impostas pela vida em sociedade.

Nesse período tive o prazer de conhecer pessoas ímpares (que se tornaram pares) com as suas vivências e singularidades, pessoas que marcaram minha vida pessoal, acadêmica e profissional. Agradeço a minha turma de mestrado por ter me acolhido e dividido tantos momentos maravilhosos e angustiantes desse período. À Amanda Menezes, Ana Virgínia, Ana Emmanuela, Ana Caroline, Aline Souto, Kellyane de Santana, Jonathan Faria e, em especial, Geiziane Cotrim, Lohana Lemos, Rebeca Gomes e Renata Alves, dedico minha gratidão por tudo que me proporcionaram.

Agradeço a todas as professoras do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, por tanta dedicação na nossa formação educativa e humana. Vocês são fonte de inspiração para nós alunos/as. Agradeço em especial as professoras e professor que estiveram à frente das disciplinas do mestrado e que foram ricas para o meu amadurecimento pessoal e acadêmico: Ana Arcoverde, Ana Vieira, Alexandra Mustafá, Helena Chaves, Juliane Peruzzo e Marco Mondaine.

Agradeço imensamente a professora Valdilene Viana, minha orientadora, pelo acolhimento, paciência e por ter dividido comigo seu conhecimento. Gratidão por ter ajudado meu desenvolvimento acadêmico e por todo conhecimento que você me

proporcionou. O presente trabalho só foi possível devido a sua majestosa contribuição.

À professora Delaine de Melo, agradeço por ter me acolhido no Estágio de Docência e ter possibilitado a aproximação à sala de aula. Conjuntamente a professora Maria das Graças, agradeço-as pelas grandes contribuições a este trabalho no período de qualificação – os avanços que obtive foram graças a vocês. Agradeço também à Luciana Fauber, minha revisora, por proporcionar contribuições importantes para a melhor coesão e coerência do trabalho desde a qualificação. Gratidão a vocês.

Aos meus pais, Ledjane Ferreira e Luciano Aguiar, dedico este trabalho. A minha formação e trajetória profissional só foi possível por vocês terem me dado o privilégio do estudo. Vocês foram os primeiros que sonharam junto comigo esse momento, mesmo diante das dificuldades impostas pela vida para vocês. Gratidão por tudo.

Às/aos Assistentes Sociais do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), colegas de trabalho cotidiano, gratidão por todo o aprendizado e trocas de conhecimento. Em especial esse agradecimento vai a coordenadora do Serviço Social do IMIP, Leila Benício, por toda a dedicação com o nosso projeto ético-político e por nos auxiliar sempre quando precisamos. Gratidão!

Agradeço imensamente minhas amigas e amigos pela força que me deram durante esse período, sem vocês não sei se conseguiria toda a conquista que tive até o momento. Especialmente a quem esteve mais junto nessa jornada: Danúbia Borba, Thâmara Moraes, Paula Ferreira, Rafaela Saraiva, Laura Rodrigues, Eduardo Fidelis, Wilton Leal, Ingrid Beserra, Laís Regina, Artur Amorim, Nicolas Santos e Lethícia Ferreira, minha gratidão por tudo. Agradeço imensamente também a Guilherme Luna por toda a paciência, dedicação e por ter me proporcionado os melhores momentos – sou privilegiado de ser teu companheiro.

Às/aos (ex-)residentes multiprofissionais, agradeço pela luta diária – principalmente nesses tempos tão nebulosos de pandemia que vivemos.

Por fim, agradeço a todas/os que possibilitaram a Saúde Pública brasileira e aos idealizadores da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde. Este trabalho é dedicado a vocês.

(...) em determinado momento de nossa existência, perdemos o controle de nossas vidas e ela passa a ser governada pelo destino. Esta é a maior mentira do mundo. (Paulo Coelho)

RESUMO

No atual cenário de avanço da contrarreforma do Estado Brasileiro, operado pelos ideais neoliberais, evidencia-se tendências à intensificação da mercantilização, flexibilização e desmonte das políticas sociais – em particular as políticas de educação e saúde. A contrarreforma tem diversas expressões, concretizada através do uso do fundo público para financiamento das Organizações Sociais e entidades filantrópicas na execução de serviços; do financiamento de dívidas do setor privado, a exemplo dos planos privados de saúde; dos novos modelos de gestão de serviços de saúde e educação pautados na lógica da produtividade; do crescimento dos cursos para formação no setor privado; da precarização da classe trabalhadora na intensificação, flexibilização e polivalência do trabalho; da individualização e tecnicismo no desenvolvimento de ações e serviços; dentre outros. A formação de recursos humanos capacitados a atender às necessidades de saúde da população passa a ter novas (velhas) configurações, através da lógica da racionalização, da produtividade e individualização do processo saúde-doença. Nessa conjuntura política de contrarreforma, foram criados os cursos de Residências Multiprofissionais em Saúde, através da Lei nº 11.129 de 2005, de 30 de junho, que envolvem as catorze profissões de nível superior de saúde. As Residências Multiprofissionais, criadas para especializar equipes multiprofissionais conforme os princípios do SUS, vivenciam rebatimentos desse processo de contrarreforma do Estado idealizado pelo direcionamento político neoliberal. O presente estudo tem por objetivo geral analisar as tendências ideopolítica-pedagógicas no processo de formação profissional nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da cidade do Recife/PE. Para atingir o objetivo central, a pesquisa envolve a abordagem qualitativa, pesquisa documental (coleta de dados primários) e a técnica de análise de conteúdo. Foram analisados 7 (sete) programas de residências que incluem as áreas de saúde da atenção básica, hospitalar e saúde coletiva. O estudo possibilitou compreender as tendências e direcionamentos presentes no Projeto Político-Pedagógico (PPP) na formação das Residências Multiprofissionais diante do cenário de contrarreforma do Estado brasileiro. Evidenciou-se no decorrer do estudo tendências e expressões da reestruturação produtiva na política de saúde e seus rebatimentos na formação de profissionais. O estudo traz conclusões sobre as potencialidades dos programas de Residência Multiprofissionais para a formação dos Recursos Humanos do SUS, assim como as dificuldades diante da atual realidade ultraconservadora e ultraneoliberal do Estado Brasileiro, traçando-se desafios para a sociedade e movimentos sociais.

Palavras-chave: Estado. Política de Saúde. Formação em Saúde. Residências Multiprofissionais.

ABSTRACT

The current advancing scenario of Brazilian State counter-reform, operated by neoliberals ideals, highlights tendencies to intensification of mercantilization, flexibilization and dismantle of social politics - particularly education and health politics. The counter-reform has diverse expressions, accomplished through the use of public funds to finance the Social Organizations and philanthropic entities on the execution of services; the financing of private sector debts, as an example the private health plans; the new health and education services management models based on the productivity logic; the growth of training courses in the private sector; the working class precariousness due to work intensification, flexibilization and polyvalence; the individualization and technicality on the development of actions and services; among others. The formation of human resources capable of attending the population health necessities begins to have new (old) configurations, through the rationalization logic, the productivity and individualization of the health-disease process. In this political counter-reform conjuncture, were created the courses of Multiprofessional Health Residencies, through the Law nº 11.129 from 2005, July 30th, that involve the fourteen professions of higher level health. The Multiprofessional Residencies, created to specialize multiprofessional teams according to the SUS principles, experience rebuttals from this State counter reform process, idealized by the neoliberal political direction. The present study has the general objective to analyse the ideological political-pedagogic tendencies in the professional formation process on the Multiprofessional Health Residencies Programs in the city of Recife/PE. To achieve the central objective, the research involves a qualitative approach, documental research (primal data collection) and the content analysis technique. There were analysed 7 (seven) residencies programs that include the areas of basic health care, hospitalar and collective health. The study made possible to comprehend the tendencies and current directions on the Political-Pedagogical Project (PPP) on forming the Multiprofessional Residencies facing Brazilian State counter-reform scenario. Were highlighted along the study, tendencies and expressions of productive restructuring in the health politics and it's rebuttals on professionals formation. The study brings conclusions about the potentialities of the Multiprofessional Residencies programs for the formation of the SUS Human Resources, as well as the difficulties facing the current ultraconservatorial and ultraneoliberal Brazilian State reality, tracing challenges to the society and the social movements.

Keywords: State. Health Politic. Health Formation. Multiprofessional Residencies.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Residências Multiprofissionais em Saúde, por tipo de programa, instituições de ensino superior, perfil, serviço, profissão em formação, segundo editais 2018. Recife, PE – Brasil.	77
Quadro 2 –	Programas de Residência Multiprofissionais aptos segundo critérios de inclusão. Recife/PE – Brasil	81
Quadro 3 –	Programas de Residência Multiprofissionais, responderam a carta de anuência. Recife/PE – Brasil	82
Quadro 4 –	Denúncias apresentadas, entre 2014 a 2018, nas plenárias da CNRMS/ Mec. Brasil.	84
Quadro 5 –	Programas de Residência Multiprofissionais participantes da pesquisa, por ano de criação, Recife/PE, 2020.	91
Quadro 6 –	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, segundo as Finalidades e Perfil do Egressos, Recife/PE. 2020.	111

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde
EC	Emenda Constitucional
EaD	Educação a Distância
EIP	Educação Interprofissional
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ERIP-SUS	Estágio Regional Interprofissional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
HUOC	Hospital Universitário Oswaldo Cruz
IMIP	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OS	Organização Social
PBS	Programa Brasil Sorridente
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPRIS	Programas de Pós-graduação em Residência Integrada em Saúde
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PET-Conexões de Saberes	Programa de Educação Tutorial Conexões de Saberes
PPP	Projeto Político-pedagógico
PRMS	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
PRIS	Programas de Residência Integrada em Saúde.
PSL	Partido Social Liberal
PT	Partido dos Trabalhadores
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
RMSM	Residência Multiprofissional em Saúde Mental
RMSC	Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva
RMUET - HGV	Residência Multiprofissional em Urgência, Emergência e Trauma do Hospital Getúlio Vargas
SUS	Sistema Único de Saúde
SGETS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPE	Universidade Estadual de Pernambuco
VER-SUS	Vivências-Estágio na Realidade do SUS

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 – EDUCAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE SOBRE AS BASES IDEOPOLÍTICAS E PEDAGÓGICAS NA SOCIABILIDADE CAPITALISTA	26
1.1 Considerações Históricas sobre a Relação Trabalho e Educação	26
1.2 Restruturação Produtiva, Neoliberalismo e seus Impactos na Relação Trabalho e Educação	35
1.3 Trabalho e Formação em Saúde na Sociabilidade Capitalista.....	43
CAPÍTULO 2 – TENDÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E TRABALHO PARA A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E AS PARTICULARIDADES DA FORMAÇÃO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	51
2.1 Saúde Pública e as Particularidades na Formação do Estado Brasileiro: das raízes à contrarreforma do setor saúde.....	51
2.2 Sistema Único de Saúde do Brasil: as tendências ideopolíticas na relação educação, trabalho e saúde	61
2.3 Formação Profissional em Saúde no Brasil: o processo de construção dos Programas de Residência Multiprofissional	71
CAPÍTULO 3 – TENDÊNCIAS IDEOPOLÍTICO-PEDAGÓGICAS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE DO RECIFE/PE	77
3.1 Caminhos Metodológicos.....	77
3.2 Resultado e Discussão	83
3.2.1 A Formação Profissional e a Residência Multiprofissional em Saúde	83
3.2.2 Tendências Ideopolíticas e Pedagógicas dos Programas de Residência Multiprofissional do Recife/PE	93
3.2.2.1 Projetos Societários nos Programas de Residência Multiprofissionais	95
3.2.2.2 Tendências da Concepção de Saúde, Trabalho e Educação nos Programas de Residência Multiprofissionais	99
3.2.2.3 Tendências da Gestão dos Projetos Político-pedagógicos	108
3.2.2.4 Perfil do Egresso nos Programas de Residência Multiprofissional	111
3.2.2.5 As tendências para a formação nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Recife/PE	114
CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFERÊNCIAS.....	121

INTRODUÇÃO

A atual conjuntura política, econômica e social do Brasil é marcada pela regressão ao que se esperava há 30 anos com a promulgação da Constituição Federal “cidadã”. Entende-se que em 1988 o país alcançou formalmente conquistas para construção do Estado Democrático de Direito, principalmente ao se instituir direitos sociais que buscam atender às diversas necessidades sociais da população nacional, mesmo dentro da esfera da sociabilidade capitalista. Contudo, a concretização desses direitos sociais na realidade foi inviabilizada diante das medidas neoliberais implantadas para manutenção da acumulação do capital a partir da década de 1990.

Das políticas sociais implantadas com a Constituição Federal de 1988, destaca-se o tripé da seguridade social, o qual se constitui pela assistência social, previdência e saúde. A política pública de saúde nasce no território de disputas da classe trabalhadora *versus* o capital, a partir da organização da luta em defesa da Reforma Sanitária Brasileira¹ (RSB) cujo projeto era a universalidade e integralidade do acesso aos serviços de saúde por toda a população nacional.

Originalmente uma ideia e um ideário de um grupo de intelectuais, a proposta se desenvolveu na transição democrática, congregando entidades representativas dos gestores, profissionais de saúde e movimentos sociais que, articulados na Plenária Nacional de Entidades de Saúde, conseguiu influenciar o processo constituinte e plasmar a Constituição Brasileira de 1988 (CF/88) o texto aprovado na 8a. Conferência Nacional de Saúde que garante que ‘Saúde é um Direito de Todos e um Dever do Estado’. Em outras palavras, a saúde passou a fazer parte dos direitos sociais da cidadania (PAIM, 2008, p. 154).

A política de saúde brasileira, a partir de 1988, passa a ser caracterizada enquanto direito universal, direito de todos e dever do Estado. Contudo, com a ascensão neoliberal logo após a sua conquista, em 1990, vivencia ameaças para a sua consolidação. São algumas das características dessas ameaças neoliberais: a ausência de repasse financeiro suficiente para a ampliação dos serviços e da consolidação da própria política de saúde (atualmente expresso pela Emenda Constitucional 95/2016, que congela os gastos públicos por vinte anos); o sucateamento dos serviços e a precarização do trabalho (caracterizado pela falta de

¹ Cf. Para conhecer a história da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008).

materiais, equipamentos, estruturas e insumos); ausência de investimento nos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS) para a demanda populacional (principalmente na atenção básica); superlotação dos serviços; repasse do fundo público² da saúde para fundações públicas de direito privado – Organizações Sociais da Saúde (OSS)³, e para as demais entidades filantrópicas, a fim de administrar os serviços públicos de saúde — reforçando o caráter da ajuda em detrimento do direito.

A diretriz ideopolítica neoliberal se espalha em todos os espaços. Neste estudo, entendemos que o neoliberalismo busca dinamizar a acumulação do capital através do desenvolvimento de capacidades que mobilizem e impulsionem o mercado e a acumulação capitalista. Esse projeto de desmonte, balizado pela reestruturação produtiva e acumulação flexível, exige novas formas de apropriação da força de trabalho através de instrumentos que moldem o trabalhador às novas exigências do mercado. Tecnicismo, aprofundamento da fragmentação do saber, reducionismo, polivalência e flexibilidade são algumas das principais características ideopolíticas da racionalidade formal-abstrata⁴ proposta para formação do/a trabalhador/a em detrimento de uma formação para trabalho que busque a emancipação humana.

Todavia, há correlações de forças que contrariam a lógica do neoliberalismo, disputando os espaços pela hegemonia. Historicamente, é no bojo dos movimentos sociais da classe trabalhadora que se realiza o confronto ao desenvolvimento desigual e às mazelas instauradas pela dinâmica da sociedade capitalista. Os movimentos da classe trabalhadora, com toda a sua diversidade, baseiam-se em princípios da igualdade, equidade, progresso democrático-popular e coletivo, buscando a implementação de direitos sociais que possibilitem o desenvolvimento das necessidades e potencialidades individuais e coletivas — por uma emancipação política e humana.

As correlações de forças que disputam a política de saúde brasileira se fundamentam por três principais projetos ideopolíticos: a perspectiva privatista, baseada, atualmente, nos princípios neoliberais; a perspectiva coletiva da Reforma

² Cf.: SALVADOR (2012).

³ Cf.: BRAVO et al. (2015); MORAIS et al. (2018); XIMENES; SCHMALLER; BEZERRA (2018).

⁴ Conforme Beserra (2016, p. 29), “consideramos que o sistema que direciona o desenvolvimento das relações econômicas e sociais na sociedade moderna, o capitalismo, ideologiza um conjunto de inversões, mecanismos de regulação social que passam a ser instituídos. Inserida nessas inversões, encontra-se a racionalidade formal-abstrata que se materializa no processo de trabalho da ordem burguesa, operando a mercantilização das relações sociais e coisificando todas as esferas da vida humana”.

Sanitária, na qual a saúde é um direito universal e deve ser prestado pelo Estado de forma universal à população, com base nos movimentos sanitistas e populares; e a perspectiva do SUS possível, sendo uma tentativa de conciliar os dois projetos, advindo de uma perspectiva de conciliação de classes.

O Sistema Único de Saúde, enquanto conquista do projeto de Reforma Sanitária, conseguiu trazer uma nova perspectiva de atenção e assistência à saúde da população. Entre seus avanços, pode-se elencar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004 pela Portaria nº 198, como estratégia do SUS para fortalecer o desenvolvimento profissional e a formação em saúde (BRASIL, 2004).

A partir do surgimento da PNEPS, ascende no país um cenário mais progressista para a formação pelo SUS, com base nos princípios defendidos pela Reforma Sanitária. Surgem nesse cenário os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, enquanto formação estratégica para capacitar profissionais para atender às necessidades de saúde da população usuária brasileira. Foram instituídas pela Lei 11.129 de 30 de junho de 2005⁵, acrescida pela Portaria 45/2007⁶, em que se cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), que estabeleceu sua composição e atribuições para organizar o funcionamento dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde.

Os cursos de Residências Multiprofissionais podem ser compostos pelas 14 (catorze) profissões de nível superior da saúde, definidas conforme Resolução CNS nº 287/1998⁷, sendo elas: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Apesar desses avanços para a formação para e pelo SUS, principalmente a partir da capacitação dos seus profissionais para uma nova perspectiva de assistência, percebe-se nos últimos anos o direcionando para tendências contrárias aos princípios da universalidade, integralidade, igualdade e participação social que compõem o SUS. Assim, a Política de Saúde Brasileira passa a ser atingida cada vez mais pela

⁵ Cf. Portaria conjunta entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2005).

⁶ Cf. PORTARIA INTERMINISTERIAL 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 (BRASIL, 2007).

⁷ Cf. Resolução nº 287 de 08 de Outubro de 1998 (BRASIL, 1998).

perspectiva neoliberal, rebatendo no trabalho e na formação proposta para e pelo SUS.

Diante dessas reflexões, observou-se a necessidade de aprofundar estudos que evidenciem as atuais tendências da política social de saúde brasileira diante dos ataques e desmontes proporcionados pelo projeto neoliberal — suas formas de se apropriar da política e os impactos para a população e para a classe trabalhadora. Faz-se importante refletir sobre as facetas pelas quais a reestruturação produtiva contemporânea do capital vem se apresentando na política de saúde e no trabalho cotidiano nessa área.

O presente estudo tem como ponto de partida a minha vivência no Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos em Saúde, realizado no Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco (HUOC/UPE), no período de 2015 a 2017.

Os Programas de Residências⁸ Multiprofissionais em Saúde são um formato de especialização do trabalho de nível *Lato Sensu*, que tem como premissa o ensino realizado inserido nos serviços da área da saúde. A formação na Residência Multiprofissional não deve favorecer determinada área profissional em detrimento de outra, todos atuam a partir da sua área de conhecimento baseado no trabalho em equipe com a perspectiva de estimular trocas de saberes e práticas que possibilitem a compreensão sobre o processo saúde-doenças, as determinações sociais de saúde e a criação de estratégias para a intervenção na realidade de saúde da população.

Dito isto, lembramos que as Residências, “[...] não são e não se apresentam justificativas para que sejam uma continuidade óbvia ou natural da graduação. Não formam e não deveriam formar para atingir um objetivo que é o da graduação; também não podem ser a formação superespecialista sem que se tenha suficiente clareza sobre esta demanda” (DELLEGRAVE; CECCIM, 2018, p. 878). As residências foram criadas, conforme argumentam os pesquisadores Dellegrave e Ceccim, “[...] para que nos afastemos do ‘ponto final’ da profissionalização, representado pela graduação, sem que se exponham os recém-graduados simplesmente ao emprego. Também para que nos afastemos do ‘ponto de exclamação’ da profissão, obtido com o título (já é profissional e basta para o trabalho)” (2018, p. 878).

⁸ As Residências em Saúde podem se configurar em três formatos: Uniprofissionais, Multiprofissionais e Médica. Esta pesquisa se deteve na formação de caráter multiprofissional.

Na trajetória de vivência na formação em Residência Multiprofissional, observamos várias ações desfavoráveis à consolidação do sistema público de saúde advindas da contrarreforma do setor, tais como o avanço da terceirização e da precarização do trabalho em saúde.

A nossa vivência de ensino-serviço ainda nos possibilitou experienciar a luta dos movimentos sociais do setor saúde contra os avanços da contrarreforma, a partir da atuação da Frente Nacional contra a privatização da Saúde⁹. Além disso, durante a especialização também foi possível identificar vários entraves quanto à estabilização do sistema em decorrência do processo de flexibilização, precarização do trabalho, investida contra os direitos trabalhistas e criação das Organizações Sociais, como o novo modelo de gerenciamento dos serviços.

Nos dois anos de residência, observou-se várias contradições e conflitos diretamente relacionados à formação profissional na residência, a saber:

1. A dificuldade de estabelecimento de diálogo entre as áreas multiprofissionais do conhecimento;
2. O avanço da perspectiva tecnicista na formação, sobrepondo-se a prática ao desenvolvimento teórico;
3. O ecletismo teórico, espalhando-se na prática interventiva;
4. O não entendimento das atribuições específicas das profissões pelos residentes, tutores e preceptores;
5. A sobrecarga de trabalho dos preceptores/tutores que não recebem dispensação de carga horária, nem renumeração para realizar o acompanhamento teórico-prático dos residentes ou a devida preparação teórico-metodológica;
6. A sobrecarga do trabalho de residentes, confusão de papéis entre ser estudante e profissional, atribuição de serviços aos estudantes que deveriam ser executados por profissionais contratados/efetivos da instituição;
7. A inexistência, por vezes, de preceptores de campo que possuem a mesma formação da profissão de base do residente;
8. Limitações por parte de profissionais preceptores no que se refere a implementar o projeto político-pedagógico;
9. A ausência de participação e de conhecimento dos residentes quanto às propostas político-pedagógicas do Programa;
10. Limites dos residentes quanto à compreensão sobre questões macroestruturais e relacionadas aos determinantes de saúde do país, seja com relação às práticas técnico-operativas multiprofissionais; dentre outras expressões.

⁹ Atualmente se caracteriza enquanto a união de diversos Fóruns em nível nacional, que defende os princípios trazidos na gênese do Movimento de Reforma Sanitária.

Ao passo em que se apreendia essas contradições na materialização da formação, deparamo-nos com um paradoxo do discurso estatal. Pois, se por um lado o Estado, que defende a formação para o SUS, financia as Residências Multiprofissionais em Saúde (mesmo que o cenário aponte para a manutenção do números de vagas nos editais das Residências e sem aumento no valor mensal das bolsas), por outro lado os residentes em formação, os tutores nas instituições de ensino e os preceptores nos serviços de saúde vivenciam nos locais de trabalho o agravamento da questão social, repercutindo no agir e na formação profissional.

Ao mesmo tempo em que observávamos essas contradições, também constatamos a ampliação dos números de cursos de Residência em Saúde¹⁰. Tal fenômeno gerou algumas reflexões quanto à efetividade das Residências enquanto formação profissional para o SUS. Junto a essa ponderação, numa conjuntura de desmonte das políticas sociais e de luta na defesa dos direitos sociais, nos induziu a questionar: quais as atuais tendências ideopolíticas constantes nos projetos de formação profissional das Residências Multiprofissionais em Saúde?

Essa indagação tornou-se central para dar direcionamento teórico-metodológico ao processo investigativo deste estudo. O nosso ponto de partida foi buscar apreender os fundamentos teórico-metodológicos que compõem o arcabouço dos Projetos Políticos-Pedagógicos (PPPs) e se materializam nas tendências ideopolíticas que determinam o perfil do egresso.

No Brasil, percebe-se a coexistência de duas principais concepções de educação que direcionam a formação profissional em saúde. Primeiro, há a perspectiva emancipadora da educação, proporcionando ao profissional de saúde uma concepção ampla, histórica e crítica das determinações do processo saúde-doença, com base na Clínica Ampliada e pelo projeto instaurado pelo Movimento de Reforma Sanitária. A segunda é a perspectiva neoliberal de formação, primando pela manutenção dos interesses da sociabilidade capitalista através de uma proposta de formação tecnicista, focalista, polivalente e flexibilizada, voltada para o

¹⁰ Em levantamento realizado pela pesquisa do Grupo de Estudos e Pesquisas dos Fundamentos do Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (GEPEFSS – FSS/UFJF), foram totalizados no Brasil, em 2018, 232 (duzentos e trinta e dois) programas de Residência Multiprofissionais com oferta de vagas para o Serviço Social, sendo, apenas para essa profissão, destinadas 496 (quatrocentas e noventa e seis) vagas.

desenvolvimento de habilidades técnicas para o mercado, com base no projeto privatista da saúde.

Essas concepções de educação ¹¹ estão alinhadas a determinada teoria pedagógica¹², que influencia os sujeitos políticos na construção de um determinado projeto de sociedade. Por sua vez, essas concepções de Educação analíticas respondem a uma proposta emancipatória e coletiva ou a manutenção da ordem societária capitalista. Assim, a teoria pedagógica está voltada para uma prática a-histórica ou uma *práxis* baseada na produção do conhecimento crítico e reflexivo, como instrumento contra-hegemônico ao capital.

Conforme os argumentos de Saviani (2008, p. 12),

[...] se toda teoria pedagógica é teoria da educação nem toda teoria da educação é teoria pedagógica. Isso porque o conceito de pedagogia se reporta a uma teoria que se estrutura a partir e em função da prática educativa, buscando orientar o processo de ensino e aprendizagem. Há, porém, teorias que analisam a educação pelo aspecto de sua relação com a sociedade, não tendo como objetivo formular diretrizes que orientem a atividade educativa. São, sem dúvida, teorias da educação. Mas não são teorias pedagógicas.

As Residências em Saúde resultam de constructos políticos e ideológicos que devem estar contidos no PPP, orientados por arcabouço teórico que articulam a direção política e a *práxis* pedagógica¹³, com base em três concepções fundantes — educação, trabalho e saúde. Além disso, é importante aqui destacar que:

As residências não possuem diretrizes curriculares fortemente estabelecidas, existem indicações aos seus projetos pedagógico-curriculares emanadas da Comissão Nacional de Residências em Saúde – CNRMS, bem como não há uma definição de como devem se dar as aprendizagens e limites ou extensão de cenários de prática (DELLEGRAVE; CECCIM, 2018, p. 878).

Os PPPs dos programas de residência são “[...] frutos de uma produção coletiva, com o objetivo de nortear e conduzir o processo de formação, buscando superar desafios políticos e pedagógicos” (NETO et al., 2015, p. 587), portanto, expressam no seu interior uma concepção de sociedade e de visão de mundo, por conseguinte,

¹¹ Cf.: SAVIANI (2011); GENTILI (2009); FRIGOTTO (2015)

¹² Cf.: SAVIANI (2007; 2017)

¹³ Fundamentada pelas “categorias ‘contradição’, ‘determinação’, ‘reprodução’, ‘mudança’, ‘trabalho’, ‘práxis’, ‘necessidade’, ‘possibilidade’ aparecem frequentemente na literatura, sinalizando já uma perspectiva da educação, a perspectiva da pedagogia da *práxis*. Essas categorias tornaram-se clássicas na explicação do fenômeno da educação, principalmente a partir de Hegel e de Marx. A dialética constitui-se, até hoje, no paradigma mais consistente para analisar o fenômeno da educação” (GADOTTI, 2000, p. 10).

manifestam determinadas teorias da educação que dão aporte às mais diversas tendências presentes na prática pedagógica¹⁴.

Os PPPs possuem uma dinâmica comum, apesar de estarem inseridos em instituições distintas, em que apontam o direcionamento e posicionamento ideopolítico-pedagógico para a formação dos trabalhadores de saúde. É um documento normativo, contudo, democrático e flexível. A sua importância se dá tanto pela sua conformação quanto pelas informações que devem conter dos processos de ensino e aprendizagem, por exemplo, devem conter minimamente as seguintes informações: concepções teóricas, filosóficas e ético-políticas que dão direção ao programa; definir o perfil do tutor (docente), preceptor (profissional do serviço) e egresso (residente); fundamentar as teorias pedagógicas que orientam as práticas educativas; organização didático-pedagógica do acompanhamento tutorial e da preceptoria; estabelecer os mecanismos de interface entre ensino-serviço (inserção na comunidade, extensão, pesquisa, comunicação); criar o organograma; estrutura de funcionamento da coordenação e secretaria do curso; apresentar organização da grade curricular e o planejamento da carga horária teórica e prática; entre outros.

Sendo assim, pode ser avaliado, alterado e estudado sempre que for preciso, orientando os sujeitos envolvidos no processo de aprendizagem, seja embasada pela pedagogia tradicional¹⁵ ou por uma pedagogia baseada na tendência histórico-crítica¹⁶. Ou seja, os PPPs analisados dão visibilidade às mudanças que ocorrem na

¹⁴ Saviani (2009), em sua obra *Escola e Democracia*, classifica que na educação existem várias teorias que fundamentam teórico-metodologicamente as tendências da pedagogia, quais sejam: 1) teorias não críticas (Pedagogia Tradicional; Pedagogia Nova e Pedagogia Tecnista); 2) teorias crítico-produtivistas (Teoria do Sistema de Ensino como Violência Simbólica; Teoria da Escola como Aparelho Ideológico de Estado e Teoria da Escola Dualista); 3) teoria crítica (Tendência Histórico-Crítica).

¹⁵ Saviani diz “Chamo essa corrente de crítico-reprodutivista porque não se pode negar seu caráter crítico, se entendermos por concepção crítica aquela que leva em conta os determinantes sociais da educação, em contraposição às teorias não críticas, que acreditam ter a educação o poder de determinar as relações sociais, gozando de uma autonomia plena em relação à estrutura social (nesse sentido nós poderíamos dizer que a pedagogia tradicional, assim como a pedagogia nova e a pedagogia tecnicista, são não críticas). Mas, além de críticas, as teorias em questão são reprodutivistas, no sentido de que chegam invariavelmente à conclusão de que a educação tem a função de reproduzir as relações sociais vigentes. Sendo assim, essa concepção não apresenta proposta pedagógica, além de combater qualquer uma que se apresente. Assim, dada uma sociedade capitalista, sua educação reproduz os interesses do capital” (SAVIANI, 2011, p. 78).

¹⁶ “A fundamentação teórica da pedagogia histórico-crítica nos aspectos filosóficos, históricos, econômicos e político-sociais se propõe explicitamente a seguir as trilhas abertas pelas agudas investigações desenvolvidas por Marx sobre as condições históricas de produção da existência humana que resultaram na forma da sociedade atual dominada pelo capital. É, pois, no espírito de suas investigações que essa proposta pedagógica se inspira. Frise-se: é de inspiração que se trata e não de extrair dos clássicos do marxismo uma teoria pedagógica. Pois, como se sabe, nem Marx, nem Engels, Lênin ou Gramsci desenvolveram teoria pedagógica em sentido próprio. Assim, quando esses autores

realidade social e que permeiam as instituições envolvidas no processo de formação profissional em serviço.

O presente estudo tem por objetivo principal analisar as tendências ideopolíticas-pedagógicas no processo de formação profissional nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMPS) da cidade do Recife/PE. Especificamente: 1) compreender a práxis pedagógica na relação ensino-serviço nos programas de Residência Multiprofissionais em Saúde; 2) identificar os cenários de práticas nos programas de Residência Multiprofissionais em Saúde do Recife/PE; 3) analisar o direcionamento ideopolítico dos projetos político-pedagógicos dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde em Recife/PE;

Nos aspectos metodológicos, para se atingir os objetivos deste estudo, optamos pela abordagem exploratória, qualitativa e a pesquisa documental. A coleta de dados de fontes primárias são documentos de domínio público (atas, relatórios, outros). A análise dos dados seguiu da técnica de Bardin (2009) de Análise de Conteúdo, bem como os procedimentos metodológicos de análise que estão organizados três etapas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação¹⁷ (BARDIN, 2009).

Destarte, a partir de aproximações sucessivas aos aportes teóricos do objeto de estudo, definimos 04 eixos, que nortearam a elaboração do roteiro de análise, composto por categorias pertinentes à temática investigada, a saber: 1) projetos societários – emancipatório e coletivo (contra-hegemônico) ou a serviço de reprodução do capital (hegemônico) que conformam as tendências ideopolítico-pedagógicas dos programas de Residência Multiprofissionais; 2) concepções de saúde (projeto de Reforma Sanitária Brasileira, privatista ou SUS possível), educação (tradicional, conservadora ou histórica-crítica) e trabalho (tecnicista/alienante ou emancipatório) adotadas no arcabouço dos projetos pedagógicos vinculados ou não a um determinado projeto societário; 3) tendências ideopolíticas – conservadoras ou

são citados o que está em causa não é a transposição de seus textos para a pedagogia e, nem mesmo, a aplicação de suas análises ao contexto pedagógico”(SAVIANI, 2008, p. 25),

¹⁷ Resumindo, a pré-análise é o primeiro contato do pesquisador com os documentos coletados. Nessa etapa realizamos leituras flutuantes dos documentos para conhecer e definir sua inclusão ou não na análise. A exploração do material nos guia para definir as categorias de análise, tendo como base as leituras aprofundadas do quadro referencial teórico pertinente ao objeto de estudo e novas concepções que dela derivaram. Em seguida, o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esse último alia diversas categorias existentes em cada documento bem como as concepções semelhantes identificadas.

de resistência e luta; 4) perfil dos egressos – um especialista com uma qualificação técnica voltada para o mercado ou um profissional comprometido com a emancipação humana.

Consideramos ainda como recorte de análise as contradições presentes no arcabouço metodológico do PPP. Além disso, consideramos no modelo de gestão proposto a participação de todos os sujeitos envolvidos. Nessa análise podemos evidenciar uma proposta de gestão pedagógica conservadora (racionalidade tecnicista, restrita, hierárquica e burocrática) ou uma gestão participativa e democrática (inclusiva, crítica, reflexiva).

Esta investigação contou com três etapas. Na primeira, realizamos um levantamento bibliográfico sobre o tema em revistas de periódicos eletrônicos, trabalhos de conclusão de curso, teses e dissertações, artigos em livros, relatórios e documentos técnicos públicos do MS e do MEC disponibilizados on-line em seus sites.

Na segunda, realizamos um levantamento das atas de reunião da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), entre os anos de 2014 e 2018. A leitura prévia das atas nos aproximou das dificuldades dos programas, bem como demonstrou similaridade entre as denúncias referentes ao processo de trabalho, relação entre as instituições de ensino e os campos de práticas.

Na terceira etapa foi definido o universo da pesquisa¹⁸. Inicialmente foram todos os Programas de Residência Multiprofissionais do Recife, capital de Pernambuco. A escolha se baseou, para além da aproximação do pesquisador com o local, no fato do município contar com a maior concentração de programas de Residências em todo o estado de Pernambuco. Portanto, este possui uma quantidade maior de vagas e um número maior de especializações em diferentes níveis de atenção à saúde. Além disso, o município de Recife/PE tem influente representação em âmbito regional e nacional em aspectos econômicos, políticos e sociais¹⁹.

¹⁸ Durante a elaboração deste estudo vivenciamos o agravamento das condições de saúde da população devido ao início da pandemia do COVID-19, em março de 2020, em Recife e, posteriormente, em todas regiões do estado de Pernambuco.

¹⁹ Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Recife/PE tem uma população estimada de 1.645.727 pessoas (IBGE, 2019), sendo a terceira cidade mais populosa do Nordeste e a nona entre as capitais brasileiras. Conforme último levantamento disponível no IBGE (2010), Recife possui o maior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) dentre as nove capitais do nordeste – escala IDHM em 0,772 (de 0 a 1). Contudo, em contramão aos dados de desenvolvimento humano, o Índice de Gini do município demonstrou, no mesmo período da pesquisa realizada pelo IBGE (2010), numa escala de 0 a 1, o coeficiente de 0,68 (aumento de um décimo comparado ao ano de 2000, que totalizou 0,67) (BDE, 2010). Conforme os dados do Índice de Gini,

A cidade de Recife também se apresenta enquanto referência na área da saúde. Conforme levantamento realizado pelo IBGE (2009), a cidade tinha 274 estabelecimentos de saúde SUS, ficando apenas atrás de Salvador/BA (que possui 367 estabelecimentos de saúde SUS²⁰). Grande parte dos hospitais de referência do estado de Pernambuco para o tratamento de diversas doenças crônicas se concentram na capital.

O Plano Municipal de Saúde de 2018-2021 do Recife demonstra que a rede hospitalar é composta “[...] por 73 hospitais, sendo 32 Hospitais Especializados, 40 Hospitais Gerais e 1 Hospital Dia. Esses hospitais são de gestão pública (municipal, estadual e federal), privada e filantrópica” (2018, p. 58). Para a descentralização dos serviços de saúde, o município atualmente é dividido em oito Distritos Sanitários em Saúde, além de ter uma Rede de Apoio Psicossocial ampla com serviços de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos específicos em hospitais conveniados, além das Equipes de Consultório de Rua e Equipes de Consultório na Rua.

Para compor o corpus da pesquisa enviamos carta de anuência para os programas solicitando os Projetos Políticos-Pedagógicos para serem incluídos na pesquisa documental. Apenas 07 (sete) de um total de 14 (catorze) responderam com aceite e enviaram os dados solicitados.

Este estudo foi desenvolvido em três capítulos, os quais apresentamos ao leitor. No primeiro refletimos o nosso objeto de estudo, a relação entre educação, trabalho e saúde – que se estabelecem na sociabilidade capitalista. Tendo como ponto de partida as múltiplas dimensões que estruturam a relação trabalho e educação, buscamos apreender, a partir da perspectiva da totalidade, as particularidades dessa relação no campo da saúde, bem como as tendências presentes na formação profissional em saúde.

No segundo capítulo realizamos uma análise do movimento e da dinâmica dos Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde – PRMS, sua estrutura e fundamentos que compõem a formação multiprofissional em saúde. Refletimos sobre o processo de construção da relação educação, trabalho e saúde a partir da criação

Recife se encontra enquanto o município com maior índice de desigualdade de renda do país, demonstrando uma realidade de desigualdade social e econômica significativa.

²⁰ Dados referentes ao período do levantamento de dados da pesquisa.

da Política de Educação Permanente²¹ em Saúde – EPS, criado pelo Ministério da Saúde brasileiro para consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS). Discorreremos também sobre os impactos do movimento de contrarreforma do Estado Brasileiro para o trabalho e a formação em saúde em seu âmbito internacional e nacional, analisando também, conseqüentemente, os debates nos PRMS.

No terceiro capítulo, parte em que se expressam os resultados da pesquisa documental dos Projetos Político-pedagógicos dos Programas de Residência Multiprofissionais do Recife/PE, foi possível compreender as propostas diretrizes para a formação dos recursos humanos profissionais da Saúde para o SUS, sendo analisadas as tendências ideopolítico-pedagógicas desses programas. Nas aproximações conclusivas, refletiu-se sobre as potencialidades, limites e possibilidades da formação nesse formato de especialização, sendo levantada uma breve análise de conjuntura das Residências diante do cenário de pandemia do novo coronavírus (COVID-19).

Este estudo nos levou a diversas provocações teóricas na tentativa de responder à nossa questão central de pesquisa, sobretudo, devido à conjuntura de retrocessos no campo das políticas sociais — educação, trabalho e saúde. Espera-se contribuir com as análises sobre o processo de construção da formação profissional em serviço, uma vez que consideramos que a conjunta descrita acima nos exige (além da resistência): a reflexão sobre a direção da formação de profissionais para atuarem em resposta às demandas reais; na idealização de práticas vinculadas aos legítimos interesses e necessidades de saúde dos/as usuários/as; na consolidação da participação popular e do exercício do controle social; na realização de ações interdisciplinares que apontem para a superação do tecnicismo e do modelo de saúde médico-centrado; na produção da pesquisa como mecanismo de resposta aos problemas da gestão e à produção de conhecimento do processo saúde/doença.

21 Segundo Batista (2013, p. 110), “Há quatro outras portarias do Ministério da Saúde sobre a PNEPS: uma que arranja sobre suas diretrizes de implementação em 2007 e as três seguintes que tratam sobre seus recursos financeiros. A Portaria GM/MS nº 1.996 (...), além de reconhecer as diretrizes curriculares, dentre outros artigos e resoluções anteriores, reafirma a EP como conceito pedagógico referendado na dimensão do trabalho e na aprendizagem significativa, reforçando, desse modo, a reorientação das práticas de educação em saúde, dos profissionais e da organização do trabalho. A portaria centra-se, ainda, na elaboração de Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde, em parceria com diversos órgãos governamentais, instâncias interinstitucionais e atores, e, principalmente, instaura as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES)”.

Por fim, esperamos que este estudo possa contribuir com futuras análises relacionadas ao processo de construção da formação profissional em saúde emancipadora, pois esta é uma tendência ainda a ser consolidada no âmbito do SUS.

Capítulo 1 – EDUCAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE: uma análise sobre as bases ideopolíticas e pedagógicas na sociabilidade capitalista

Para analisar das tendências ideopolíticas e pedagógicas na formação em Residências Multiprofissionais em Saúde, ponto de partida deste estudo, requer compreensão acerca das múltiplas dimensões que estruturam a especialização do trabalho para a política de saúde brasileira. Além disso, também é necessário compreender as particularidades da relação trabalho, educação e saúde, bem como as tendências presentes na formação para o Sistema Único de Saúde.

Portanto, para início da nossa discussão neste estudo, optamos por trazer neste primeiro capítulo a reflexão sobre a formação na área da saúde a partir da relação trabalho e educação na perspectiva histórico-ontológica, mediadas pelas bases ideopolíticas e pedagógicas que estruturaram essa relação na sociabilidade capitalista.

Logo após, buscamos discorrer sobre a relação trabalho e educação no setor saúde, no qual se apreenderá as diferentes perspectivas ideológicas que embasam o desenvolvimento histórico do trabalho na saúde nos sistemas de saúde, principalmente baseados pelos órgãos internacionais de saúde – a exemplo a Organização Mundial de Saúde.

1.1 Considerações Históricas sobre a Relação Trabalho e Educação

Para entendermos a relação trabalho e educação em sua totalidade, faz-se importante realizar o resgate histórico dessas categorias de análise. Entendemos a categoria trabalho enquanto essência do ser social, constituinte do seu processo histórico, a qual Marx define como “um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza” (2017, p. 255). O que diferencia o gênero humano dos animais é a capacidade da racionalidade através do trabalho, podendo transformar a natureza a adaptar-se a si para o atendimento de suas necessidades.

Concordamos com Saviani (2007) quando argumenta que o trabalho e a educação são partes constitutivas da formação humana, ou seja, uma relação histórico-ontológica do ser social. A educação vem nesse processo histórico como

elemento constitutivo da formação do gênero humano, sendo a origem da educação a própria origem do ser social através de sua essência: o trabalho.

[...] o homem não nasce homem. Ele forma-se homem. Ele não nasce sabendo produzir-se como homem. Ele necessita aprender a ser homem, precisa aprender a produzir sua própria existência. Portanto, a produção do homem é, ao mesmo tempo, a formação do homem, isto é, um processo educativo. A origem da educação coincide, então, com a origem do homem mesmo (SAVIANI, 2007, p. 154).

Deste modo, entendemos que a relação entre trabalho e educação, na origem do ser social, é parte do processo histórico-ontológico da sua identidade. De tal modo, as necessidades humanas eram satisfeitas pelo produto do trabalho social, comum aos seres humanos que se formavam em comunidades.

A relação direta da educação com o trabalho era reproduzida nas trocas de aprendizagens, pela comunicação que se desenvolvia e com a educação transmitida de gerações para gerações com vistas a subsistência da espécie. Segundo Saviani, a humanidade aprendia a se reproduzir a partir do próprio ato de produção do seu trabalho. Ainda, conforme assevera o autor, “eles aprendiam a trabalhar trabalhando” (2007, p. 154).

As gerações eram educadas para a permanência da existência da espécie a partir dos conteúdos exitosos do processo de experiência do trabalho no qual, “a produção da existência implica o desenvolvimento de formas e conteúdos cuja validade é estabelecida pela experiência, o que configura um verdadeiro processo de aprendizagem” (SAVIANI, 2007, p. 154).

Ainda, segundo o autor, as experiências do trabalho não exitosas eram eliminadas, permanecendo aquelas que possibilitassem o melhor desenvolvimento da comunidade, pois “necessitam ser preservados e transmitidos às novas gerações no interesse da continuidade da espécie” (SAVIANI, 2007, p. 154). Com isso, torna-se nítida a relação entre trabalho e educação enquanto componentes formadores do ser social.

A relação trabalho-educação tem sua metamorfose no movimento histórico de mudanças nas formas de sociabilidade. O advento da propriedade privada foi momento expressivo para mudanças estruturais nessa relação que passa a ter outras determinações.

Saviani reflete que nesse momento histórico surge a divisão social por classes: a classe dos proprietários e dos não-proprietários. Essa divisão social de classes se

espraia na relação trabalho-educação através do seu desmembramento, expressando-se na cisão da unidade da educação, antes enquanto constitutiva ao processo de trabalho.

A partir do escravismo antigo passaremos a ter duas modalidades distintas e separadas de educação: uma para a classe proprietária, identificada como a educação dos homens livres, e outra para a classe não-proprietária, identificada como a educação dos escravos e serviçais. A primeira, centrada nas atividades intelectuais, na arte da palavra e nos exercícios físicos de caráter lúdico ou militar. E a segunda, assimilada ao próprio processo de trabalho (SAVIANI, 2007, p. 155).

Nos princípios da divisão da sociedade em classes, o trabalho e a educação passam a ter sua divisão em uma dupla identidade: entre o trabalho manual — referente à classe dos não-proprietários (constituída principalmente pelos escravos e serviçais), no qual a educação é dada pelo próprio processo de produção — e o trabalho intelectual — dado restritamente à classe dos proprietários (os homens livres), sendo a educação institucionalizada e acessada pelas escolas. Esse formato de relação perdurou por séculos no lastro histórico da humanidade, sofrendo modificações a partir das mudanças organizativas do processo de trabalho e produção da sociedade.

Saviani assinala que a transição da sociedade feudal para o modo de produção capitalista demarca o surgimento de uma nova determinação da relação trabalho-educação. Ao analisar esse processo histórico de transição, o autor afirma:

Nessa nova forma social, inversamente ao que ocorria na sociedade feudal, é a troca que determina o consumo. Por isso esse tipo de sociedade é também chamado de sociedade de mercado. Nela, o eixo do processo produtivo desloca-se do campo para a cidade e da agricultura para a indústria, que converte o saber de potência intelectual em potência material. E a estrutura da sociedade deixa de fundar-se em laços naturais para pautar-se por laços propriamente sociais, isto é, produzidos pelos próprios homens. Trata-se da sociedade contratual, cuja base é o direito positivo e não mais o direito natural ou consuetudinário. Com isso, o domínio de uma cultura intelectual, cujo componente mais elementar é o alfabeto, impõe-se como exigência generalizada a todos os membros da sociedade. E a escola, sendo o instrumento por excelência para viabilizar o acesso a esse tipo de cultura, é erigida na forma principal, dominante e generalizada de educação. Esse processo assume contornos mais nítidos com a consolidação da nova ordem social propiciada pela indústria moderna no contexto da Revolução Industrial (SAVIANI, 2007, p. 158).

A ascensão do modo de produção capitalista trouxe modificações estruturais no processo de trabalho, antes entendida enquanto geradora de valor de uso, agora

também geradora de valor de troca e de mais-valia²². A relação de trabalho no capitalismo se expressa não mais no trabalho servil/escravo (explicitamente), mas pela relação de compra e venda da força de trabalho. A classe proprietária, agora constituída pela burguesia — detentores dos meios de produção —, realizam a compra da força de trabalho da classe trabalhadora.

Marx (2017, p. 262) em seus escritos elucida a forma como se manifesta a nova forma de realização do trabalho no modo de produção capitalista:

Como processo de consumo da força de trabalho pelo capitalista, o processo de trabalho revela dois fenômenos característicos. [1] O trabalhador labora sob o controle do capitalista, a quem pertence seu trabalho. O capitalista cuida para que o trabalho seja realizado corretamente e que os meios de produção sejam utilizados de modo apropriado, a fim de que a matéria-prima não seja desperdiçada e o meio de trabalho seja conservado, isto é, destruído apenas na medida necessária à consecução do trabalho. [2] Em segundo lugar, porém, o produto é propriedade do capitalista, não do produtor direto, do trabalhador. O capitalista paga, por exemplo, o valor da força de trabalho por um dia. Portanto, sua utilização, como a de qualquer outra mercadoria – por exemplo, um cavalo – que ele aluga por um dia, pertence-lhe por esse dia. [...] O processo de trabalho se realiza entre coisas que o capitalista comprou, entre coisas que lhe pertencem.

Entende-se que a divisão social de classe se intensifica e se complexifica ao longo da história da sociabilidade do capital. A força de trabalho da classe trabalhadora passa a se subordinar cada vez mais à lógica do modo de produção capitalista, no qual tenta usurpar ao máximo o excedente produzido pelo/a trabalhador/a — a mais-valia, principal fonte geradora de capital. A partir dos estudos realizados por Marx (2017), passamos a apreender também que o produto do trabalho produzido a partir do uso da força da classe trabalhadora deixa de pertencer-lhe, sendo propriedade da classe burguesa.

Concorda-se com Saviani (2007) quando afirma que o modo de produção capitalista transforma a potência intelectual em potência material, ou seja, a ciência se transforma em meio para a criação de novas formas de potencializar o processo produtivo — através da criação e renovação de maquinarias e meios de produção —, assim como na criação de meios para a ampliação das formas de extração da mais-valia do trabalhador. Ao passo que se complexifica o processo de trabalho, maior estranhamento o trabalhador tem do produto de seu trabalho.

²² Para aprofundamento sobre a relação entre trabalho e capital, indica-se *O capital (livro 1)* de Karl Marx.

Antunes e Pinto (2017, p. 13) asseveram que “o/a trabalhador/a que não se reconhece no produto do seu trabalho e dele não se apropria é um/a trabalhador/a que não se reconhece no próprio processo laborativo que realiza. Ele/a não se realiza, mas se aliena, se estranha e se fetichiza no próprio processo de trabalho”.

Antunes argumenta que refletir sobre o trabalho no modo de produção capitalista requer:

[...] considerar o trabalho como um momento fundante da vida humana, ponto de partida no processo de humanização, por outro lado, a sociedade capitalista o transformou em trabalho assalariado, alienado, fetichizado. O que era uma finalidade central do ser social converte-se em meio de subsistência. A força de trabalho torna-se uma mercadoria, ainda que especial, cuja finalidade é criar novas mercadorias e valorizar o capital. Converte-se em meio e não primeira necessidade de realização humana (ANTUNES, 2009, p. 232).

A relação trabalho e educação, com o advento da Revolução Industrial possibilitada pelo avanço produtivo do modo de produção capitalista, passa a sofrer novas determinações, pois, como visto, essa relação está intrinsecamente relacionada às formas de organização da sociedade. Observe que nesse período histórico, exige-se um mínimo acesso da classe trabalhadora à educação intelectual para o manuseio, manutenção e conservação das máquinas.

Essa forma de acesso à educação institucionalizada se dava restrita às necessidades de manutenção do processo de trabalho fabril, ou seja, era moldada aos interesses do desenvolvimento capitalista através da regulação do trabalho (e posteriormente da vida) da classe trabalhadora. Esse foi o cenário histórico de surgimento da formação formal mínima da força de trabalho, com a criação das escolas de formação geral e profissionalizantes, com a finalidade de atender às necessidades produtivas da indústria para o crescimento do processo de acumulação do capital (SAVIANI, 2007).

A universalização da escola primária promoveu a socialização dos indivíduos nas formas de convivência próprias da sociedade moderna. Familiarizando-os com os códigos formais, capacitou-os a integrar o processo produtivo. A introdução da maquinaria eliminou a exigência de qualificação específica, mas impôs um patamar mínimo de qualificação geral, equacionado no currículo da escola elementar. Preenchido esse requisito, os trabalhadores estavam em condições de conviver com as máquinas, operando-as sem maiores dificuldades (SAVIANI, 2007, p. 159).

O modo de produção capitalista possibilitou o avanço produtivo, contudo, baseado no aprofundamento da divisão social (e desigual) de classe. Com o processo de exploração do trabalho, a relação capital e trabalho não se deu harmoniosamente — assim como nenhuma relação entre classes se deu ao longo da história humana (a exemplo da luta de negros e negras escravizados/as contra as formas de apropriação de suas vidas pela classe proprietária).

Na sociabilidade capitalista, as formas de intensificação, precarização e pauperização do trabalho, ocorridas nas fábricas e nas demais formas de subordinação do trabalho com vistas ao máximo acúmulo de capital pela classe burguesa, suscitaram nas lutas da classe trabalhadora por melhores condições de trabalho e de vida.

A organização da classe trabalhadora eclodiu nas diversas formas de manifestação (paralisações, diminuição proposital da produtividade, depredação de máquinas, entre outras). Essa organização da classe trabalhadora refletiu na conquista de direitos sociais, como estratégia da classe dominante para amenizar os impactos gerados para o processo de acumulação de capital.

Assim, a relação trabalho-educação passa a ser instrumento para o desenvolvimento produtivo e reprodutivo da sociabilidade do capital, tornando-se meio para possibilitar a conformação da classe trabalhadora aos seus interesses. É importante aqui lembrar que essa relação se apresenta mediada pela educação institucionalizada

[...] especialmente nos últimos 150 anos, serviu – no seu todo – ao propósito de não só fornecer os conhecimentos e o pessoal necessário à máquina produtiva em expansão do sistema do capital, como também gerar e transmitir um quadro de valores que *legitima* os interesses dominantes, como se não pudesse haver nenhuma alternativa à gestão da sociedade, seja na forma ‘internalizada’ (isto é, pelos indivíduos devidamente ‘educados’ e aceitos) ou através de uma dominação estrutural e uma subordinação hierárquica e implacavelmente impostas (MÉSZÁROS, 2008, p. 35).

Nesse cenário, com o desenvolvimento das diversas áreas científicas, busca-se investir em conhecimentos que potencializassem o modo de produção e de acumulação de capital. A ideologia burguesa, desde seus primórdios, baseada na corrente ideológica do liberalismo, passa a ter seu desenvolvimento expresso em teorias, como os teóricos economistas do século XVIII Adam Smith, David Ricardo e Stuart Mill. As teorias econômicas que se gestam no capitalismo buscaram consolidar a hegemonia da sua ordem societária, além de desenvolvê-la e preservá-la.

Pereira e Ramos ressaltam a importância da apropriação da ciência e do conhecimento pelo capital para a manutenção da sua ordem:

[...] se a sociedade capitalista é baseada na propriedade privada dos meios de produção, se o conhecimento científico é um meio de produção, uma força produtiva, ela deveria ser propriedade privada da classe dominante. Sabe-se que os trabalhadores não podem ser expropriados de forma absoluta dos conhecimentos, porque sem conhecimentos eles não podem produzir e, por consequência, não acrescentam valor ao capital. Por causa disso o capital cria mecanismos através dos quais procura expropriar o conhecimento dos trabalhadores e sistematizar, elaborar esses conhecimentos e os desenvolver na forma parcelada. O taylorismo é a expressão mais típica do que foi assinalado (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 17).

Frederick Taylor foi um dos teóricos da gestão do trabalho no final do século XIX e início do século XX, que expressou mudanças significativas na formação dos/as trabalhadores/as. Taylor buscou pensar na melhor forma de adaptar o/a trabalhador/a ao modo de produção capitalista através de uma administração “científica”. A partir da ótica da classe dos proprietários dos meios de produção, Taylor compactuava com a perspectiva ideológica da divisão entre o trabalho predominantemente manual e o trabalho intelectual, sendo o primeiro necessário para a produção e o segundo para dar “assistência” ao processo de produção, otimizando-a (ANTUNES; PINTO, 2017). Em meio à luta de classes, Taylor buscou com seus métodos dissolver as possibilidades de organização da classe trabalhadora.

Antunes e Pinto (2017, p. 24) asseveram que o objetivo dos métodos de Taylor era “a extração do conhecimento da classe trabalhadora a fim de liquidar seu poder de barganha em face dos/as compradores/as de força de trabalho”. Os autores assinalam ainda que o método proposto por Taylor, a partir da gerência da força de trabalho, visou a otimizar a produção e o uso do trabalho através de uma gerência do capital ativa — mesmo essa gerência sendo realizada de forma assalariada — “na incumbência de prestar ‘assistência’ aos/às trabalhadores/as na imposição de métodos ditos ‘científicos’ ” (ANTUNES; PINTO, 2017, p. 24).

Ainda para os autores, Taylor afirma que há trabalhos “improdutivos” relevantes à produção de valor, necessários para a gestão do processo de trabalho — geralmente sendo esse trabalho predominantemente intelectual. Para expressar seus objetivos gerenciais, fazia-se necessário um “empreendimento ‘pedagógico’ que permita verter tais imposições da gerência aos níveis operacionais” (ANTUNES; PINTO, 2017, p. 31).

Eis, pois, o objetivo central do taylorismo: reverter a dependência dos proprietários dos meios de produção para com a classe trabalhadora, não apenas quanto à compra da força de trabalho no mercado e seu adequado consumo na produção, mas também no que tange à própria reprodução da força de trabalho para além dessas esferas. O resultado não poderia ser outro senão a ampliação das fraturas sociais em uma sociedade já fragmentada entre proprietários dos meios de produção e trabalhadores/as despossuídos/as. Afinal, uma fração dos/as próprios/as assalariados/as é destinada à usurpação do conhecimento historicamente elaborado pela sua própria classe, a fim de distorcê-lo visando otimizar o consumo da força de trabalho junto aos meios e objetos de trabalho pertencentes ao capital. Por outro lado, uma fração imensa dos/as trabalhadores/as somente executa o seu trabalho mediante ordenamento estritos, supostamente ‘científicos’ (ANTUNES; PINTO, 2017, p. 32).

No início do século XX, com o desenvolvimento acelerado da grande indústria fabril e do setor automotivo nos países de capitalismo central e com a incorporação do taylorismo como modo de organização do trabalho, ocorre uma mudança estrutural no processo de trabalho advinda pela sistematização realizadas por Henry Ford.

Ford, assim como o Taylor, buscou trazer mudanças na organização do trabalho com fins a melhor adaptação do trabalhador ao modo de produção capitalista. Contudo, para além do modo de produção, Ford realiza um grande salto ao intervir não só na organização do trabalho e na produção direta, mas também na forma de consumo e circulação do produto no mercado.

[...] É evidente que a implantação desse sistema levou à especialização das atividades de trabalho a um nível de limitação e simplificação tão extremos que, embora no âmbito coletivo, do trabalho cooperado, o resultado fosse uma enorme produtividade, ao nível dos postos individuais, a linha fordista convertia os/as trabalhadores/as em ‘apêndices’ da maquinaria (ANTUNES; PINTO, p. 41).

O pensamento de Ford teve grande disseminação durante a crise da década de 1930, como estratégia importante para a reestruturação do modo de produção capitalista e busca pelo retorno ao processo de acumulação de capital. O fordismo tinha na produção de massa e no consumo de massa sua chave para “um novo sistema de reprodução da força de trabalho, uma nova política de controle e gerência do trabalho, uma nova estética e uma nova psicologia, em suma, um novo tipo de sociedade democrática, racionalizada, modernista e populista” (HARVEY, 2006, p. 121).

O fordismo adentrou no modo de produção através da introdução de uma linha de montagem em que o/a trabalhador/a se especializa em uma determinada função, repetitiva e com pouca exigência intelectual, transformando o/a trabalhadora/a em um “apêndice” da maquinaria. O sistema fordista também adentrou no modo de

reprodução da sociedade, conduzindo uma ideologia de vida que possibilitasse ao/à trabalhador/a “um novo complexo de valores, hábitos e normas de conduta” produzindo “uma nova forma de pensar e agir, uma nova sociabilidade” (ANTUNES; PINTO, 2017, p. 60).

Em seus estudos, Antunes e Pinto elucidam que o binômio taylorismo-fordismo deu bases para uma reestruturação produtiva que possibilitou pensar em um novo modo de produção fabril e em um novo tipo de classe trabalhadora. Em relação à educação nessa fase do capitalismo, os autores trazem que imperou a “pragmática da especialização fragmentada”, na qual a escola passa a ser funcional ao aprofundamento da divisão entre teoria e prática, empobrecida de reflexões sobre a realidade, moldando a classe trabalhadora às qualificações técnicas “nos limites da coisificação e da fragmentação imposta pelo processo de trabalho capitalista” (ANTUNES; PINTO, 2017, p. 79).

A educação fordista promovia a obediência do/a trabalhador/a ao mercado de trabalho e sua adaptação ao novo processo de trabalho fragmentado, hierarquizado e especializado. Os autores resumem que a escola no modelo fordista “enaltece muito mais a prática, a aplicação e a experimentação em detrimento do conceito, da teoria e da reflexão. Razão instrumental, de um lado; trabalho parcelar, fragmentado e coisificado, de outro” (ANTUNES; PINTO, 2017, p. 79).

Tonet (2012, p. 13) analisa que a educação no modelo fordista “deveria preparar os indivíduos para o exercício de uma determinada profissão que, assim se esperava, seria exercida até o tempo da sua aposentadoria”, pois havia a perspectiva do pleno emprego, estável e acobertado por direitos sociais a partir do Estado. O autor complementa que essa educação “teria, necessariamente, um caráter predominantemente informativo e limitado, pois o conteúdo de que o trabalhador necessitava não exigia um pensamento crítico e capacidade inventiva” (TONET, 2012, p. 13).

Na metade do século XX, a nova fábrica — baseada no taylorismo-fordismo, na produção e no consumo de massa — possibilitou um rearranjo no modo de acumulação de capital. Esse novo modo de produção e reprodução da sociedade capitalista necessitava ter pelo Estado a criação de estratégias para a adaptação da classe trabalhadora ao novo sistema gestado nesse período.

Conforme Harvey (2006, p. 129):

O Estado, por sua vez, assumia uma variedade de obrigações. Na medida que a produção de massa, que envolvia pesados investimentos em capital fixo, requeria condições de demanda relativamente estáveis para ser lucrativa, o Estado se esforçava por controlar ciclos econômicos com uma combinação apropriada de políticas fiscais e monetárias no período pós-guerra. Essas políticas eram dirigidas para as áreas de investimento público — em setores como o transporte, os equipamentos públicos, etc. — vitais para o crescimento da produção e do consumo de massa e que também garantiam um emprego relativamente pleno. Os governos também buscavam fornecer um forte complemento ao salário social com gastos de seguridade social, assistência médica, educação, habitação, etc. Além disso, o poder estatal era exercido direta ou indiretamente sobre os acordos salariais e os direitos dos trabalhadores na produção.

Gentili (1998) corrobora que a educação no período taylorista-fordista, principalmente na segunda metade do século XX pós-guerra (principalmente nos países de capitalismo central), tinha como perspectiva a preparação da classe trabalhadora ao mercado de trabalho, que se encontrava em expansão pela promessa do pleno emprego, ou seja, caracterizava-se enquanto uma formação ao emprego.

Ainda, conforme assinala o autor, a escola era a instituição fundamental para essa atividade de formação do “capital humano”, pois ela possibilitava a “integração econômica da sociedade, formando o contingente (sempre em aumento) da força de trabalho que se incorporaria gradualmente ao mercado” (GENTILI, 1998, p. 80). O autor também destaca o papel do Estado para a formação da força de trabalho para o mercado, no qual tinha “desempenho decisivo na captação dos recursos financeiros e na atribuição e distribuição de verba destinadas ao sistema educacional” (ibidem, p. 80).

O esgotamento do modelo taylorista-fordista ocorre com a eclosão da crise de acumulação do capital dos anos 1970, acarretando novas configurações no processo de produção e reprodução capitalista. Consequentemente, a relação trabalho e educação também se reconfigura para atender às perspectivas do projeto ascendente do neoliberalismo e da sua reestruturação produtiva.

1.2 Reestruturação Produtiva, Neoliberalismo e seus Impactos na Relação Trabalho e Educação

A aceleração do investimento no desenvolvimento das forças produtivas, impulsionado principalmente pela busca da superação da crise de acumulação de capital, acarretou a ascensão de tecnologias mais sofisticadas que possibilitaram a substituição da força de trabalho pelas máquinas autônomas. Esse fenômeno exigiu

do capital uma nova reestruturação produtiva que garantisse a eficácia e eficiência do modo de produção e reprodução do capital.

Entende-se assim que as reestruturações produtivas advêm enquanto respostas para um cenário de crise estrutural da acumulação do capital, desdobrando-se na complexificação dos meios de produção e reprodução da sociedade.

Apreende-se, por conseguinte, que a lógica da reestruturação produtiva ocorrida no final do século XX modificou profundamente os processos de trabalho e as formas de reprodução da sociabilidade do capital. Além disso, apreende-se também que nesse momento ocorreu uma maior fragmentação e heterogeneidade da classe trabalhadora, a qual encontra barreiras para seu entendimento orgânico de classe e suas possibilidades de enfrentamento aos ataques impostos pelos aparelhos de hegemonia do capital.

Conforme Alves (2005), a partir da crise de 1970 de superprodução e estagnação da acumulação de capital, surge a necessidade de reestruturar o modelo fordista para atender a novas exigências para retorno do processo de lucro.

Nesse momento, o modelo toyotista ganha destaque, caracterizando-se não apenas como novo modelo de regulação do capitalismo, ao introduzir novas práticas gerenciais e de racionalização da força de trabalho, mas também como modelo que possibilita a captura da subjetividade da classe trabalhadora pela lógica do capital.

Assim, fordismo ainda era, de certo modo, uma 'racionalização inconclusa', pois, apesar de instaurar uma sociedade racionalizada, não conseguiu incorporar as variáveis psicológicas do comportamento operário, que o toyotismo procura desenvolver através dos mecanismos de comprometimento operário que aprimoram o controle da dimensão subjetiva pelo capital (ALVES, 2005, p. 415).

O toyotismo abre as portas para uma nova lógica do modo de produção capitalista: a acumulação flexível. Essa nova lógica traz uma intensificação e precarização da força de trabalho, expressa com a introdução da lógica de trabalho flexível, polivalente e desconstituída da consciência de classe pela cooptação da classe trabalhadora aos interesses da ordem capitalista, caracterizada pela subsunção real do trabalho ao capital.

De acordo com Dal Rosso (2008, p. 23), isso ocorre pois “[...] as mudanças tecnológicas que acontecem de tempos em tempos, além de substituir trabalho, que é sua implicação primeira, também contribuem para aumentar o grau de intensidade”. O autor, ao discutir sobre a intensidade do trabalho, demonstra que o modelo toyotista é marcado pela necessidade de maior esforço das dimensões amplas do trabalhador

(física, intelectual, emocional e relacional), principalmente do seu intelecto. O trabalho perde seu caráter de desenvolvimento da autonomia e liberdade humana.

O que se observa a partir de 1970 é a eclosão de uma nova diretriz ideopolítica que norteará a nova ordem do capital. O neoliberalismo, como foi nomeado, através dos órgãos econômicos internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, busca a expansão do controle do mercado mundial — encabeçado pelos países de capitalismo central — no direcionamento dos Estados em nível global, baseado pelas diretrizes da acumulação flexível. Busca ao mesmo tempo internalizar nas relações sociais o ideário do individualismo, competitividade, mercantilismo e demais formas que conformam a sociedade à racionalidade instrumental. Assim, o neoliberalismo torna integral a mercantilização das formas de produção e reprodução da sociedade.

Com o desenvolvimento tecnológico, crescimento da autonomia das máquinas e com base no modelo da acumulação flexível de produção e reprodução da sociedade, percebe-se o crescimento exponencial das taxas de desemprego e migração do setor de indústria ao setor de serviços.

Muitos trabalhos do setor de indústria se extinguem ou passam a ter a necessidade de menor número de força de trabalho humana envolvida diretamente. Além disso, a força autônoma da máquina gerou a expulsão de um grande contingente de trabalhadores da grande indústria que passam a adentrar no setor de serviços. Desta forma, entende-se que com a ascensão do modelo toyotista, o trabalho passa a se constituir de novas morfologias.

Antunes argumenta sobre o trabalho na contemporaneidade, expondo que “a classe trabalhadora hoje não se restringe somente aos trabalhadores manuais diretos, mas incorpora a totalidade do trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo que vende sua força de trabalho como mercadoria em troca de salário” (ANTUNES, 2018, p. 88). O autor ainda assinala que a classe trabalhadora passa a se constituir pelos trabalhadores considerados improdutivos, ou seja, “aqueles cujas formas de trabalho são utilizadas como serviços, seja para uso público, como os serviços públicos tradicionais, seja para uso capitalista” (ANTUNES, 2018, p. 89).

O fenômeno do toyotismo e da direção ideopolítica neoliberal expandiu mundialmente os índices de desemprego, da crescente informalidade, de vínculos de trabalho precários e de escassos direitos sociais. Entendemos que esse fenômeno gesta um alto contingente do exército industrial de reserva que necessita estar cada

vez mais qualificada e apta à polivalência para sua inserção no mercado formal de trabalho²³.

A acumulação perpétua a uma taxa composta depende da disponibilidade permanente de reservas suficientes de acesso à força de trabalho. O que Marx chama de 'exército industrial de reserva' é, portanto, uma condição necessária para a reprodução e expansão do capital. Esse exército de reserva deve ser acessível, socializado e disciplinado, além de ter as qualidades necessárias (isto é, ser flexível, dócil, manipulável e qualificado quando preciso). Se essas condições não forem satisfeitas, então o capital enfrenta um sério obstáculo à acumulação contínua (HARVEY, 2011, p. 55).

Na atualidade, entender a relação trabalho e educação requer estabelecer mediações com a reestruturação produtiva, iniciada pelo toyotismo, adotada pela ideologia neoliberal. Sob a perspectiva liberal, a educação, na lógica da formação da classe trabalhadora, é mais um instrumento a serviço da acumulação do capital.

No neoliberalismo, a educação e a formação da classe trabalhadora buscam formas de adestramento e conformação do trabalhador ao processo produtivo em vigência. Assim como no processo de trabalho, a educação precisa corresponder à lógica flexível, tecnicista, pragmática e fragmentada, "desenhada segundo a lógica de razão instrumental" (ANTUNES; PINTO, 2017, p. 101).

Colidente à consolidação da educação integradora, que visava a capacitação da força de trabalho ao emprego, agora, na lógica da acumulação flexível, temos o crescimento de uma perspectiva de formação que busca ajustar-se a um cenário de subemprego, flexibilidade, informalidade e aumento da taxa do desemprego. A educação do/a trabalhador/a é voltada ao empreendimento individual — de si para si.

Antunes e Pinto (2017) e Gentili (2008) trazem que nesse contexto se desenvolve a "teoria do capital humano", idealizada por Theodore Schult, em que apercebe a força de trabalho meramente enquanto "capital". A teoria do capital humano "forja uma concepção de si como 'empreendedor/a', nesse sentido, e dispor-se a gerenciar a própria vida analogamente à gestão de uma empresa, como um/a empreendedor/a capitalista" (ANTUNES; PINTO, 2017, p. 102).

²³ Diversos/as autores/as, a exemplo de Antunes e Pinto (2017); Harvey (2011); e Mészáros (2008), realizam densamente essa discussão sobre as novas formas de subordinação do trabalho pelo capital a partir da reestruturação produtiva desencadeada desde a crise de acumulação do capital de 1970 (se intensificando com a crise do capital financeiro de 2008), no qual se recomenda a leitura para maior apreensão sobre a relação capital e trabalho na contemporaneidade.

Gentili (2008) aborda que a acumulação flexível trouxe novas perspectivas diante dos fenômenos que eclodem a partir da crise do capital de 1970. O autor afirma que:

A desintegração da promessa integradora implicou a construção de uma nova esperança, só que desta vez muito mais arriscada para os indivíduos e com um custo social cuja evidência não expressava outra coisa senão a natureza estruturalmente excludente dos novos tempos: a empregabilidade. Mais do que pensar a integração dos trabalhadores ao mercado de trabalho, o desenho das políticas educacionais deveria orientar-se para garantir a transmissão diferenciada de competências flexíveis que habilitem os indivíduos a lutar nos exigentes mercados laborais pelos poucos empregos disponíveis. A garantia do emprego enquanto direito social [...] desmanchou-se diante da nova promessa de empregabilidade como capacidade individual para disputar as limitadas possibilidades de inserção que o mercado oferece (GENTILI, 2008, p. 89).

Tonet (2012) analisa que as mudanças significativas ocorridas pelo novo modelo produtivo da acumulação flexível introduzem cada vez mais a ciência e tecnologia aos processos produtivos, sendo exigido um novo modelo de formação para a força de trabalho, principalmente pelo domínio dessas novas ciências e tecnologias. Faz-se necessário também ao/a trabalhador/a “aprender a pensar, a resolver problemas novos e imprevistos; precisa ter uma formação polivalente, ou seja, uma formação que lhe permita realizar tarefas diversas”, sendo necessário também adquirir competências para “transitar com mais facilidade de um emprego a outro, pois a estabilidade já não faz parte desta nova forma de produção” (TONET, 2012, p. 13).

O debate realizado por diversos autores — por exemplo de Silva (2015a); Frigotto (2015); Enguita (2015); Gentili (2015) — no que se refere ao neoliberalismo, a qualidade total e a educação aponta que a atual tendência da relação trabalho e educação é a busca pela produção de identidade e conformação da classe trabalhadora ao projeto societário imposto pelo imperativo neoliberal, ou seja, a sua cooptação aos interesses da acumulação flexível.

Nessa lógica, a educação adota a ideologia mercantil, assumindo “a fisionomia de uma nova retórica conservadora funcional e coerente com o feroz ataque que hoje sofrem os espaços públicos (democráticos ou potencialmente democráticos)” (GENTILI, 2015, p. 115).

A ideologia neoliberal com base na perspectiva de mercado (livre mercado e livre iniciativa), busca, para a ampliação das formas de acumulação de capital, o menor custo para o máximo resultado, sendo necessária a qualidade total durante

todo o processo produtivo. Com a aceleração tecnológica, como visto, demanda-se menor número de trabalhadores aos diversos processos de trabalho, elevando-se a competitividade com a ampliação do “exército industrial de reserva”.

Eguitta (2015) analisa que a retórica adotada pela reestruturação produtiva a partir da década de 1980, ancorada pela descrença ao Estado na possibilidade de geração do pleno emprego, implanta a mensagem para a sociedade de que “o fenômeno do desemprego é culpa dos indivíduos, os quais não souberam adquirir a educação adequada ou dos poderes públicos que não souberam oferecê-la” (p. 103), afastando a compreensão de que a culpa seria do campo empresarial/industrial, pois “[...] essas que tomam a decisão sobre investimentos e emprego e que organizam os processos de trabalho” (ENQUITA, 2015, p. 103).

Para ter acesso ao competitivo mercado, o/a trabalhador/a é “educado” a se entender enquanto um empreendimento individual (capital humano) que necessita ter qualidade suficiente na sua formação para ser parte do ciclo de qualidade total da atual lógica do modo de produção (e reprodução) do capital.

Com a acelerada privatização, focalização e fragmentação das políticas sociais, nos ditames do neoliberalismo, o acesso aos bens e serviços se contrapõem à lógica socialmente democrática, pois passam a ser restritos. Tudo se torna mercadoria e fonte de empreendimento aos olhos do neoliberalismo, não sendo a educação passível desse processo de mercantilização.

A educação no contexto neoliberal traz consigo propostas pedagógicas que estimulam a competitividade, o individualismo, o empreendedorismo, a polivalência e as múltiplas formas de adaptar e integrar o/a trabalhador/a à nova lógica de acumulação flexível do capital.

Frigotto (2015) entende que a nova retórica do capital tem em seu discurso a “globalização, integração, flexibilidade, competitividade, qualidade total, participação, pedagogia da qualidade e a defesa da educação geral, formação polivalente e ‘valorização do trabalhador’ ”(p. 41), sendo essas, ainda conforme o autor, “uma imposição das novas formas de sociabilidade capitalista tanto para estabelecer um novo padrão de acumulação quanto para definir as formas concretas de integração dentro da nova reorganização da economia mundial” (FRIGOTTO, 2015, p. 41).

Silva (2015a), em seus estudos, nos proporciona uma síntese dos impactos dessa ideologia neoliberal para a sociedade em sua totalidade, ao tratar que:

O discurso da qualidade total, das excelências da livre iniciativa, da 'modernização', dos males da administração pública reprime e desloca o discurso da igualdade/desigualdade, da justiça/injustiça, da participação política numa esfera pública de discussão e decisão, tornando quase impossível pensar numa sociedade e numa comunidade que transcendam os imperativos do mercado e do capital. Ao redefinir o significado de termos como 'direitos', 'cidadania', 'democracia', o neoliberalismo em geral e o neoliberalismo educacional, em particular, estreitam e restringem o campo do social e do político, obrigando-nos a viver num ambiente habitado por competitividade, individualismo e darwinismo social (SILVA, 2015a, p. 22).

Conforme argumenta Saviani (2008, p. 12), "[...] as teorias pedagógicas se dividem, de modo geral, em dois grandes grupos: aquelas que procuram orientar a educação no sentido da conservação da sociedade em que se insere, mantendo a ordem existente. E aquelas que buscam orientar a educação tendo em vista a transformação da sociedade, posicionando-se contra a ordem existente".

Antagônico ao direcionamento da racionalidade instrumental neoconservadora traçado pelas propostas neoliberais à educação, há na sociedade movimentos que se baseiam na perspectiva da emancipação humana, na ideologia social crítica. Nessa perspectiva, a formação da sociedade como um todo deve se dar por via da racionalidade crítica, a partir de uma perspectiva de democracia social igualitária, universal e progressista.

Arroyo (1998, p. 143) traz a necessidade de uma outra lógica da relação educação-trabalho na seguinte reflexão:

Quando voltamos nossa reflexão para o trabalho como princípio educativo, terminamos nos aproximando de uma teoria social sobre como se forma o ser humano, como se produz o conhecimento, os valores, as identidades, como se dá o processo de individuação, de constituir-nos sujeitos sociais e culturais, livre e autônomos, e como constituir uma sociedade de indivíduos livres, em relações sociais regidas por princípios éticos, onde o trabalho, a técnica produtiva, seja objetivo e ponto de referência para a liberdade pessoal e coletiva.

Apreende-se que para o pensamento ideopolítico crítico social, com base na racionalidade crítica, o processo de educação "nada mais é do que humanizar, caminhar para a emancipação, a autonomia responsável, a subjetividade moral, ética" (ARROYO, 1998, p. 144).

Pereira e Ramos (2006, p. 15) afirmam que "[...] o conceito marxiano de qualificação pode ser entendido como uma articulação entre as condições físicas e mentais que compõem a força de trabalho, utilizadas em atividades voltadas para valores de uso". As autoras complementam que a qualificação profissional como processo educativo faz parte do processo de formação humana.

Ainda para as autoras, na sociabilidade do capital, a educação deve ser instrumento contra-hegemônico da ordem burguesa, contra a mercantilização da educação e pelo retorno do processo educativo enquanto parte da formação humana para o desenvolvimento de sua plena emancipação.

A formação profissional é uma expressão recente, criada para designar processos históricos que digam respeito à capacitação para e no trabalho, portanto, à relação permanente entre o trabalhador e o processo de trabalho na ótica dos trabalhadores. Ela assume um caráter associado às ideias de autonomia e de autovalorização. Essa perspectiva contesta o sentido de educação ou da formação para o trabalho, bem como a política de integração do trabalhador nos projetos empresariais. Abre, ao mesmo tempo, um leque mais amplo de discussão, compreendido em temas como 'trabalho como princípio educativo' e 'formação politécnica' (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 14-15).

Tonet (2012) entende que a sociabilidade capitalista restringe as possibilidades de emancipação humana plena, sendo os princípios de liberdade, democracia, igualdade e justiça restritos apenas ao segmento dominante do capital.

[...] apesar de a liberdade também existir na sociedade capitalista, ali ela jamais poderá deixar de ter um caráter formal, uma vez que, em última análise, quem é livre é o capital e não o homem. Em consequência, ainda que os homens sejam sujeitos da história, eles o são de modo extremamente limitado, pois são constrangidos por forças que escapam o seu domínio. Eliminado o capital com todos os seus corolários, emerge a possibilidade de os homens serem efetivamente livres, quer dizer, de, consciente e coletivamente, conduzirem o seu processo de autoconstrução (TONET, 2012, p. 22).

A compreensão desse processo desencadeado pelo modo de produção capitalista se faz importante para entendermos mais profundamente a relação trabalho e educação na atual ordem societária. Mais ainda, é também no movimento do modo de produção do capital que se expressam as formas ideopolíticas e pedagógicas de formação para a classe trabalhadora.

Diante das disputas antagônicas ao projeto de sociabilidade e, respectivamente, aos processos educacionais e de trabalho discutidos no decorrer deste tópico, opta-se pela perspectiva contra-hegemônica de relações sociais, entendendo que a educação e o trabalho necessitam se basear na plena emancipação humana, socialmente democrática e livre de qualquer forma de subordinação de classe.

1.3 Trabalho e Formação em Saúde na Sociabilidade Capitalista

No advento do capitalismo industrial, a necessidade da divisão social e técnica do trabalho se expande tanto nos processos de produção quanto na reprodução do capital. A criação de novas atividades laborais, para o atendimento de especificidades determinadas pelo avanço produtivo e, conseqüentemente, para os novos processos de trabalho, exige a especialização/profissionalização da força de trabalho.

O capitalismo industrial também trouxe alterações nas condições de saúde, principalmente no meio urbano onde surgem diversas epidemias decorrentes da ausência de saneamento, insalubridade e da precarização do trabalho e da vida. A luta da classe operária por proteção social e os altos índices de mortalidade e enfermidades traçadas nesse período histórico corroboraram para transformações significativas no setor saúde, essencialmente no desenvolvimento científico e tecnológico da área.

Bravo (2013, p. 59) resume que nos séculos XVIII e XIX, principalmente nos países de capitalismo central, a atenção à saúde era realizada a partir da ênfase “na prevenção e em medidas de saúde pública”. Tais medidas ocorrem devido a pressões no campo da luta de classes, demandando medidas interventivas do Estado, pois, conforme afirma a autora, “tornava-se imperioso criar, nas condições urbano-industriais, um novo estilo de vida que combinasse pobreza e higiene” (BRAVO, 2013, p. 34).

A formação na saúde era centrada na medicina, a qual nesse período tinha características de controle da vida social. A partir das descobertas científicas nas ciências naturais e no campo da bacteriologia ocorridas no século XX, possibilitou-se a cura de diversas doenças epidêmicas.

Ao analisar as modificações ocorridas na saúde com a ascensão do capitalismo monopolista, a autora demarca as posições teórico-filosóficas que norteiam as bases ideopolíticas na formação em saúde nesse processo: desde o positivismo que surge na metade do século XIX ao seu desdobramento no funcionalismo e na fenomenologia no decorrer do século seguinte, assim como o materialismo histórico e dialético. Sobre essas principais correntes teórico-filosóficas, a autora afirma que a ideologia burguesa rechaçava qualquer tradição progressista que possibilitasse a percepção crítica das contradições entre capital e trabalho.

O materialismo histórico e dialético se traduz enquanto expressão científica da classe operária/trabalhadora como forma de análise da dinâmica da sociedade do capital, sendo possível a instrumentalização dessa classe enquanto teoria revolucionária (BRAVO, 2013).

Como visto no tópico anterior, no modo de produção capitalista, a formação de trabalhadores é motivada para potencializar as formas de extração de mais-valia e possibilitar a manutenção e a expansão da acumulação de capital, apoiado nas correntes teóricas que buscam a conservação de sua ordem.

Pereira e Ramos (2006) explicam que o entendimento das protoformas da profissão de enfermagem é fundamental para entendermos como se manifestava a divisão técnica do trabalho na saúde enquanto determinação de uma divisão social. As autoras afirmam que na divisão entre trabalho manual e trabalho intelectual, a enfermagem se expressava na divisão social e técnica do trabalho enquanto uma atividade meramente prática a partir de um processo de aprendizagem copiativo²⁴.

[...] as atividades desenvolvidas por estes profissionais careciam de conhecimento teórico. Sendo suas atividades puramente manuais. As instituições femininas e religiosas tiveram papel significativo nos cuidados dos doentes. A enfermagem apresentava-se como atividade prática, onde a caridade era o atributo moral e religioso das ações desenvolvidas (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 23).

Quanto ao processo histórico de transformação na concepção de saúde, Bravo (2013) destaca o enfoque biológico e individual que predominou nas práticas científicas e médicas, demarcado pelo Relatório Flexner de 1910 (considerado documento científico marco da medicina moderna).

O movimento flexneriano ocorre em um período no qual a maior parte das doenças eram determinadas socialmente, sendo expressão da ascensão do capitalismo industrial que trouxe a predominância das doenças infecciosas, como já visto. O flexnerianismo se coloca na contramão do entendimento das determinações sociais ao indicar a causa individual das enfermidades e o enfoque terapêutico orientado para o indivíduo, havendo o crescimento da atenção voltada aos centros hospitalares.

²⁴ Refere-se ao trabalho restritamente técnico apreendido a partir da observação e da simples reprodução dos comandos, sem a realização de mediações para a efetivação do trabalho (PEREIRA; RAMOS, 2006).

A concepção centrada no biológico/individual passa a sofrer transformações na década de 1940, período em que surge uma ampliação na compreensão da saúde, principalmente ao estender a compreensão dos aspectos sociais. Exemplifica-se a concepção de saúde da “causalidade múltipla”, buscando compreender os fatores biológicos e sociais. Contudo, os fatores sociais tinham uma ênfase nos fatores ambientais, diga-se ecológicos, e não da dinâmica da sociabilidade vigente (BRAVO, 2013).

Esse período também demarca uma nova etapa do capitalismo monopolista, caracterizado pelo desenvolvimento técnico-científico. No campo da ciência, “houve o advento de ideologias tecnicistas e apolíticas, advogando para as profissões uma suposta neutralidade ético-científica” (BRAVO, 2013, p. 66).

Marca também pelo surgimento de estratégias internacionais organizadas para a união dos Estados internacionais na busca por melhores condições de saúde das nações. Resultado desse momento, funda-se em 1948, com a representação de 61 (sessenta e um) Estados, incluindo o Brasil, a Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁵, com a finalidade de alcançar os graus mais altos de saúde para toda a população mundial. Modificações significativas a partir de 1950 ocorrem nas ações em saúde²⁶, com a ascensão do mercado de medicamentos e equipamentos médicos. Intensifica-se a concentração da atenção em nível hospitalar.

Conforme Mourão et al. (2006, p. 360), a formação médica de pós-graduação ganha a modalidade das Residências, a qual “se constitui como uma forma de

²⁵ A partir da criação da OMS, a saúde passa a ser entendida de forma ainda mais ampla, não apenas no seu aspecto biológico e individual (quanto à presença ou ausência de doenças), conforme a OMS “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2014, p. 1). Modificações significativas a partir de 1950 ocorrem nas ações em saúde, com a ascensão do mercado de medicamentos e equipamentos médicos. Intensifica-se a concentração da atenção em nível hospitalar.

²⁶ Com a criação dos órgãos internacionais de apoio à saúde, a exemplo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), os sistemas de saúde passam a possuir bases para a articulação, planejamento e execução de suas ações a partir das determinações direcionadas por esses órgãos. A OPAS tem importância e impacto internacional pelo grande número de países participantes de sua constituição. Desde sua fundação, a OMS e a OPAS buscaram formular projetos para apoiar os gestores dos sistemas de saúde internacionais, propondo realizar pesquisas, relatórios técnicos, classificação internacional de doenças, dentre outras atribuições e competências especializadas em saúde. Assim sendo, “La OMS colabora con las instancias normativas, los asociados para la salud mundial, la sociedad civil, las instituciones académicas y el sector privado para ayudar a los países a elaborar y aplicar planes sanitarios nacionales consistentes, así como a hacer un seguimiento de ellos. Además, ayuda a los países a velar por que sus ciudadanos dispongan de servicios de salud integrados y centrados en la persona, equitativos y a un precio asequible; a facilitar el acceso a tecnologías sanitarias asequibles, eficaces y seguras, y a fortalecer los sistemas de información sanitaria y la formulación de políticas basadas en datos científicos” (OMS, 2019).

educação continuada na área de formação dos recursos humanos em saúde [...] como treinamento pós-graduado”. Contudo, ressalta-se que essa modalidade de especialização ficou restrita à categoria médica até o final dos anos 1970, havendo modificações em seu formato a partir da Residência em Medicina Comunitária, considerada a primeira Residência Multiprofissional do país, criada em 1978. As Instituições de Ensino Superior – IES, na década de 1980, “[...] implantaram programas de Residências Multiprofissionais incorporadas à Residência Médica como Enfermagem, Nutrição e Serviço Social. Esses programas foram logo encerrados quando o MEC definiu o financiamento somente para a Residência Médica” (MOURÃO, et al., 2007, p. 361).

Ceccim (2017) sintetiza o movimento histórico pelo qual a formação profissional em saúde perpassou ao longo dos 100 (cem) anos após o movimento flexneriano. Demarca a existência de três gerações formativas, sendo elas: a baseada na ciência; a baseada em problemas; e a baseada em sistemas.

A primeira geração advém dos princípios do movimento flexneriano, o qual, conforme o referido autor, “se põe pela primeira vez as bases para um aprendizado moderno, embasado nas descobertas científicas” (CECCIM, 2017, p. 56).

Em meados da década de 1960, o autor pontua uma “nova modalidade de ensino embasada na discussão de problemas, centrada no estudante e com metodologia de aprendizado ativas em pequenos grupos” (CECCIM, 2017, p. 56). O autor afiança ainda que a última base formativa se propõe a ser “a formação dos profissionais do novo milênio”, no qual “se embasa em uma forte interdependência entre o contexto local e global, e entre sistemas formativos e sistema de saúde, graças à geração de conhecimentos especificamente gerados pelo contexto local” (CECCIM, 2017, p. 56).

No final da década de 1970, com a eclosão da crise do capital e declínio do Estado de Bem-estar nos países de capitalismo central, as políticas sociais são atingidas mundialmente por medidas adotadas pelo projeto neoliberal. Ou seja, a partir da ascensão da lógica da acumulação flexível como resposta à crise do capital, incidem diretamente nas políticas sociais brasileiras, a exemplo da saúde pública e a educação, que passam a sofrer modificações estruturais.

Frigotto (2015), ao analisar esse momento histórico, adverte que se busca na saúde pública a adesão ao projeto mercantil, com a adoção de seu discurso baseado na racionalidade instrumental.

A investida para se implantar os critérios empresariais de eficiência, de 'qualidade total', de competitividade em áreas incompatíveis com os mesmos, como educação e saúde, desenvolve-se hoje dentro do setor 'público'. O que é, sem dúvida, profundamente problemática é a pressão da perspectiva neoconservadora para que a escola pública e a universidade em particular e a área da saúde se estruturam e sejam avaliadas dentro dos parâmetros da produtividade e eficiência empresarial. Mais preocupante ainda quando os próprios dirigentes das universidades públicas aderem às ideias da 'qualidade total', sem qualificar esta qualidade (FRIGOTTO, 2015, p. 49-50).

A formação em saúde nesse período, nos países de capitalismo central e dependentes, passam a ter por base as expressões da reestruturação produtiva. Assim, adentram nos sistemas de saúde as prerrogativas da acumulação flexível, com destaque na racionalização dos serviços, na flexibilidade e na polivalência dos processos de trabalho, com o foco restrito na resolução pontual de questões individuais, além de outras expressões, como veremos mais adiante.

Ao entender de forma global as necessidades de saúde e identificar um problema mundial na fragmentação da atenção à saúde — além das dificuldades para o gerenciamento das necessidades de saúde não atendidas —, a OMS passa a compreender que a principal estratégia para superar essa situação deve ser realizada por via do trabalho de equipes interprofissionais. Para isso, a organização tem investido no desenvolvimento e direcionamento da formação e educação em saúde ao longo dos anos.

Conforme Peduzzi (2017, p. 40), a OMS elabora seu primeiro documento sobre a Educação Interprofissional (EIP)²⁷ em 1988 “década em que foi criado, na Inglaterra, o centro de aperfeiçoamento da educação interprofissional (Centre of Advancement of Interprofessional Education – CAIPE) vinculado ao sistema de saúde inglês”. Nesse período, a organização buscou dar suporte aos programas internacionais de formação, principalmente através da perspectiva da EIP. No Brasil, a multiprofissionalidade já é experienciada, mas pouco se conhece sobre o conceito da interprofissionalidade, bem como a formação interdisciplinar para integrar os currículos dos cursos de graduação da área da saúde.

Conceitualmente, a diferença entre a EIP e multiprofissional está em que no primeiro caso os alunos aprendem de forma interativa sobre papéis, conhecimentos e competências dos demais profissionais. No segundo, as atividades educativas ocorrem entre estudantes de duas ou mais profissões

²⁷ No Brasil, temos três propostas de Educação Interprofissional – EIP, a Residência Multiprofissional em Saúde (2005), Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde (2005) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde (2008) do Ministério da Saúde.

conjuntamente, no entanto, de forma paralela, sem haver necessariamente interação entre eles (PEDUZZI et.al., 2013, p. 979)

A OMS²⁸, em 2010, avança na perspectiva sobre a EIP, sendo criado o documento para direcionar a educação e o trabalho interprofissional em Saúde — o *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*. A partir desse documento, a OMS entende a necessidade de reestruturação das bases de formação em saúde.

Conforme este documento, a EIP “ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde” (OMS, 2010, p. 7). Sobre a formação proporcionada pela educação interprofissional²⁹, a OMS destaca um grupo de domínios proporcionados por essa aprendizagem:

1. Trabalho em equipe:

- Capacidade de atuar como líder e membro da equipe
- Conhecimento dos obstáculos para o trabalho em equipe

2. Funções e responsabilidades:

- Compreensão das próprias funções, responsabilidades e aptidões, bem como os de outros tipos de profissionais de saúde

3. Comunicação:

- Expressão apropriada de opiniões aos colegas
- Saber ouvir os membros da equipe

4. Aprendizado e reflexão crítica:

- Reflexão crítica sobre a própria relação em uma equipe
- Transferência do aprendizado interprofissional para o ambiente de trabalho

5. Relação com o paciente e identificação de suas necessidades:

- Trabalho colaborativo com foco na melhor assistência ao paciente
- Envolvimento com pacientes, famílias, cuidadores e comunidades como parceiros no gerenciamento do cuidado

6. Prática ética:

- Compreensão das visões estereotipadas próprias e de terceiros sobre outros profissionais de saúde
- Reconhecimento de que os pontos de vista de cada profissional de saúde são igualmente válidos e importantes (OMS, 2010, p. 26)

²⁸ Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: OMS; 2010.

²⁹ OMS observa que para o atendimento as complexas necessidades de saúde, a partir da educação em saúde na perspectiva interprofissional, necessitaria ter como foco o conceito da prática colaborativa. Explica ainda no seu documento base que a prática colaborativa ocorre “quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades” (OMS, 2010, p. 13) corroborando para a “saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços” (idem, p. 13). Com a educação interprofissional sendo direcionada para a execução de uma prática colaborativa, conforme a OMS, os sistemas de saúde atingiriam altos graus de excelência, desdobrando e melhorando na qualidade dos serviços de saúde e na saúde da população como um todo.

Conforme o documento da OMS, o principal objetivo da educação interprofissional é a formação de força de trabalho potencializadora do atendimento das necessidades de saúde. Contudo, através da análise do documento, percebe-se algumas tendências à pactuação às perspectivas da flexibilidade do trabalho e racionalização dos serviços. Percebe-se em diversos momentos do documento a inserção da necessidade do trabalho flexível na saúde.

O documento também indica que a implementação da prática colaborativa interprofissional “ajudará os Estados-Membros da OMS a formar forças de trabalho de saúde mais flexíveis, que permitam suprir as necessidades de saúde locais, maximizando em paralelo os recursos limitados” (OMS, 2010, p. 13). Mais adiante, ao analisar sobre diversas formas de agravos à saúde como as epidemias, os desastres naturais e o envelhecimento populacional, complementa que “uma força de trabalho de saúde colaborativa, forte e flexível é uma das melhores formas de enfrentar esses desafios de saúde, altamente complexos” (idem, p. 14).

Todavia, apreende-se que a lógica do trabalho flexível abre caminhos para as diversas formas de expressão da precarização do trabalho, como exemplos: a flexibilização dos direitos trabalhistas; a exigência de maior produtividade (intensidade do trabalho); a polivalência dos trabalhadores ao adquirirem novas funções que não os atribuem; a racionalização dos serviços e das equipes de saúde; dentre outras expressões.

Não obstante, é imperativo apreender que os órgãos internacionais como a OMS condescendem com o movimento global do sistema capitalista, sendo parte de sua estrutura, havendo contradições em suas iniciativas — avanços importantes, mas com a conservação de preceitos da lógica do capital.

Ao se constatar as fontes de financiamento da OMS, podemos perceber que as principais contribuições recebidas pela organização advêm de países e instituições que compõem as principais potências econômicas mundiais, centrais para o desenvolvimento da atual lógica de acumulação flexível do sistema capitalista. Ressaltamos que os principais contribuintes da OMS para a realização das atividades do biênio 2016-2017 foram países e instituições que determinaram as diretrizes

neoliberais. Destaca-se, dentre eles, o Banco Mundial. O investimento giraram em torno de US\$ 3719 milhões³⁰.

Entende-se que a prática multi/interprofissional é uma proposta importante para o atendimento das complexas necessidades de saúde, pois possibilita o trabalho articulado e a quebra com a perspectiva fragmentada e positivista de atendimento à saúde. Apreende-se ainda que a prática colaborativa, a partir de seu conceito enquanto prática para a integralidade do atendimento à saúde, corrobora para a melhoria dos serviços de atendimento à saúde da população.

É reconhecido que para a melhor o atendimento global, faz-se necessária a prática se basear pelo trabalho interprofissional (ou multiprofissional articulado). Aliás, não concordamos com a utilização de tais perspectivas para o auxílio à racionalização dos serviços, à flexibilização e polivalência do trabalho, dentre outras expressões advindas da nova fase de acumulação flexível do capital.

Assim sendo, neste estudo defende-se a perspectiva do direito universal, do investimento integral nas necessidades de saúde, a ampliação das equipes e serviços de atendimento e a integração dos serviços, buscando-se o desenvolvimento das potencialidades humanas e emancipação plena.

³⁰ Os principais financiadores do período (2016-2017) foram: “ Estados Unidos de América, Fundación Bill y Melinda Gates, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Alianza Gavi para las Vacunas, Japón, Alemania, Banco Mundial, Comisión Europea, Asociación Rotaria Internacional, National Philanthropic Trust, Canadá, Australia, China, Francia, Fondo Central para la Acción en Casos de Emergencia de las Naciones Unidas, Suecia, Oficina de las Naciones Unidas de Coordinación de Asuntos Humanitarios, República de Corea. Países Bajos. (OMS. Informe sobre los resultados de la OMS: presupuesto por programas 2016-2017. Disponible em: <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_28-sp.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2020.

CAPÍTULO 2 – TENDÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E TRABALHO PARA A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E AS PARTICULARIDADES DA FORMAÇÃO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Neste capítulo aborda-se a relação educação e trabalho na saúde mediada por suas expressões e particularidades na realidade brasileira. Partimos da compreensão da formação histórica da política de saúde brasileira na perspectiva de evidenciarmos a concepção das propostas de formação profissional para o SUS, e, conseqüentemente, a criação das residências multiprofissionais.

Não obstante, para apreendermos o arcabouço teórico-político dos fundamentos que instituíram as Residências de Saúde, foi necessário situá-las na totalidade da implementação e consolidação da política de saúde brasileira. A partir dessa perspectiva procuramos — na atual conjuntura de contrarreforma do Estado Brasileiro — analisar o desenvolvimento das relações entre educação, trabalho e saúde, mediado pelo projeto ideopolítico neoliberal e pelo avanço dos movimentos sociais contra a privatização e luta em defesa do SUS.

2.1 Saúde Pública e as Particularidades na Formação do Estado Brasileiro: das raízes à contrarreforma do setor saúde

Nossa análise partiu do marco da ascensão da sociabilidade capitalista no país, pois o período do Brasil colonial não traz ações sanitárias afirmativas à saúde da população, pelo contrário, marca um período de dizimação populacional por doenças e agravos à saúde no geral — principalmente aos povos originários.

Um país colonizado, basicamente por degredados e aventureiros desde o descobrimento até a instalação do império, não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo o interesse, por parte do governo colonizador (Portugal), em criá-lo. Deste modo, a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e, àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar (POLIGNANO, 2001, p. 3).

Sobre a formação da sociabilidade capitalista no Brasil, com base na análise de Fernandes (2006) e Coutinho (2003), entendemos que no país houve a inexistência de uma revolução “democrático-burguesa” como ocorreu nos países de capitalismo central — encabeçado por um movimento de massas liderado pela burguesia, a

exemplo da Inglaterra, França e Estados Unidos. Ao contrário, no país o desenvolvimento da sociabilidade capitalista ocorre a partir de uma “revolução passiva”, realizada “pelo alto” e dependente dos países de capitalismo central. Preserva-se o que Fernandes (2006) caracteriza enquanto uma dupla articulação: o desenvolvimento desigual interno e dominação imperialista externa.

Coutinho (2003, p. 196) explica que as transformações do capitalismo no país ocorrem “graças ao acordo entre as frações das classes economicamente dominantes, com a exclusão das forças populares e a utilização permanente dos aparelhos repressivos e de intervenção econômica do Estado”.

O Estado se torna instrumento para a conservação e concretização dos interesses da classe dominante, com o objetivo de controlar e reprimir os interesses da classe subalterna. Suas ações são dirigidas por via do poder burguês para a mediação da luta de classe, que se aprofundam com a ascensão do capitalismo industrial. Fernandes (2006, p. 346), ao analisar o poder burguês brasileiro, afirma que este “[...] se impõe sem rebuços de cima para baixo, recorrendo a quaisquer meios para prevalecer”.

A proteção social no Brasil, como a saúde, desdobra-se de acordo com os movimentos políticos, econômicos e sociais do capitalismo de caráter dependente. Entende-se as políticas sociais enquanto “desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento [...] às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 51). No país, as ações por intermédio do Estado têm suas raízes na transição entre o século XIX e XX. Contudo, muitas das expressões da questão social eram tratadas enquanto “caso de polícia”.

No campo da saúde, em meados do século XVIII, a assistência ocorria por via do trabalho liberal da medicina e por meio da filantropia, a exemplo dos hospitais das Santas Casas. A atuação médica era “baseada em conhecimentos tradicionais, não científicos” (BRAVO, 2013, p. 111). À massa da população que não tinha possibilidade de acesso aos hospitais filantrópicos e ao atendimento médico, restava o desenvolvimento das antigas práticas culturalmente repassadas pelo conhecimento popular.

Esse cenário permanece até meados do século XIX, quando a situação da saúde “apresentava-se péssima, com mortalidade elevada e presença de diversas doenças, destacando-se a hepatite, lepra, boubas, febre amarela e escorbuto. [...] as

condições de saneamento eram lastimáveis [...]” (BRAVO, 2013, p. 113). Conforme Bravo (2013), ações voltadas para a saúde pública têm suas raízes na década de 1850, com estratégias para a vigilância profissional e campanhas sanitárias limitadas.

Pereira e Ramos (2006, p. 27) elucidam que a formação para o trabalho nesse período, baseado na divisão social e técnica do trabalho — na dicotomia manual e intelectual —, tinha influência dos padres salesianos que disseminavam “a ideologia do ensino profissional como contraponto ao pecado”.

Com a classe trabalhadora em ascensão no país, a proteção ao trabalho se torna principal pauta dos movimentos de resistência, incluindo a assistência à saúde. Os direitos trabalhistas são garantidos na década de 1930, momento de desenvolvimento industrial interno ocorrido na instauração do “Estado Novo” com as medidas do governo Vargas. O período da década de 30 também marca o reconhecimento da questão social pelo Estado, sendo desenvolvidas políticas sociais para a mediação do antagonismo gestado na relação capital-trabalho.

Nesse cenário, a saúde passa a ser organizada a partir dos setores de saúde pública (que criam as condições sanitárias mínimas para o meio urbano e, restritamente, para o campo) e de medicina previdenciária (pautada na perspectiva do trabalhismo por vias do seguro social).

Pereira e Ramos (2006) trazem que, nesse momento histórico do Brasil, houve significativas modificações na relação trabalho, educação e saúde, principalmente com a criação do Ministério da Educação e da Saúde. A educação tem nesse momento o decreto de leis orgânicas para a sua regulamentação, sendo utilizada como “instrumento de propagação da ideologia” do Estado Novo.

Em análise sobre o período de 1930 no Brasil, Ianni (1975) define as medidas adotadas no getulismo, como a combinação do atendimento dos interesses do mercado interno com a política de massas pelo dirigismo estatal, sendo este último, em sua análise, o elemento crucial.

O período de desenvolvimento interno mediado pelas ações interventivas do Estado sofre modificações no decorrer dos anos de 1946-64, marcado principalmente pela disputa de projetos antagônicos de classe. Diante do crescimento dos movimentos populares (como a organização e tomada de consciência da classe trabalhadora urbana e das tensões ocorridas no campo), com fins de conservar e ampliar os interesses do capital, instaura-se no Brasil o Golpe Militar de 1964, caracterizado como modernização conservadora, esse período marca o estágio

monopolista do capitalismo nacional dependente. Nesse cenário, a questão social passa a ser enfrentada com a perspectiva de articulação entre a repressão e a assistência (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

O período do Golpe de 64 para a saúde se caracteriza pela expansão do setor previdenciário em detrimento do setor da saúde pública. A ditadura militar também demarca a expansão da tecnificação e ascensão dos programas de pós-graduação no país.

No Brasil, entre os anos de 1967 e 1974, foi um período de modificações para a política de saúde, sendo considerado um período de “incentivo à formação profissional de nível superior, expansão dos empregos privados, incremento da contratação de médicos e atendentes de enfermagem, reforçando a bipolaridade médico/atendente; incentivo à hospitalização/especialização” (MACHADO; NETO, 2018, p. 1978).

Esse período também se caracteriza pelas mudanças na política de previdência social (como a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS) e, no final da década de 70, a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, no qual se caracterizou pela cobertura dos trabalhadores segurados quanto ao atendimento e pela cobertura no adoecimento. Para os não contribuintes da previdência social, as expressões da questão social no processo saúde-doença permaneciam sendo tratadas a partir dos hospitais filantrópicos, iniciativas solidárias e práticas populares.

Ianni (1975, p. 136-137), em análise sobre os golpes de Estado no país, afirma,

Os golpes de Estado foram sempre apoiados ampla e ostensivamente por forças militares. Os golpes de Estado de 1937, 1945, 1955, 1961 e 1964 estão todos ligados ao nome de vários militares. Em cada caso, o acontecimento tem uma significação particular. Em todos, no entanto, evidencia-se a fragilidade dos partidos políticos e a fraqueza da opinião pública e da consciência democrática. Em realidade, os golpes de Estado são formas correntes de sucessão no poder, numa sociedade em que a política de massas e as oligarquias preponderam sobre os partidos políticos. Sob certos aspectos, o golpe militar é um evento crucial, através do qual se revela toda fraqueza do modelo liberal adotado no Brasil e em outras nações dependentes.

Entende-se que o momento de declínio da ditadura militar, na transição entre as décadas de 1970-1980, possibilitou transformações significativas para a sociedade brasileira. Movimentos sociais de diversos segmentos lutaram pela redemocratização do país, pela ampliação dos direitos sociais — diante das expressivas desigualdades

e injustiças sociais — e pelo Estado Democrático de Direito. Com o esgotamento da ditadura militar em 1985, em meio à crise estrutural do capital, projetos societários antagônicos passam a disputar o cenário político brasileiro, havendo grandes movimentos de expressão popular.

Machado e Neto (2018, p. 1978) apontam que, no setor saúde, entre os anos de 1975 e 1986, houve o “aumento da participação do setor público na oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares e a formação de pessoal técnico e sua incorporação nas equipes de saúde”. Desse desenvolvimento das iniciativas de saúde, possibilitou-se a ascensão do movimento nacional pela Reforma Sanitária brasileira³¹.

A década de 1980, conforme Mourão et al. (2006), marca-se pela particularidade na concepção de saúde pública advindo pelo Movimento de Reforma Sanitária, em que entende a saúde enquanto direito de todos (universal) e dever do Estado de cumprir com as necessidades para o seu acesso.

Com os desdobramentos decorrentes das pressões dos movimentos sociais populares na década de 1980, como o Movimento de Reforma Sanitária, demarca-se a instauração da constituinte que concretizou a Constituição Federal brasileira de 1988. Conhecida popularmente como “Constituição Cidadã” pela implantação de direitos civis e, principalmente, sociais, torna-se marco do nascimento da Seguridade Social do país, com base nas políticas de saúde, previdência e assistência social.

Nesse marco histórico, ocorre no Brasil a legitimação da saúde pública universal (através dos artigos 196 a 200 da referida Constituição Federal), assim como na elaboração de leis que criaram o Sistema Descentralizado de Saúde (SUDS) e, posteriormente, o Sistema Único de Saúde (SUS), no final dos anos 1980. São implementados nos princípios e diretrizes do SUS os ideais e princípios trazidos pelo Movimento de Reforma Sanitária.

Esses ideais foram transformados, na Carta Magna, em direito à saúde, o que significa que cada um e todos os brasileiros devem construir e usufruir de políticas públicas — econômicas e sociais — que reduzam riscos e agravos à saúde. Esse direito significa, igualmente, o acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral) (BRASIL, 1996).

³¹ “A preocupação central da proposta é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado Democrático de Direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde” (BRAVO, 2011, p. 14). Em sua construção, participam do Movimento de Reforma Sanitária brasileira, principalmente, profissionais e trabalhadores da saúde, sanitaristas e parcela dos movimentos sociais.

A Constituição Federal de 1988 define que a saúde é “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, a sua regulamentação ocorreu com a elaboração das Leis Orgânicas 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a) e 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), que dão legitimidade ao direito aos serviços de saúde a toda a população em território nacional, independente de contribuições, salvaguardando a participação popular no processo de construção da saúde pública.

[...] a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990a).

A Reforma Sanitária brasileira trouxe também novos pilares para a formação profissional em saúde e Castro (2013) demarca cinco deles:

[...] 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 (CASTRO, 2013, p. 4).

Entretanto, na década de 1990 ocorre uma reviravolta frente às recém conquistas sociais. A partir das recomendações contidas no Consenso de Washington de 1989, pautadas pelos principais órgãos financeiros mundiais, como o Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial, dentre outros, pressionava-se os países de capitalismo dependente a adotar novas medidas para a manutenção da acumulação do capital com o discurso de enfrentamento à crise mundial. Ascende no Brasil um novo reordenamento do Estado, através da política neoliberal, aqui denominada de contrarreforma.

O Estado concebeu na nova etapa de acumulação capitalista “[...] contrarreformas no sentido de privatizar o fundo público de diferentes e criativas formas [...]” (ALENCAR; GRANEMANN, 2009, p. 165), a saber:

- a) Entrega do parque estatal lucrativo (produtivo e de serviços) aos negócios privados;
- b) Redução da proteção à força de trabalho ocupada e excedente pela diminuição de direitos trabalhistas e sociais de que são exemplos característicos as contrarreformas previdenciárias, trabalhista e sindical;
- c) Redefinição do campo de atuação das políticas sociais como atividades não exclusivas do Estado de modo a torná-las serviços privados, esferas passíveis de comercialização, de criação de novos negócios e de

intensificação dos já existentes (por exemplo a saúde, a previdência e o ensino privado) com subsídios do fundo público;

d) Canalização de parte mínima dos recursos do fundo público que financia as políticas sociais de responsabilidade do Estado para a fração da classe trabalhadora mais pauperizada (programas de transferência de renda/assistenciais, curiosamente cognominados “bolsas”), a enorme fração excedentária da força de trabalho, pela via de operação monetarizada, com dinheiro plástico, operado por bancos, de modo a tornar o recurso público também recursos monetários manipulados por instituições bancário-financeiras, no interesse do grande capital portador de juros;

e) Imputação à força de trabalho empregada pelo Estado da responsabilidade pela ineficiência dos serviços públicos para impor similares condições de trabalho e de vida, de contrato rebaixado, de instabilidade no trabalho e de redução de direitos trabalhistas e sociais às praticadas nas empresas capitalistas contra a força de trabalho. Para a consecução destas medidas é indispensável alterar em profundidade o aparelho estatal e criar novos entes jurídicos ‘estatais’. Tais entes em geral carregam do público apenas a denominação porque sua natureza é essencial e profundamente privada. Tais ‘instituições’ viabilizam as parcerias público-privadas e se metamorfoseiam em distintas formas, conforme os embates de classes em cada espaço e local, das quais as mais comuns são as ‘fundações estatais de direito privado’, as ‘organizações sociais (OS)’, as ‘organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP)’ e as ‘fundações de apoio’, etc. (ALENCAR; GRANEMANN, 2009, p. 165).

Nessa conjuntura de contrarreforma do Estado, a Política de Saúde Pública no Brasil, recém-conquistada, encontra-se diante de diversos impactos, principalmente para a consolidação do SUS.

Apesar das conquistas para os direitos sociais alcançados na Constituição Federal de 1988, conforme Löwy (2016) e Pauline (2016), houve respostas consonantes ao processo global de contrarreforma, iniciado pelo governo Collor, concretizado no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), a partir da reforma gerencial do Estado proposto por Bresser-Pereira.

De acordo com Correia (2007), em meio ao cenário de contrarreforma do Estado, o que se observa neste contexto é a pressão de órgãos internacionais de capital financeiro para a adoção dessas políticas de “liberalização, desregulamentação e privatização, impondo reformas políticas, econômicas e sócio-culturais” (CORREIA, 2007, p. 4), o que impacta diretamente as políticas que envolvem a Seguridade Social, principalmente a Saúde, por ser de âmbito universal. Nesse contexto, vivencia-se a focalização, setorialização, fragmentação e minimalização dos direitos sociais.

Coutinho (2012) observa que a conjuntura neoliberal, no marco conceitual, trata-se enquanto momento de contrarreforma, divergente a uma revolução passiva. Conforme o autor,

Não temos assim, na época em que estamos vivendo, o acolhimento de ‘uma certa parte das exigências que vêm de baixo’, que Gramsci considerava [...] uma característica essencial das revoluções passivas. Na época neoliberal, não há espaço para o aprofundamento dos direitos sociais ainda que limitados, mas estamos diante da tentativa aberta — infelizmente em grande parte bem sucedida — de eliminar tais direitos, de desconstruir e negar as reformas já conquistadas pelas classes subalternas durante a época de revolução passiva iniciada com o americanismo e levada a cabo no Welfare. As chamadas ‘reformas’ da previdência social, das leis de proteção ao trabalho, a privatização das empresas públicas, etc. — ‘reformas’ que estão atualmente presentes na agenda política tanto dos países capitalistas centrais quanto dos periféricos (hoje elegantemente rebatizados como ‘emergentes’) — têm por objetivo a pura e simples restauração das condições próprias de um capitalismo ‘selvagem’, no qual devem vigorar sem freios as leis do mercado (COUTINHO, 2012, p. 123).

No cenário de disputas de classe, coexistem projetos políticos antagônicos que operam os caminhos da saúde pública brasileira. O projeto privatista, que entende a saúde enquanto um campo de interesse e investimento privado, agora traçado pelas premissas neoliberais; o projeto da reforma sanitária que entende a saúde enquanto campo coletivo, sendo um direito social operado enquanto política social pública universal; e o projeto do SUS possível, o qual busca atender aos dois projetos antagônicos (com tendências a ampliar o projeto privatista).

No decorrer do governo FHC, imperou na política de saúde o sucateamento do SUS em detrimento do investimento nas propostas privatistas e a filantropização do setor. As medidas estabelecidas nesse período da contrarreforma vão na contramão do projeto de reforma sanitária, impactando diretamente a construção do recém-conquistado SUS.

A 'Reforma do Estado' empreendida na década de 90 para torná-lo 'gerencial', regulador, fora da produção econômica e da prestação de serviços é distinta de uma Reforma Democrática do Estado para torná-lo efetivamente público. Esta passa pela radicalização da democracia e da Reforma Sanitária Brasileira, implantação da Seguridade Social e desenvolvimento do SUS, e pela formulação e condução de políticas contra-hegemônicas (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1828).

Paim (2008) nos seus estudos nos alerta que “ao se excluir da RSB [Reforma Sanitária Brasileira] seu ‘núcleo subversivo’ (determinação social do processo saúde-doença e da organização das práticas) tende-se a identificar o seu *processo*, parcialmente, com as políticas de proteção social” (PAIM, 2008, p. 307).

No início dos anos 2000, com a vitória do Partido dos Trabalhadores (PT), criaram-se expectativas da retomada do processo de reformas do Estado em prol da classe trabalhadora. Durante o período do governo petista, foram alcançados muitos

avanços no campo das políticas sociais, principalmente a estruturação de marcos importantes para a política de saúde e assistência social.

Contudo, também ocorreram nesse período alianças governamentais que buscaram a permeabilidade do governo, atendendo às necessidades da classe burguesa e trabalhadora, sendo caracterizado enquanto período de neodesenvolvimentismo³², consonante aos demais países da América Latina.

Na política de saúde, frente à disputa dos projetos citados em disputa, percebe-se no decorrer do governo petista o atendimento a ambos os projetos, ou seja, o SUS possível, contudo, com maior abertura ao fortalecimento do sistema privado.

O campo ideopolítico perpassa por permanente disputa de projetos societários. Na saúde, o projeto de Reforma Sanitária se fortalece em meio aos movimentos sociais, em novas frentes que ascendem no país. De acordo com Bravo e Correia (2012),

Com o objetivo de defender o SUS universal, público, estatal, sob a administração direta do Estado, e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos de 1980, surge, em 2010, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários. As lutas em torno da saúde potencialmente podem articular a pequena política à grande política, ao considerar a determinação econômica, social e política do processo saúde e doença, entendido como resultado das relações sociais numa sociedade de classes. As lutas na saúde passam a remeter às lutas por um novo projeto societário, por uma nova hegemonia (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 139).

Além disso, segundo as autoras,

os fóruns da saúde existentes em diversos estados e municípios e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde têm se constituído em espaços de controle democrático na perspectiva das classes subalternas, na medida em que tem apontado como desafio estratégico resistir aos interesses do capital dentro do SUS, ou seja, a saúde como fonte de lucro, 'coração do capitalismo', e denunciado os interesses do capital que sabotam o SUS, em nome da defesa do SUS. Têm se constituído em espaços que congrega setores da esquerda para fortalecer estratégias anticapitalistas ao enfrentar a privatização da saúde pública (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 140).

No que concerne ao debate da contemporaneidade da política de saúde brasileira, diante dos avanços e retrocessos da política neodesenvolvimentista, ocorre no país em 2016 um novo golpe de Estado, dessa vez liderado pelos setores da direita política parlamentar, pelo setor jurídico e midiático, que retira o Governo Petista do

32 Cf.: BRANCO (2009) e MOTA et al. (2012).

poder político nacional, através de um processo denominado por Löwy (2016, p. 64) como “farsa” para a obtenção do poder por parte da burguesia nacional, por entender que

[...] a oligarquia de direito divino no Brasil — a elite capitalista financeira, industrial e agrícola — não se contentou com concessões: ela quer o poder todo. Não quer mais negociar, mas sim governar diretamente, com seus homens de confiança, e anular as poucas conquistas sociais dos últimos anos.

Em meio ao golpe de Estado vivenciado através da “farsa” política, o governo do presidente interino Michel Temer trouxe um retorno aos princípios neoliberais, com um projeto que “busca principalmente destruir a Constituição de 1988 e os direitos sociais que ela garante” (PAULANI, 2016, p. 74). E os impactos desse projeto são direcionados às políticas sociais públicas, pois “o programa de Temer fala claramente em acabar com a obrigatoriedade constitucional dos gastos com educação e saúde” (PAULANI, 2016, p. 74). O autor afirma ainda que, para a política de saúde significa “a impossibilidade de terminar e aprimorar a construção do SUS” (ibidem, p. 74).

Em 2018, no decorrer da disputa eleitoral, cresce no Brasil um movimento de extrema-direita como alternativa ao possível comando do Partido dos Trabalhadores (PT), ou mesmo, de qualquer partido de esquerda, que cunhasse se orientar pela defesa da classe trabalhadora. Essa ascensão ocorreu por via do discurso moralista de defesa dos princípios da família tradicionalista, contra o que denominam por “ideologia de gênero”, “socialismo” e “marxismo cultural”, baseado no projeto de manutenção da ordem capitalista. Com a vitória das eleições do Partido Social Liberal (PSL), o atendimento às expectativas do neoliberalismo tende a se aprofundar, unido ao discurso de eliminação do viés ideológico da política — leia-se de qualquer vertente baseada em propostas progressistas da esquerda nacional. No Plano de Governo de Jair Bolsonaro, coloca-se evidente o “expurgo”³³ de qualquer tendência que contrarie a ordem burguesa.

Diante a este panorama, apreendemos que no Brasil vivencia-se um aprofundamento do projeto conservador neoliberal, com forte tendência à privatização das estatais, à mercantilização das políticas de educação e saúde — ou seja, de uma

³³ Conforme o plano de governo, “na Educação também precisamos revisar e modernizar o conteúdo. Isso inclui a alfabetização, expurgando a ideologia de Paulo Freire, mudando a Base Nacional Comum Curricular (BNCC), impedindo a aprovação automática e a própria questão de disciplina dentro das escolas”. Disponível em: <[http:// https://www.nsctotal.com.br/noticias/eleicoes-2018-confira-as-promessas-de-jair-bolsonaro-para-a-educacao](http://https://www.nsctotal.com.br/noticias/eleicoes-2018-confira-as-promessas-de-jair-bolsonaro-para-a-educacao)>. Acesso em: 07 jan. 2019.

formação que possibilita a capacitação meramente tecnicista, impactando o setor saúde no atendimento pontual às determinações sociais do processo saúde-doença.

Além disso, nesse governo prevê-se, a médio e longo prazos, a manutenção da ordem do capital, a redução das ações de proteção das reservas naturais da floresta Amazônica e terras indígenas, recriminação à cultura e à arte, contrariedade à liberdade de imprensa, liberação de posse de arma, perseguição política a sujeitos políticos e a movimentos sociais de resistência.

Neste cenário, observa-se o desdobramento de tendências na relação educação e trabalho, principalmente, nas políticas e programas desenvolvidos pelo governo petista para a formação dos recursos humanos para SUS, a exemplo dos Programas de Pós-graduação em Residência Integradas em Saúde e a criação e consolidação dos Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde.

2.2 Sistema Único de Saúde do Brasil: as tendências ideopolíticas na relação educação, trabalho e saúde

A evolução da consolidação da política pública de saúde brasileira está intrinsicamente relacionada às transformações na gestão do trabalho e na formação dos trabalhadores e profissionais de saúde para atuar no SUS³⁴. Conforme afirmam Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 50)

[...] transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. São questões tecnopolíticas e implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no sistema.

Com a conquista do Sistema Único de Saúde (SUS), o Estado brasileiro passa a ter o dever da gestão e assistência à saúde da população em seu território, principalmente no desenvolvimento de políticas para a sua promoção, proteção e

³⁴ Faz-se necessário compreender que há uma diferença entre conceitual em trabalhador(a) da saúde, trabalhador(a) do SUS e profissional da saúde. Conforme Machado e Neto (2018, p. 1972), “Dada a complexidade deste mercado, é importante conceituar: profissionais da saúde sendo os que, estando ou não ocupados no setor, têm formação ou qualificação profissional específica para o desempenho de atividades ligadas ao cuidado ou às ações de saúde; trabalhadores da saúde são os que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde no setor saúde, podendo ter ou não formação específica para as funções atinentes; trabalhadores do SUS são os que se enquadram tanto como profissionais ou trabalhadores da saúde, inseridos na atenção à saúde nas instituições no âmbito do SUS”.

recuperação. Assim, para atender as novas perspectivas trazidas pelos princípios e diretrizes do SUS, a formação em saúde se torna eixo fundamental para a reformulação e reestruturação das práticas profissionais na política. Consolida-se nesse momento uma nova etapa para a formação dos recursos humanos da saúde.

Os sujeitos políticos que conformam o Movimento de Reforma Sanitária apreendem a importância da educação como instrumento para promover as transformações necessárias para as novas práticas profissionais que atendessem às determinações sociais de saúde. Assim, a formação de recursos humanos instituída na política pública de saúde ordenada no artigo 200, inciso III da Constituição Federal, é regulamentada na Lei 8.088/1990, “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoa” (BRASIL, 1990).

Fernandes (2016) aponta que, para se alcançar os objetivos de formação de recursos humanos para e pelo SUS, a forma estratégica adotada foi por via da Educação Permanente (EP) ou Educação Permanente em Saúde (EPS)³⁵. A autora traz que essa proposta advém dos acúmulos de experiências “impulsionado e sob coordenação do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)” (2016, p. 97), a partir de 1984.

Sobre o conceito de Educação Permanente, Fernandes (2016, p. 25) traz a seguinte reflexão “a educação é permanente não porque certa linha ideológica ou certa posição política ou, ainda, algum interesse econômico o exija, mas, sim, porque é própria da condição do humano”, enquanto processo de aprendizagem. A autora continua afirmando que “a formação e a educação são permanentes na razão, de um lado, da finitude do ser humano e, de outro, da consciência que este tem da sua finitude” (ibidem, p. 25).

Conforme Bravo (2013), durante esse contexto de profundas mudanças trazidas a partir da década de 1980 na proposta de reformulação da formação profissional, destacou-se a proposta da Integração Docente-Assistencial (IDA), a qual “visava ao planejamento mais adequado e racional dos recursos humanos para o setor saúde, proporcionando maior dinamismo, eficiência e projeção” (BRAVO, 2013, p. 82).

³⁵ A Educação Permanente em Saúde é uma definição trazida a partir das colaborações de Ceccim (2005), sendo dado esse nome por se tratar de uma estratégia pedagógica instituída enquanto uma política pública da saúde (FERNANDES, 2016).

A autora ainda argumenta que essa proposta “manifesta-se como uma das vertentes estratégicas dos planos de extensão de cobertura, atenção primária e regionalização dos serviços de saúde” (BRAVO, 2013, p. 82). Para a sua concretização, houve a necessidade da reformulação acadêmica de nível superior e técnicos profissionais diversos, pois a formação em saúde deveria estar articulada com a prestação de serviços.

Ceccim (2017) afirma que o movimento de Reforma Sanitária transformou a noção de saúde, sendo possível, a partir das conquistas políticas do direito à saúde pública e pela institucionalização do SUS, o desenvolvimento de “conceitos e práticas inovadores ao trabalho e à formação em saúde” (CECCIM, 2017, p. 50). A partir dessa conquista, a luta pelo combate às intervenções médico-centradas, positivistas e fragmentadas fizeram parte da agenda de formulação da formação dos novos recursos humanos da saúde pública brasileira.

No Brasil, a Educação Superior em Saúde registra uma particular história dos movimentos de mudança na graduação, com iniciativas provenientes de programas internacionais de incentivo, mobilização de entidades de ensino e pesquisa na saúde, ações governamentais dos Ministérios da Saúde, da Educação ou ambos em estratégias interministeriais, além de movimentos gerados entre os estudantes e suas entidades organizativas e no âmbito da educação popular em saúde. No Brasil, a história dos movimentos de mudança na graduação se fez aliada à reforma sanitária brasileira e aos movimentos de mudança das práticas de atenção em direção à integralidade e humanização (CECCIM, 2017, p. 57).

Nesse período foram diversas as iniciativas para a reestruturação da formação profissional dos trabalhadores do SUS — a exemplo do Projeto Larga Escala, a criação das escolas técnicas e os centros formadores do SUS, como a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ), dentre outras iniciativas³⁶. Uma das iniciativas importantes foi a regulamentação das profissões de saúde³⁷, o que possibilitou o surgimento de estratégias específicas para a qualificação desses recursos humanos como uma

³⁶ Cf.: Pereira e Ramos (2006).

³⁷ O Conselho Nacional de Saúde, em 1997, entendendo a importância da inserção das diversas profissões na área de saúde e de ações interdisciplinares, reconheceu como profissionais de saúde de nível superior, através da Resolução n.º 218, de 06 de março, treze profissões, sendo elas: Assistentes Sociais, Biólogos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais. Passam a ser 14 profissões em 1998, com a Resolução CNS nº 287, de 08 de outubro, acrescentando apenas os profissionais Biomédicos.

[...] 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 (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 45).

Nos anos 2000, a partir da direção política do governo do Partido dos Trabalhadores (2003-2016), houve grandes avanços na construção de estratégias para a formação dos recursos humanos da saúde. Como marco para essas iniciativas, entende-se que a consolidação da política de Gestão do Trabalho e Educação, principalmente com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS) pelo Ministério da Saúde, em 2003, tornou possível a ampliação, organização e qualificação dos recursos humanos do SUS. Essa conquista, apesar das contradições e resistências de algumas categorias profissionais, a exemplo do movimento ato médico³⁸, possibilitou o desenvolvimento da formação em saúde para SUS, com a prerrogativa do reforço aos seus princípios e diretrizes.

Ao realizar estudo sobre a trajetória da Educação Permanente no SUS, Fernandes (2016) afirma que a criação da SGETS e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS, 2009b³⁹), sendo este último em 2004, foram os principais propulsores para uma nova perspectiva de formação para e pelo SUS. A partir desses dois marcos para a área da formação dos recursos humanos na saúde, foi possível realizar mudanças no projeto pedagógico e nos currículos dos cursos de graduação e pós-graduação.

Castro (2013) destaca nesse período a criação de três programas importantes para a qualificação das ações em saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde); Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS). Com a criação desses programas, a autora afirma que se buscou “a construção de uma nova consciência sanitária e pedagógica e a adesão dos

³⁸ O Ato Médico é o nome dado ao Projeto de Lei do Senado (PLS) 268/2002 e ao Projeto de Lei (PL) 7703/2006.

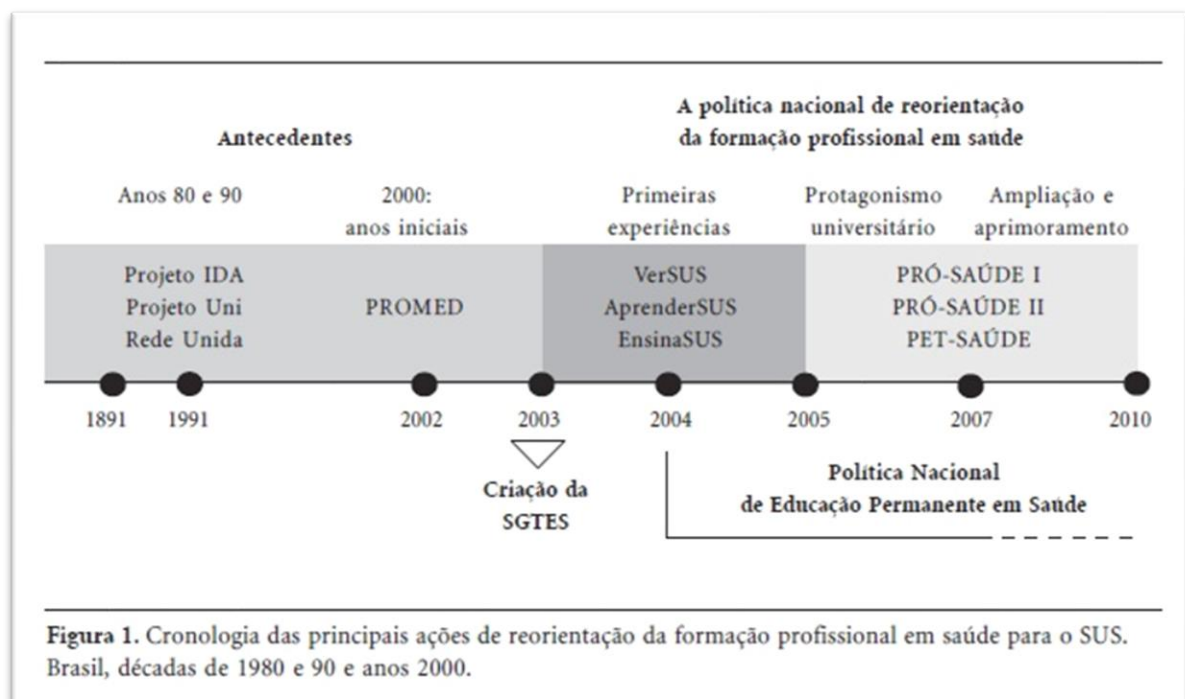
³⁹ A criação da PNEPS surge como estratégia do SUS “para a formação e o desenvolvimento dos seus profissionais e trabalhadores, buscando articular a integração entre ensino, serviço e comunidade, além de assumir a regionalização da gestão do SUS, como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das necessidades e dificuldades do sistema” (BRASIL, 2009b).

profissionais a um novo projeto que se refaz na crítica aos procedimentos realizados e na busca da formação do trabalho coletivo com base na interdisciplinaridade” (CASTRO, 2013, p. 4).

Ceccim (2017) traz uma síntese das diversas iniciativas importantes na trajetória da formação dos recursos humanos possibilitado pelo SUS. Ele acrescenta que essas iniciativas são exemplos da educação interprofissional brasileira. Destaca entre essas iniciativas: o Projeto IDA; a criação das Escolas de Saúde Pública em diversos estados federativos; a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; a criação das Vivências-Estágio na Realidade do SUS (VER-SUS); o Estágio Regional Interprofissional (ERIP-SUS); o Pró-Saúde; os Programas de Educação Tutorial Conexões de Saberes (PET – Conexões de Saberes); o PET Saúde; e os Programas de Residência Integrada em Saúde (PRIS).

Na Figura 1 abaixo, pode-se observar a trajetória histórica da relação educação, trabalho e saúde, uma síntese de sua expressão na política nacional de reorientação da formação profissional em saúde.

Figura 1 – Modificações na formação dos profissionais de saúde no Brasil



Fonte: CECCIM, 2017, p. 58.

O autor também demarca que o Brasil teve nesse curso, a partir do SUS, experiências importantes de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, “promovidos

pelo bojo da reforma sanitária brasileira e no bojo das pesquisas sobre trabalho em saúde no interior dos estudos em saúde coletiva” (CECCIM, 2017, p. 59). Essas experiências também são consideradas pelo autor enquanto exemplos de práticas interprofissionais.

Conforme o autor, são avanços importantes as seguintes propostas:

- **Acolhimento:** ‘dar guarida a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo central da atenção, do atendimento médico para a equipe multiprofissional, que deve se encarregar da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; qualificação da relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania, assim como de interação na construção de projetos de vida)’ (CECCIM, 2017, p. 59);
- **Equipes de referência e apoio especializado matricial:** ‘uma reorganização do trabalho em saúde, construindo o vínculo cuidador, a elevada responsabilidade com a terapêutica, práticas de suporte e retaguarda técnica e pedagógica e a continuidade do cuidado’ (CECCIM, 2017, p. 59);
- **Campo e Núcleo de Conhecimentos e Práticas:** ‘[...] uma noção em combate ao positivismo, estruturalismo e posição de transcendência que marcam a disciplinarização e a sociologia das profissões, pois o ‘núcleo’ demarca área de conhecimentos e de práticas profissionais, enquanto o ‘campo’, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscam em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas’ (CECCIM, 2017, p. 59).

O autor ainda traz enquanto propostas importantes a criação de proposta de Apoio Institucional, Supervisão Clínico-Institucional, Projeto Terapêutico Singular e a Gestão da Clínica, sendo todos esses exemplos de ações interprofissionais.

A interdisciplinaridade e as práticas interprofissionais⁴⁰, para o autor, são elementos importantes para a gestão e a assistência do SUS, pois são práticas que potencializam o atendimento às necessidades locais e regionais de saúde da população, quebrando as barreiras da fragmentação do conhecimento e o combate ao positivismo, verticalismo e disciplinarização, tão presentes nas práticas em saúde médico-centradas.

Ceccim (2017, p. 62) em seus estudos argumenta que “para lidar com objetos de conhecimento complexos, que pertencem a diferentes níveis de realidade e que apresentam contradições, paradoxos e conflitos, melhor será aceitar fronteiras flexíveis e permeáveis como a melhor orientação”. Discordamos da premissa do autor por entendermos que as ações flexibilizáveis, em meio à sociabilidade capitalista,

⁴⁰ A interdisciplinaridade “representa a elaboração de um conhecimento de síntese, já a interprofissionalidade apresenta a construção de uma prática colaborativa horizontal” (CECCIM, 2017, p. 62).

abrem portas para o trabalho flexível e polivalente, marcado pela intensificação do trabalho, racionalização dos serviços e perpetuação da lógica trazida pela reestruturação produtiva, atualmente tão presente na Política de Saúde brasileira (como veremos mais adiante).

Após 30 anos do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se disparidades entre o acordo formalizado em 1988 e a realidade de atendimento às necessidades de saúde nacionais. São muitos avanços ao longo desses 30 anos, como a criação da cobertura em território possibilitada pela consolidação da atenção básica, a ampliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares, a contratação de recursos humanos e a capacitação profissional para atendimento de qualidade à população, o fornecimento gratuito de medicamentos para doenças como a hipertensão, diabetes, HIV/AIDS, câncer dos vários tipos, as campanhas de imunização que são referências mundiais, dentre outros.

Paim (2018), ao analisar o percurso de desenvolvimento da política de saúde no país (entre progressos e desmontes), afirma que houve a implantação do SUS, contudo, este não se encontra consolidado. Demonstra que a política neoliberal, instituída logo após a conquista e processo de implementação do SUS, ocasionou obstáculos para o seu desenvolvimento.

Expande-se a lógica privatista da saúde em detrimento do sucateamento da política de saúde pública. Ao longo desse período houve o predomínio do atendimento por parte do Estado aos interesses privados, reforçando a ideologia da privatização, no qual prevalece “boicote *passivo* através do subfinanciamento público e ganha força um boicote *ativo*, quando o Estado premia, reconhece e privilegia o setor privado com subsídios, desonerações e sub-regulação” (PAIM, 2018, p. 1725).

O autor aponta ainda que o principal desafio para concretização do SUS é de caráter político, no qual “há que se reconhecer a necessidade de atuação na sociedade política, ou seja, no Estado e nos seus aparelhos e instituições. Isso significa a possibilidade de atuar junto aos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, bem como nos aparelhos de hegemonia” (ibidem, p. 1726).

A racionalização, a fragmentação e a focalização são características da contrarreforma do Estado nas políticas sociais que trazem impactos diretos à política de saúde pública. Medidas advindas do “alto”, do poder político, retiram da população usuária do SUS o acesso universal, integral e igualitário.

A dinâmica de racionalização do setor público, em detrimento da mercantilização das políticas sociais, impossibilita o acesso às necessidades que permeiam as determinações de saúde, conforme legislação do SUS: alimentação, transporte, habitação, lazer, trabalho, renda, entre outros acessos a bens e serviços.

Apesar de a Constituição proclamar a saúde como direito de todos e dever do Estado, o Estado brasileiro através dos poderes executivo, legislativo e judiciário, não tem assegurado as condições objetivas para a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS. Problemas de gestão como a falta de profissionalização, o uso clientelista e partidário dos estabelecimentos públicos, número excessivo de cargos de confiança, burocratização das decisões e descontinuidade administrativa, têm sido destacados, embora as alternativas acionadas impliquem a desvalorização dos trabalhadores de saúde, através das terceirizações e da precarização do trabalho (PAIM, 2018, p. 1725).

Peduzzi (2017, p. 41) corrobora com a compreensão sobre os impactos do direcionamento ideopolítico neoliberal ao afirmar que:

Essa nova dinâmica de trabalho atinge todos os setores de produção e também o setor saúde, onde os trabalhadores estão expostos, de um lado, à organização do trabalho regida pela reatividade à demanda, ou seja, o aumento do número de usuários com seu fluxo, em grande parte imprevisível, para uma quantidade insuficiente de trabalhadores [...], e de outro, a necessidade crescente de fazer frente à fragmentação das ações, na qual se encontra a proposta de trabalho em equipe e prática colaborativa.

A autora também nos possibilita entender a bilateralidade da reestruturação da formação profissional em saúde, principalmente com os conceitos de trabalho em equipes multiprofissionais/interprofissionais. Em seus estudos, a autora argumenta que “o trabalho em equipe tanto responde ao novo modelo de racionalidade do trabalho pós-fordista acima referido, como constitui uma tendência na organização do trabalho em saúde para responder aos novos desafios colocados pelas mudanças em curso” (PEDUZZI, 2017, p. 41).

Entendemos que, em meio aos ataques ideopolíticos neoliberais, a política de saúde, o agir profissional crítico e comprometido com a consolidação do SUS pelas equipes multiprofissionais da saúde, por vezes, é direcionado ao aligeiramento e produtividade na atuação profissional devido à realidade objetiva imposta, portanto, tende a pactuar com modelo adotado pela sociabilidade do capital.

Transformações e avanços importantes ocorreram na gestão da educação e do trabalho em saúde nos últimos trinta anos do desenvolvimento no SUS, dentre outros, citamos:

- a ampliação dos trabalhadores do SUS (o estudo demonstra que atualmente existem mais de 3,5 milhões de trabalhadores);

- o crescimento exorbitante da oferta de cursos em graduação nas 14 profissões consideradas da área de saúde, no qual se observa um crescimento de 506% entre os anos de 1995 e 2015 (passando respectivamente de 1.032 para 5.222);
- a expansão dos serviços de saúde, alcançando mais de 200 mil estabelecimentos (antes do SUS, conforme o estudo, o setor contava com aproximadamente 18.489 estabelecimentos na década de 80); dentre outros. (MACHADO; NETO, 2018, p. 1972).

No entanto, Machado e Neto (2018) afirmam que muitos são os desafios que apontam para a concretização do SUS: a grave expansão dos cursos de graduação pelo ensino da Educação a Distância (EaD), “o que põe em risco a qualidade do atendimento” (MACHADO; NETO, 2018, p. 1974).; a privatização do ensino, principalmente na graduação, mercantilizando o direito à educação; a precarização do trabalho, principalmente gestado pelas medidas neoliberais aos direitos trabalhistas e à política de desmonte dos recursos humanos na área de saúde; o momento atual de ameaça aos direitos essenciais, retomando a intensificação do neoliberalismo dos anos de 1990 (MACHADO; NETO, 2018).

Neste cenário, a autora e autor nos alertam para os desafios na formação⁴¹, como a manutenção do modelo flexneriano nas bases curriculares dos cursos da saúde, a partir de uma perspectiva centrada na clínica hospitalar e no “paradigma hegemônico da cura” (ibidem, p. 1975); ausência da atuação na atenção primária à saúde, “o que dificulta a compreensão, o planejamento e a organização do processo de trabalho e a efetivação de projetos terapêuticos humanizados” (ibidem, p. 1975); docentes sem a vivência do SUS e da promoção à saúde, consolidando a perspectiva dos consultórios; e “a manutenção da iniquidade regional brasileira na oferta de vagas de graduação, o que afeta diretamente a disponibilidade e distribuição dos profissionais da saúde, nos espaços de prática” (ibidem, p. 1975).

Soares (2018, p. 24) demarca que a atual conjuntura de golpe institucional de Estado, ocorrido em 2016, conforme discutido no tópico anterior, traduz-se enquanto “a maior ofensiva da história deste país contra o conjunto das conquistas civilizatórias

⁴¹ Observe que “a implantação de políticas e programas setoriais da saúde acabou por influenciar a abertura de inúmeros cursos na área da saúde, em função de novos postos de trabalho demandado por: Enfermagem e Medicina – Estratégia Saúde da Família (ESF); Odontologia – Programa Brasil Sorridente e nos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com inserção de fisioterapeutas, assistentes sociais, educadores físicos, dentre outros” (MACHADO; NETO, 2018, p. 1973-74).

de nosso Estado”, sendo para o SUS o maior ataque contra a reforma sanitária brasileira.

A autora analisa que “nessa fase da contrarreforma, evidencia-se não só o abandono por completo da concepção de reforma sanitária, mas o abandono do próprio SUS, anunciando-se sua inviabilidade e a necessidade de sua reformulação” (SOARES, 2018, p. 30). Argumenta que a política adotada por esse golpe institucional tem a tendência a acabar com os princípios da política de saúde brasileira, principalmente a três: à universalidade do acesso à saúde; à publicidade do direito à saúde (destruindo-se a concepção de direito público à saúde); e a participação social através dos órgãos de controle social (SOARES, 2018).

Além disso, nos alerta para o favorecimento do desmonte do SUS com a aprovação de medidas como a aprovação do congelamento dos gastos públicos primários pela Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, “impondo sobre o orçamento da saúde uma restrição que pode chegar a 640 bilhões” (SOARES, 2018, p. 26); e a alteração das políticas de saúde mental e atenção básica, retrocedendo os princípios defendidos pela proposta da reforma psiquiátrica e sanitária.

Castro (2013, p. 6) afirma que, ao trabalhador de saúde, no modo de produção capitalista neoliberal, além de vivenciar a perda dos direitos trabalhistas, intensificação e precarização do trabalho e intervenção direta as expressões da questão social, “tem sua formação, muitas vezes, em escolas que priorizam a técnica ou uso de tecnologias pesadas, preservando a visão mercadológica e a supremacia de uma profissão sobre a outra”.

Nesse sentido, entendemos que o fortalecimento da educação permanente em saúde, a partir de uma proposta crítica, é estratégico para a luta contra o movimento de barbárie do atual contexto de ataques aos direitos sociais trazidos pelas propostas neoliberais ao SUS.

Concordamos com Fernandes (2016, p. 104) ao asseverar que “as transformações nos sistemas curriculares e as reformas educativas para formação dos profissionais que atuam na saúde serão necessárias para a defesa e preservação da saúde pública no século XXI”. Para o atendimento a essa perspectiva, cabe às instituições de ensino, com maior ênfase nas instituições de ensino superior, o comprometimento em fortalecer as reformas educacionais para e pelo SUS, principalmente através dos programas de Educação Permanente em Saúde

existentes, levando para as comunidades os princípios e diretrizes do SUS e integrando a luta pelos princípios da Reforma Sanitária Brasileira.

Sabe-se que a formação dos profissionais que atuam na saúde é fundamental e é exatamente no espaço-tempo da universidade que se tem como desafio formar profissionais comprometidos ética e politicamente com uma sociedade justa e humanitária. Tal direção social pressupõe a universalização dos direitos e, por isso, na busca intransigente da consolidação do SUS através da atuação responsável e com capacidade de reflexão crítica sobre o seu modo de fazer saúde (FERNANDES, 2016, p. 104).

Entendemos que as tendências neoliberais apontadas para a política pública de saúde trazem desafios para os movimentos sociais que defendem o projeto de reforma sanitária e para toda a sociedade enquanto usuária do SUS. Concordamos com os argumentos de Paim (2018, p. 1728), ao afirmar que:

Cumpra incidir sobre a correlação de forças, altamente desfavorável no presente, e acumular novas energias para tempos mais propícios, sem desprezar a atuação aqui e agora, com novas formas organizativas. É esta prática política que requer o melhor da militância e convoca para a ação em defesa do direito à saúde e do SUS. Se o Estado sabota o SUS, resta à sociedade civil lutar pela RSB [Reforma Sanitária Brasileira] e por um sistema de saúde universal, público, de qualidade e efetivo, cabendo ao movimento sanitário contribuir para imprimir um caráter mais progressista à revolução passiva brasileira.

A análise das tendências aqui apresentadas, até o momento, é necessária para compreendermos as estruturas que estão interligadas aos aspectos ideopolíticos e pedagógicos que permeiam a formação nos Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde. Avançaremos agora para a análise das particularidades dos programas diante desse contexto nacional.

2.3 Formação Profissional em Saúde no Brasil: o processo de construção dos Programas de Residência Multiprofissional

No Brasil, os Programas de Pós-graduação em Residência na Saúde surgem a partir da concepção ampliada da saúde, propõe transformações dos processos formativos na educação permanente em saúde visando a consolidação do SUS.

O primeiro programa surge voltado para a formação médica, em 1976, pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), com ênfase na Medicina Comunitária. No ano de 2006, conforme o Ministério da Saúde, a proposta deste programa “incluía formar profissionais com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública, com perfil humanista e crítico, com competência para

uma boa resolubilidade das necessidades de saúde da comunidade” (BRASIL, 2006, p. 5). Em 2008, o mesmo programa expande-se para a formação multiprofissional.

Silva (2018, p. 201) aponta que a formação no programa multiprofissional era realizada pelo Centro de Saúde Escola Murialdo, em Porto Alegre/RS, e complementa que “a então nova modalidade de formação em saúde era desenvolvida na atenção básica, chamava-se Residência Integrada em Saúde Coletiva e contemplava a formação integrada de assistentes sociais, enfermeiras, médicas e médicas veterinárias”.

A legitimação da formação em especializações no formato de Residência apenas ocorre para os programas voltados para a formação médica. Em 1977, a partir do Decreto nº 80.281 de 5 de setembro, é instituído as especializações em Programas de Residência Médica, no qual no artigo 1º define essa modalidade enquanto ensino de pós-graduação, *lato sensu*, “caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional” (BRASIL, 1977, p. 01).

É definida enquanto “padrão ouro” de especialização para a medicina. O Decreto também traz a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), “responsável pelo estabelecimento dos princípios e normas de funcionamento, credenciamento e avaliação das condições de oferta dos programas de residência médica” (BRASIL, 2006, p. 5). As especialidades que são instituídas para a formação médica são voltadas para o interesse do movimento político, econômico e social daquele momento histórico — são especializações para a Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia e Medicina Preventiva ou Social⁴².

O período de surgimento dos Programas de Residência é marcado por uma luta antagônica pela direção da saúde, principalmente com o declínio das opressões trazidas pelo Regime Militar de 1964. Como visto nas análises dos tópicos anteriores, no bojo desse período surge o Movimento de Reforma Sanitária “como resistência ao poderoso complexo médico industrial, financiado principalmente com dinheiro público do Ministério da Previdência e Assistência Social, e resistência também ao modelo de

⁴² A perspectiva trazida por esses programas tem como pano de fundo o movimento de transformação na concepção de saúde mundial e, principalmente, na América-Latina, embasado pelas propostas trazidas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

formação, baseado na especialização e fragmentação do conhecimento” (BRASIL, 2006, p. 5). O Movimento de Reforma Sanitária também buscou romper com “a visão da doença como fenômeno estritamente biológico” (ibid.).

Com a conquista da política pública de saúde universal na Constituição Federal de 1988, muitos dos princípios e doutrinas do movimento foram adotados pela instituição do SUS. Com isso, foram dadas as possibilidades para o desenvolvimento da inserção e reconhecimento da importância do trabalho multiprofissional na saúde.

A formação em Programas de Residência Multiprofissionais demorou para ser implantada enquanto parte da política de formação para os recursos humanos do SUS, muito devido aos interesses políticos e econômicos que atravessaram a construção da política de saúde pública brasileira, como bem já pontuamos no primeiro tópico deste capítulo. Mesmo com a regulamentação das profissões de saúde em 1997 e 1998, a implantação dos programas de residências que englobassem essas profissões demorou a ser adotada.

No Brasil, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde⁴³ apenas foram instituídos em 2005, regulamentados pela Lei nº 11.129, de 30 de junho, que cria a Residência em Área profissional de Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde (CNRMS), posteriormente foram configurados no nível *Lato Sensu* nas instituições de ensino credenciadas ao MEC e MS.

Criados enquanto espaços formativos de recursos humanos, os Programas de Residência Multiprofissional visam a uma nova lógica de formação profissional para o Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a viabilizar qualidade ao atendimento das necessidades de saúde da população, levando-se em consideração as determinações sociais do processo saúde-doença. Ou seja, os programas de residência permitem “o preparo de profissionais qualificados para a assistência à saúde da população brasileira e para a reorganização dos processos de trabalho em saúde na direção dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS” (CASTRO, 2013, p. 4).

A proposta de Clínica Ampliada⁴⁴, introduzida no processo formativo de residentes em saúde, advém do reconhecimento da necessidade da integração das

⁴³ Os programas devem se basear pelos princípios e diretrizes contidos nas normativas que instituem a Política de Saúde no Brasil (a exemplo do que consta na Constituição Federal de 1988 dos artigos nº 196 a 200) e que regulamentam o Sistema Único de Saúde [a exemplo Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990]. (BRASIL, 1990a).

⁴⁴ Segundo o Ministério da Saúde, “ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. A Clínica Ampliada reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir

diversas áreas de conhecimento para o cuidado em saúde, visando ultrapassar o modelo Flexneriano⁴⁵ de “especialização e fragmentação do conhecimento” e a “visão da doença como fenômeno estritamente biológico” (BRASIL, 2006, p. 5). Ou seja, a partir da perspectiva multiprofissional⁴⁶, busca-se romper com o modelo Flexneriano e introduzir na formação dos profissionais de saúde a interdisciplinaridade⁴⁷.

Esse marco histórico de criação dos programas de Residência Multiprofissionais vem através da consolidação da Política de Gestão do Trabalho e Educação, estabelecida no governo petista (principalmente com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pelo Ministério da Saúde, em 2003), tornando possível a ampliação, organização e qualificação dos recursos humanos do SUS. Essa conquista possibilitou o desenvolvimento da formação em saúde para e pelo SUS, com o privilégio do reforço aos seus princípios e diretrizes.

As Residências Multiprofissionais se propõem qualificar 14 (catorze) profissões de nível superior que compõem a área saúde para o atendimento em serviço no SUS. Os programas de residência se caracterizam enquanto ensino em serviço, conforme a Resolução da CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, e deve ter a carga horária semanal de 60 horas, com duração mínima de dois anos em regime de dedicação exclusiva, dividida entre aprendizado teórico, teórico-prático e prático. Conforme a Resolução CNRMS nº 3, de 04 de maio de 2010, os programas de Residência Multiprofissional necessitam ter carga horária mínima total de 5.760 (cinco mil,

uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação” (BRASIL, 2009b, p. 10).

⁴⁵ Conforme Bravo (2013), o enfoque biológico e individual predominou nas práticas científicas e médicas no início do século XX, demarcado pelo Relatório Flexner de 1910 (considerado documento marco da medicina moderna). O movimento flexneriano ocorre em um período no qual a maior parte das doenças eram determinadas socialmente, sendo expressão da ascensão do capitalismo industrial que trouxe a predominância das doenças infecciosas. O flexnerianismo se coloca na contramão do entendimento das determinações sociais ao indicar a causa individual das enfermidades e o enfoque terapêutico orientado para o indivíduo, havendo o crescimento da atenção voltada aos centros hospitalares.

⁴⁶ Multidisciplinaridade é um “conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, problema ou assunto, sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico; é um sistema que funciona através da justaposição de disciplinas em um único nível, estando ausente uma cooperação sistemática entre os diversos campos disciplinares” (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 16).

⁴⁷ Conforme afirma Almeida Filho (2000, p. 17), a “interdisciplinaridade — para além da disciplinaridade, a noção de interdisciplinaridade implica uma axiomática comum a um grupo de disciplinas científicas conexas, cujas relações são definidas a partir de um nível hierárquico superior, ocupado por uma delas; esta última, geralmente determinada por referência à sua proximidade a uma temática unificada, atua não somente como integradora e mediadora da circulação dos discursos disciplinares, mas principalmente como coordenadora do campo disciplinar”.

setecentos e sessenta) horas, sendo 80% realizado em carga horária prática e 20% em atividades teóricas ou teórico-práticas.

Além dos residentes, os programas são desenvolvidos conjuntamente aos preceptores e tutores de núcleo e de campo⁴⁸. As residências multiprofissionais são remuneradas por bolsa com valor padronizado ao da residência médica, atualmente no valor de R\$3.330,43 (Três mil, trezentos e trinta reais e quarenta e três centavos)⁴⁹, com dedução de alíquota de contribuição previdenciária, contudo, sem o caráter de vínculo empregatício, ausentando-se dos demais direitos trabalhistas, como a licença médica.

Para a existência dos programas de residências, faz-se necessária sua submissão ao Ministério da Educação para aprovação. Dentre os dados solicitados, há a exigência do Projeto Político-Pedagógico, documento basilar para o direcionamento da formação/especialização do/a profissional.

Fernandes (2016) destaca que a implementação da formação em programas de residência multiprofissionais possibilita a integração dos saberes multiprofissionais, sendo rico espaço para a construção crítica de intervenções profissionais. A autora aponta que são programas que têm bases na interdisciplinaridade e na humanização da atenção.

Nessas experiências é possível observar também a produção inovadora de ensino em serviço entre profissionais de diversas formações, e isso pode contribuir com a superação de saberes identitários rígidos, fechados, na medida em que possibilita abertura aos diversos campos de conhecimento (FERNANDES, 2016, p. 105).

As residências multiprofissionais também têm potencialidade para o desenvolvimento das práticas interprofissionais, principalmente por necessitar ter uma base mínima de três profissões para se realizar essa modalidade de formação.

De acordo com Ceccim “a ‘prática interprofissional’ ocorre quando há articulação e integração das ações de saúde, tendo em vista aumentar a

⁴⁸ Conforme Resolução da CNRMS nº 2, de 13 de Abril de 2012, caracteriza-se enquanto preceptor, de acordo com o Artº 13, aquele responsável “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”. Já a tutoria, de acordo com Art. 11, caracteriza-se como aquele que realizará “atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos”.

⁴⁹ Valor referente ao ano de 2020, período da nossa pesquisa.

resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde”. O pesquisador ainda argumenta que “para ser ‘interprofissional’ há necessidade do intercurso das aprendizagens e das práticas colaborativas, ambas orientadas para o trabalho, envolvendo no mínimo duas profissões” (CECCIM, 2017, p. 56).

Silva (2018, p. 202) afiança que “os programas de residência são cooperações intersetoriais que visam favorecer a inserção qualificada de jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS”. O autor argumenta ainda que “o escopo da RMS [Residência Multiprofissional em Saúde] aponta a interdisciplinaridade como uma proposta de metodologia de trabalho que se opõe à lógica da especialidade técnica isolada posta historicamente no campo da saúde” (SILVA, 2018, p. 206), sendo essa modalidade de formação original e com potencialidades para qualificar o atendimento, de forma crítica, às necessidades sociais de saúde.

Contudo, diante do cenário de contrarreforma e de seu espraiamento na política de saúde, contraditoriamente, percebe-se tendências que se contrapõem à formação crítica nos programas de residências em saúde. Aqui nos referimos a uma formação política ideológica fundamentada na perspectiva crítica histórica as “[...] determinações estruturais da ordem social do capital” vigente (MÉSZÁROS, 2008, p. 86).

CAPÍTULO 3 – TENDÊNCIAS IDEOPOLÍTICO-PEDAGÓGICAS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE DO RECIFE/PE

O presente capítulo discorre sobre os resultados obtidos pela pesquisa. Tem como objeto de estudo as tendências ideopolítico-pedagógicas na formação profissional para o SUS. Buscar-se-á apreender as contradições na relação trabalho, educação e saúde presentes, mediadas pela racionalidade da contrarreforma da saúde, a partir da análise dos Projetos Políticos-Pedagógicos (PPP) elaborados pelas instituições de ensino da cidade do Recife/PE.

3.1 Caminhos Metodológicos

No percurso metodológico para a análise das tendências ideopolítico-pedagógicas dos Projetos Político-Pedagógicos (PPP) das Residências Multiprofissionais em saúde da cidade do Recife/PE, primeiramente realizamos o levantamento dos editais de vagas para os programas de residências destinados ao município no ano de 2018, nos quais identificamos um total de 20 (vinte) Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde com campo de prática no município.

Os programas de residência analisados são voltados para diversos campos de atuação, desde a atenção básica à alta complexidade⁵⁰, conforme é possível observar no Quadro 1, abaixo.

Quadro 1 – Residências Multiprofissionais em Saúde, por tipo de programa, instituições de ensino superior, perfil, serviço, profissão em formação, segundo editais 2018. Recife, PE – Brasil.

PROGRAMA	IES	PERFIL	SERVIÇO	PROFISSÕES EM FORMAÇÃO
Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos	UPE	Hospitalar	Hospital Universitário Osvaldo Cruz /HUOC	Serviço Social, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Farmácia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional
Residência Multiprofissional em Urgência, Emergência e Trauma	UPE	Hospitalar	Hospital Getúlio Vargas	Biomedicina, Fisioterapia, Psicologia, Enfermagem e Serviço Social.

⁵⁰ Atenção básica: saúde da família e da comunidade, saúde mental, saúde coletiva. Alta Complexidade: área hospitalar.

Residência Multiprofissional em Saúde da Família	UPE	Atenção Básica	Núcleo de Saúde da Família /NASF Secretaria de Saúde de Recife	Serviço Social, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Farmácia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional.
Residência Multiprofissional em Saúde Mental (Recife)	UPE	Atenção Básica	Centro de Atenção Psicossocial/ CAPS	Enfermagem, Psicologia, Educação Física, Farmácia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.
Residência Multiprofissional em Cardiologia	UPE	Hospitalar	Hospital Universitário Osvaldo Cruz/HUOC	Enfermagem, Psicologia e Terapia Ocupacional.
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva	UPE	Saúde Coletiva	Núcleo de Saúde da Família /NASF Secretaria de Saúde de Recife	Ampla Concorrência
Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso	IMIP	Hospitalar	Instituto Fernando Figueira	Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.
Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos	IMIP	Hospitalar	Instituto Fernando Figueira	Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.
Residência Multiprofissional em Oncologia	IMIP	Hospitalar	Hospital do Câncer de Pernambuco	Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Farmácia, Psicologia, Fonoaudiologia e Serviço Social.
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família	IMIP	Atenção Básica	Núcleo de Saúde da Família / NASF Secretaria de Saúde de Recife	Serviço Social, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Farmácia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional.
Residência Multiprofissional em Saúde da Família	IMIP	Atenção Básica	Instituto Fernando Figueira	Enfermagem; Odontologia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Nutrição; Serviço Social; Psicologia.
Residência Multiprofissional em Saúde Mental	IMIP	Atenção Básica	Centro de Atenção Psicossocial / CAPS	Educação Física, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.
Residência Multiprofissional na Rede de Atenção Psicossocial	IMIP	Atenção Básica	Centro de Atenção Psicossocial /CAPS Secretaria de Saúde de Recife	Enfermagem, Educação Física, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social.
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva	IMIP	Saúde Coletiva	Secretaria de Saúde de Recife	Ciências Biológicas, Educação Física, Biomedicina, Medicina Veterinária, Serviço Social, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Farmácia,

				Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional.
Residência Multiprofissional em Vigilância em Saúde	IMIP	Saúde Coletiva	Secretaria Municipal do Recife	Enfermagem, Nutrição, Ciências Biológicas, Medicina Veterinária e Saúde Coletiva.
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva	IMIP	Saúde Coletiva	Atenção Básica	Ciências Biológicas, Medicina Veterinária, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia e Psicologia.
Residência Multiprofissional em Reabilitação Física	IMIP	Hospitalar	Instituto Fernando Figueira	Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, Fisioterapia.
Residência Multiprofissional em Saúde da Família	UFPE	Atenção Básica	Núcleo de Saúde da Família / NASF	Serviço Social, Educação Física, Saúde Coletiva, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Farmácia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional.
Residência Multiprofissional Integrada em Saúde	UFPE	Hospitalar	Hospital das Clínicas da UFPE	Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva	Fiocruz Instituto Aggeu Magalhães	Saúde Coletiva	Núcleo de Saúde da Família / NASF	Ampla concorrência

Fonte: O autor (2020).

O Edital para preenchimento de vagas para as Residências Multiprofissionais referente ao ano de 2018, ofertadas pelo Estado de Pernambuco⁵¹, destina-se às 14 (catorze) profissões da área da saúde. São ofertadas vagas para uma diversidade de programas de especialização na área da saúde ligadas a instituições de ensino que possuem a Comissão de Residências Multiprofissionais – COREMU⁵². Esses programas também estão de acordo com normas e resoluções da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional da Saúde – CNRMS/MEC e da Secretaria Estadual de Saúde/PE.

Em Pernambuco, as vagas nos programas de Residência Multiprofissionais possuem quatro áreas de atuação e perfis de especialização: hospitalar, atenção

⁵¹ Em 05/10/2017, a Secretaria Estadual de Saúde/PE torna público o edital do “Processo Seletivo para os Programas de Residência em Área Profissional de Saúde vinculados às COREMUs da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, COREMU da Universidade de Pernambuco, COREMU da Universidade Federal de Pernambuco e COREMU do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, COREMU da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Jaboatão dos Guararapes e desenvolvidos nas Instituições de Saúde, para o ano de 2018 [...]”. O edital pode ser acessado no site: <<http://www.upenet.com.br/>>

⁵² A COREMU é uma instância deliberativa institucional do conjunto de programas de Residência Uniprofissionais e Multiprofissionais, devendo ser vinculada a uma Instituição de Ensino.

básica, saúde coletiva e saúde coletiva ampla concorrência. Nos últimos anos as provas são executadas pelo Instituto de Apoio à Universidade de Pernambuco – IAUPE, e cada programa possui a seguinte definição para cada perfil:

- 1) Estão incluídos no Perfil Hospitalar os programas de residência cujas atividades são desenvolvidas predominantemente no âmbito hospitalar (assistência e ou gestão), seja na modalidade uniprofissional ou multiprofissional.
- 2) No Perfil Atenção Básica estão incluídos os programas cujas atividades são desenvolvidas predominantemente nos serviços municipais de Atenção Primária à Saúde (Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Centros de Atenção Psicossocial, Programa Academia da Saúde e outros).
- 3) No perfil Saúde Coletiva encontram-se os programas cujas atividades são desenvolvidas predominantemente no âmbito da gestão de serviços e sistemas de saúde, seja na modalidade uniprofissional ou multiprofissional, onde as vagas estão distribuídas de acordo com a Categoria Profissional.
- 4) No perfil Saúde Coletiva Ampla Concorrência encontram-se os programas cujas atividades são desenvolvidas predominantemente no âmbito da gestão de serviços e sistemas de saúde, na modalidade multiprofissional. Os programas deste Perfil são de caráter 'entrada livre e ampla concorrência', ou seja, todas as profissões de saúde constantes no quadro de vagas do edital concorrem entre si (concorrência geral). É classificado neste programa o candidato com melhor pontuação independente da categoria profissional, obedecendo a ordem de escolhas (IAUPE, 2018, p. 5).

Após o levantamento inicial, delimitamos o universo da pesquisa, com vistas ao aprofundamento da coleta de dados, sendo optado pela definição de um perfil da amostra do estudo. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: 1) todos os Programas de Residência Multiprofissionais realizados na cidade do Recife/PE, vinculados à Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) de determinadas instituições de ensino; 2) os programas com maior número de vagas para diferentes profissões subdivididos por COREMU e por perfil: hospitalar; atenção básica; saúde coletiva; saúde coletiva ampla concorrência; 3) todos os programas que responderam à solicitação de anuência de participação na pesquisa. Os critérios de exclusão foram: 1) todos os programas que não responderam à solicitação de anuência de participação na pesquisa.

A solicitação dos PPPs ocorreu através do envio de e-mail para as coordenações, assim como contato telefônico, dentro do período de agosto a dezembro de 2019. A não anuência ocorreu ou pela falta de resposta por parte da coordenação, ou por solicitações burocráticas por parte da instituição, como passagem por comitê de ética institucional, o que demandaria mais tempo para a pesquisa, acarretando o descumprimento de prazos relativos ao decurso deste estudo. Os PPPs se enquadram como documentos de domínio público. Contudo,

partimos da premissa da inclusão participativa dos programas, por isso respeitamos aqueles que não responderam à carta de anuência, não sendo inclusos no estudo.

Do total de 20 (vinte) programas identificados no levantamento inicial dos Programas de Residência Multiprofissionais do Recife/PE, 14 (quatorze) responderam aos critérios de inclusão definidos pela pesquisa, descritos no Quadro 2, abaixo.

Quadro 2 – Programas de Residência Multiprofissionais aptos segundo critérios de inclusão. Recife/PE -Brasil

Nº	PROGRAMA*	IES	PERFIL	CAMPO DE PRÁTICA
1.	RMUET	UPE	Hospitalar	HGV – UPE 53
2.	RMSF	UPE	Atenção Básica	NASF – Sec. Saúde 54
3.	RMSM	UPE	Atenção Básica	CAPS – Sec. Saúde 55
4.	RMSF	IMIP	Atenção Básica	NASF – Sec. Saúde 56
5.	RMSC	IMIP	Saúde Coletiva	Sec. de Saúde 57
6.	RMSF	UFPE	Atenção Básica	NASF – Sec. Saúde 58
7.	RMSC	FIOCRUZ/PE	Saúde Coletiva	NASF – Sec. Saúde 59
8.	RMCP	UPE	Hospitalar	HOUC – UPE 60
9.	RMSC	UPE	Saúde Coletiva	NASF – Sec. Saúde 61
10.	RMSI	IMIP	Hospitalar	IMIP 62
11.	RMCP	IMIP	Hospitalar	IMIP 63
12.	RMSF	IMIP	Atenção Básica	NASF – Sec. Saúde 64
13.	RMSC	IMIP	Saúde Coletiva	Sec. Saúde 65
14.	RMIS	UFPE	Hospitalar	HC 66

Fonte: O autor (2020).

53 RMUET – Residência Multiprofissional em Urgência, Emergência e Trauma. UPE – Universidade de Pernambuco. HGV – Hospital Getúlio Vargas.

54 RMSF – Residência Multiprofissional em Saúde da Família. NASF – Núcleo de Saúde da Família. Sec. Saúde – Secretaria de Saúde de Recife.

55 RMSM – Residência Multiprofissional em Saúde Mental (Recife). UPE – Universidade de Pernambuco. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Sec. Saúde – Secretaria de Saúde do Recife.

56 RMSF – Residência Multiprofissional em Saúde da Família. IMIP – Instituto Fernando Figueira. NASF – Núcleo de Saúde da Família. Sec. Saúde – Secretaria de Saúde do Recife.

57 RMSC – Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. Sec. de Saúde – Secretaria de Saúde de Recife. IMIP – Instituto Fernando Figueira.

58 RMSF – Residência Multiprofissional em Saúde da Família – RMSF. UFPE – Universidade Federal de Pernambuco. Sec. de Saúde. NASF – Núcleo de Saúde da Família. Sec. Saúde – Secretaria de Saúde de Recife.

59 RMSC- Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. FIOCRUZ – Fundação Oswaldo CRUXZ. IAgM – Instituto Aggeu Magalhães. NASF – Núcleo de Saúde da Família. Sec. Saúde – Secretaria de Saúde de Recife.

60 RMCP – Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos – RMCP. UPE – Universidade de Pernambuco. HUOC – Hospital Universitário Oswaldo Cruz.

61 RMSC – Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. UPE. Universidade de Pernambuco. NASF – Núcleo de Saúde da Família. Sec. Saúde – Secretaria de Saúde de Recife.

62 RMSI – Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso. IMIP – Instituto Fernando Figueira.

63 RMCP – Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos. IMIP – Instituto Fernando Figueira.

64 RMSF – Residência Multiprofissional em Saúde da Família. IMIP – Instituto Fernando Figueira. Sec. Saúde – Secretaria de Saúde do Recife.

65 RMSC – Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. IMIP – Instituto Fernando Figueira. Sec. Saúde – Secretaria de Saúde do Recife.

66 RMIS – Residência Multiprofissional Integrada em Saúde. UFPE – Universidade Federal de Pernambuco. HC – Hospital das Clínicas da UFPE.

Entretanto, destes 14 (quatorze), apenas sete programas responderam à carta de anuência e aceitaram participar da pesquisa, a saber: 04 (quatro) são do perfil atenção básica – sendo 03 (três) de saúde da família (da UPE, UFPE e Secretaria Municipal de Saúde do Recife – SESAU Recife/PE) e 01 (um) de saúde mental (da UPE) –; 01 (um) do perfil hospitalar (do Hospital Getúlio Vargas – HGV, sendo ofertado pela UPE); e 02 (dois) do perfil saúde coletiva (da FIOCRUZ/PE e SESAU Recife/PE), segundo apresentado no Quadro 3, abaixo.

Quadro 3 – Programas de Residência Multiprofissionais que aceitaram participar do estudo. Recife/PE -Brasil

Nº	PROGRAMA*	IES	PERFIL	CAMPO DE PRÁTICA
1.	RMUET	UPE	Hospitalar	HGV – UPE
2.	RMSF	UPE	Atenção Básica	NASF – Sec. Saúde
3.	RMSM	UPE	Atenção Básica	CAPS – Sec. Saúde
4.	RMSF	IMIP	Atenção Básica	NASF – Sec. Saúde
5.	RMSC	IMIP	Saúde Coletiva	Sec. de Saúde
6.	RMSF	UFPE	Atenção Básica	NASF – Sec. Saúde
7.	RMSC	IAGM/PE	Saúde Coletiva	NASF – Sec. Saúde

Fonte: O autor (2020).

Os dados coletados na pesquisa documental foram analisados através da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009), a partir de um roteiro direcionado para a pré-análise, leitura flutuante inicial e exploração do material. O tratamento dos dados realizado mediante aproximações sucessivas e aprofundadas mediante elaboração de eixos indicadores com concepções teóricas para interpretar o material coletado, seguindo as indicações do autor: Exaustividade, Representatividade, Homogeneidade, Pertinência (BARDIN, 2009).

Entendemos que a apreensão do real a partir da sua essência torna-se fundamental ao pesquisador, pois esse movimento nos permitirá extrapolar a análise com base apenas na aparência dos fenômenos, ou seja, “o conhecimento teórico é o conhecimento do objeto — de sua estrutura e dinâmica — tal como ele é em si mesmo, na sua existência real e efetiva, independentemente dos desejos, das aspirações e das representações do pesquisador” (NETTO, 2011, p. 20).

3.2 Resultado e Discussão

3.2.1 A Formação Profissional e a Residência Multiprofissional em Saúde

A implementação regulada dos Programas de Residência Multiprofissionais no formato de especialização no Brasil é bastante recente. Contudo, vem se consolidando enquanto fundamental via de formação para a inserção dos profissionais na política de saúde. Considera-se que é um avanço enquanto modelo pedagógico de formação para uma política social pública, principalmente por possibilitar a participação do profissional no processo articulado teórico-prático na realidade. A especialização no formato de residência multiprofissional também possibilita, para políticas como a saúde, o seu fortalecimento, formando-se condizente às particularidades das necessidades sociais regionais.

No contexto de desemprego estrutural e exigência de qualificação/experiência profissional, em que impera a premissa do desenvolvimento empreendedor de si e o conceito de “capital humano”, para jovens recém-formados em profissões da saúde e para os que encontram barreiras para se inserir (ou retornar) ao mercado de trabalho, programas de residência multiprofissionais se tornam atrativos principalmente pela remuneração da bolsa (salienta-se que seu valor ultrapassa as bolsas fornecidas em programas de pós-graduação de nível *stricto sensu*, como mestrado e doutorado), assim como a possibilidade de desenvolvimento de suas potencialidades no campo do conhecimento na área da saúde.

Mesmo diante da extensiva carga-horária semanal, espera-se que a residência possibilite a realização de uma práxis formativa que aprofunde ou preencha lacunas existentes na formação em nível de graduação (ou dos demais formatos de pós-graduação).

Não obstante, ao se analisar os interesses em disputa nas políticas sociais na contemporaneidade, assim como seus desdobramentos na política de saúde, identificamos contradições que assumem outras lógicas para além do objetivo de formar profissionais para e pelo sistema público de saúde.

Ante ao contexto de desmonte da saúde e educação em que se inserem os programas de Residência, as contradições mais proeminentes estão em efetivar uma proposta de formação alicerçada nos fundamentos ideopolíticos do projeto de Reforma Sanitária Brasileira, uma formação na perspectiva da totalidade social que possibilite formar profissionais para um agir crítico, reflexivo e propositivo com

conhecimento das reais necessidades de saúde da população. Uma formação que os leve a apreender a essência das contradições presentes no interior do Estado e da sociedade, que os possibilite ampliar o conhecimento acerca das disputas políticas, das dinâmicas do poder e das alianças presentes na ossatura material das instituições.

Entendemos que a relação entre educação, trabalho e saúde é permeada por conflitos desde a sua fundação sócio-histórica. Assim sendo,

Ao pensar a educação na perspectiva da luta emancipatória, não poderia senão restabelecer os vínculos — tão esquecidos — entre educação e trabalho, como que afirmando: digam-me onde está o trabalho em um tipo de sociedade e eu te direi onde está a educação. Em uma sociedade do capital, a educação e o trabalho se subordinam a essa dinâmica [...] (SADER, 2008, p. 17).

Ao lermos as atas de plenária da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS), pode-se observar que as contradições emergem conformadas em denúncias. Essas denúncias são recorrentes e passam a evidenciar os principais entraves vivenciados pelos/as residentes e pelos Programas de Residência. As denúncias se enraízam no cotidiano do trabalho no SUS e, paulatinamente, vão se transformando em obstáculos ao longo do processo formativo, apresentados no Quadro 4.

Quadro 4 – Denúncias apresentadas, entre 2014 a 2018, nas plenárias da CNRMS/ Mec. Brasil.

ANO	Nº DA ATA DA PLENÁRIA/MÊS	DENÚNCIA
2014	1º PLENÁRIA DA CNRMS MAIO	“[...]denúncia recebida [...] cita a falta de corpo docente, carga horária excessiva de 60 horas semanais e falta de direitos trabalhistas” (BRASIL, 2014, p. 2).
	3º PLENÁRIA DA CNRMS/AGOSTO	Em discussão sobre a carga horária da residência em área profissional: “Os residentes adoecem pelo excesso de trabalho e ainda têm que repor os afastamentos por atestado médico”. A decisão desta discussão foi “residentes devem trazer algo consubstancial para discussão em plenária” e encaminhamento a consulta ao MEC e MS (BRASIL, 2014, p. 3).
	5º PLENÁRIA DA CNRMS/OUTUBRO	“A denúncia consistia em preceptores sem a graduação mínima exigida, sem graduação na área profissional do residente com carga horária que não contemplava as atividades desenvolvidas; ausência de tutores, ausência de tutoria de núcleo e de campo, preceptores e tutores sem capacidade técnica para orientação do TCC, falta de organização das atividades teóricas do programa, falta de qualificação e estruturação do eixo específico de cada área profissional, programa não organizado em linhas de cuidado e dentro das redes de atenção à saúde,

		ausência de fornecimento de alimentação [...], inexistência de NDAE e frágil vinculação com a IES". Em visita da equipe técnica foi verificada a veracidade dos fatos apresentados: "chegaram à conclusão que [...] configura apenas formalmente como IES não exercendo atividade docente assistencial junto aos programas, deficiência de tutoria nos programas, fragilidade da preceptoria – falta de clareza do papel do preceptor, no momento estão em uma tentativa de qualificação de preceptores através de cursos a distância. Foi identificado também ausência de projeto pedagógico em quase todos os programas. Além disso, a inserção dos residentes nos cenários de prática não permite a formação e o trabalho em equipe multiprofissional. Quanto à COREMU – tutores não participam das reuniões, participação mínima de preceptores e coordenadores" (BRASIL, 2014, p. 2). Diante da denúncia, foi firmado protocolo de compromisso de ações para sanar as dificuldades encontradas.
2015	3º PLENÁRIA DA CNRMS/JULHO	"Na planilha de partos realizados por residentes com médico obstetra [...] embora os residentes constem como executantes, não consta que há enfermeira obstétrica supervisora (preceptoria). Ressalta-se, que o número de partos realizados por residentes é 2,3 vezes maior que os assistidos por enfermeira obstétrica" (BRASIL, 2015, p. 3-4)
	6º PLENÁRIA DA CNRMS/DEZEMBRO	"Trata-se de denúncia sobre falta de estruturação, de preceptoria, projeto pedagógico, formação da COREMU, residentes alocados em regiões de alta periculosidade [...]" (BRASIL, 2015, p. 4).
2016	2º PLENÁRIA DA CNRMS/ABRIL	"Carta dos residentes [...] que estão sem receber a bolsa, referem que há falta de local adequado para atendimento de pacientes e estudos, falta de material e de aparelhos de diagnósticos e pedem intervenção da Comissão Nacional" (BRASIL, 2016, p. 3-4). Referente ao despacho sobre as horas de almoço: "[...] chegaram denúncias para o fórum que após a publicação do despacho orientador residentes tiveram que cumprir mais horas de programa" (BRASIL, 2016, p. 5).
	8ª PLENÁRIA DA CNRMS/JULHO	"A Coordenação Geral de Residências em Saúde – CGRS recebe denúncia de supostas irregularidades concernentes a "atrasos de 3 meses de pagamentos de bolsas, residentes sendo obrigados a cumprirem carga horária superior a 60h/sem., ausência de preceptoria [...]". Foi feita visita in loco por membros da CNRMS" (BRASIL, 2018, p. 3).

Fonte: O autor (2020).

A análise das atas demonstrou que as denúncias dos representantes das coordenações e residentes das instituições de ensino expostas a CNRMS revelam as contradições presentes no contexto da formação para o trabalho no SUS, em que conformam as Residências em saúde.

A análise dos dados revelou a precarização do trabalho, apontou distorções na relação ensino-serviço, excessiva carga, supervisão pedagógica deficiente tanto dos tutores quanto dos preceptores, dentre outros. As denúncias trazem, em síntese, as expressões da precarização do trabalho e da educação:

- Na carga horária de trabalho do residente (seja manual ou intelectual) em extensas jornadas, a exemplo do cumprimento integral ou superior às 60h semanais no âmbito da prática profissional;

- Na exploração do trabalho, principalmente na substituição do residente por profissional do serviço, a exemplo do que foi claramente explicitado na denúncia constante na ata da 3ª plenária da CNRMS de julho de 2015;
- Na lógica da produtividade em face da qualidade do atendimento;
- Na falta da estrutura adequada nos serviços;
- Na ausência de tutoria e preceptoria de campo e de núcleo, até mesmo de orientação para o trabalho de conclusão do curso, o que descumpra com a proposta pedagógica das residências, sendo transferido aos/às residentes o papel de executores dos serviços, como já visto;
- Na ausência ou descumprimento às normativas legais que dão base às atividades de um programa de residência;
- Nas limitações quanto ao trabalho pedagógico por parte de profissionais preceptores, no qual possibilite ao residente a compreensão sobre questões macroestruturais e regionais relacionadas às determinações do processo saúde-doença do país, visa, por vezes, a prática restritamente técnico-operativa;
- No adoecimento relacionado ao trabalho.
- Dentre outras⁶⁷.

Essas contradições também estão presentes nos resultados dos estudos da pesquisa de Rodrigues (2016, p. 78) ao demonstrar que nos programas de residência analisados “o peso maior centra-se no trabalho e não na formação”. Ressalta-se com essa afirmativa que os programas de Residência apenas garantem a cobertura dos direitos previdenciários, contudo, não integram outros direitos trabalhistas, como o regime vigente da jornada máxima de trabalho semanal, direito ao afastamento por questões de saúde sem a necessidade de reposição da carga horária, dentre outros. Note-se ainda que, por vezes, a inserção e conclusão da residência não garante que o egresso qualificado se insira no SUS.

A formação em residências multiprofissionais, nessa ótica, impossibilita uma educação voltada integralmente para os interesses de uma política de saúde pública, conforme os moldes do projeto de reforma sanitária. De tal modo, acaba por atender aos interesses da ordem do capital, pois se torna uma formação para o mercado, muitas vezes, privado da saúde. Além disso, concordamos com os argumentos de Soares (2018), quando afirma que, no atual contexto de racionalização e enxugamento do Estado, a possibilidade de inserção dos profissionais no serviço público no quadro permanente, via concurso público, se torna cada vez mais limitada.

⁶⁷ Ressaltamos que boa parte das denúncias analisadas ocorreram em programas de residência voltados para a atenção hospitalar, portanto, necessita ser aprofundado em estudos posteriores.

Do mesmo modo, conforme os estudos de Silva (2018), a formação nos programas de Residência está sendo materializada numa

[...] conjuntura de desmonte das políticas sociais, especialmente a política de saúde na sua dimensão de recursos humanos. 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. É justamente por sua característica central que os parâmetros postos na regulamentação dessa formação são indicativos dos sentidos que a RMS vem assumindo no SUS (SILVA, 2018, p. 207).

Silva (2018, p. 204) nos apresenta uma análise com críticas importantes sobre a situação dos programas de Residência que reforçam os nossos argumentos. Segundo a autora apesar da

[...] impossibilidade de apresentar um referencial teórico específico acerca dos impactos do prolongamento da jornada de trabalho no trabalho em saúde e a questão da residência, destaca-se que o trabalho em saúde e a prolongada jornada de trabalho do residente inscrevem-se nos marcos da exploração do trabalho pelo capital. Ou seja, ainda que haja particularidades no *trabalho* do residente, estas particularidades não alteram sua condição de trabalhador (ainda que temporário) no modo de produção capitalista. Nesses marcos, as 60 (sessenta) horas semanais são uma forma de intensificação da exploração do trabalho e são incompatíveis com as propostas de formação inscritas na RMS.

Os resultados da pesquisa de Silva (2018) tecem críticas importantes e complementares sobre a situação dos programas de residência nesse contexto. A autora elucida que mesmo com as particularidades do residente enquanto estando em processo de formação em serviço, sua condição enquanto trabalhador (mesmo que temporária) permanece pertencente ao modo de produção capitalista. Alerta que as 60h (sessenta horas) semanais de carga horária do residente têm se demonstrado enquanto uma expressão da intensificação da exploração do trabalho. Complementa que, no modo de produção capitalista, o usufruto dos programas de residência pode atender a uma nova modalidade de substituição de mão de obra precária ao se incorporar o trabalho de residentes na substituição dos profissionais de saúde nos serviços e, “nesse sentido, certos espaços de residência poderiam estar mais voltados à precarização do trabalho em saúde do que a uma experiência de formação para o SUS” (SILVA, 2018, p. 204).

[...] há na legislação da residência uma contradição explícita que, 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. A constituição e implementação do SUS trouxe em seu bojo a possibilidade e a necessidade de novas modalidades e estratégias de formação; e a proposta original da RMS, em termos de ideia, atende aos princípios do SUS. Entretanto, partindo do pressuposto da existência de disputas no interior do SUS e nos direitos sociais em geral, a legislação que regulamenta a RMS cria as condições para o esvaziamento da proposta de formação e caminha no sentido de que a presença do residente se estabeleça como possibilidade de mão de obra barata e precária nos serviços de saúde (SILVA, 2018, p. 207).

Uma pesquisa no Instituto de Atenção à Saúde, que pertence à Universidade Federal do Rio de Janeiro (HESFA/UFRJ), com os preceptores de três áreas de conhecimento — Enfermagem, Psicologia e Serviço Social —, realizada por Silva (2015b), constatou que a

[...] natureza dos programas de residência multiprofissional (que defendemos ser mais voltada para a formação em serviços) estes devem prezar por espaços mais criativos, de trocas e articulação dos serviços em rede, na perspectiva da prestação com qualidade aos usuários do SUS. Sessenta horas semanais implica a intensificação do trabalho dos residentes e segue contrária à luta mais geral dos trabalhadores da saúde quanto à redução da carga horária semanal. Consideramos esta discussão necessária nos espaços organizativos e instâncias legais dos Programas de Residência para a construção de outros marcos legais que avancem na perspectiva de revisão desta carga horária que consideramos extensa e cansativa. Diante do exposto, observamos que a RMS expõe problemáticas referentes ao trabalho na saúde interrelacionado aos impasses referentes à educação em saúde, tendo em vista que é articulada à perspectiva da formação nos serviços. (SILVA, 2015b, p. 227).

O estudo nos apresenta um amplo panorama dos avanços e entraves da Residência, evidencia a importância de articular a formação à perspectiva da totalidade social para apreender, numa conjuntura de desmonte dos direitos sociais, as transformações que ocorrem no interior das políticas de saúde e educação, e, conseqüentemente, os rebatimentos na formação de residentes.

Outro estudo, publicado por Silva e Brotto (2016), revela que um dos grandes desafios colocados para os sujeitos políticos envolvidos na relação ensino-serviço é combater os efeitos perversos e desestruturantes do neoliberalismo — privatização, aligeiramento, fragmentação do trabalho, profissional acrítico — que expõe os residentes e

[...] submete os profissionais, já inseridos no SUS, à dinâmica contrária aos princípios sanitários do sistema de Saúde. Isso ocorre tendo em vista a fragmentação da seguridade social, a real precarização de implementações dos cursos de residência pelo país e a falta de integralidade dos serviços, o que compromete a realização de um trabalho multiprofissional e intersetorial.

Agregada a essas questões está a crescente privatização dos equipamentos e da gestão do trabalho em Saúde (SILVA; BROTTTO, 2016, p. 138).

As residências, diante dos cenários evidenciados, perdem seu objetivo-fim, que é a qualificação e formação para e pelo Sistema Único de Saúde. Passam a carregar elementos da lógica da reestruturação produtiva, sendo atendida a busca pela racionalização, polivalência e flexibilização da relação de trabalho. Um espaço de formação profissional que é apropriado pela lógica do capital para fazer parte do processo de exploração do trabalho.

As Residências Multiprofissionais surgem com a proposta de reorientar/renovar as intervenções profissionais a fim de superar o modelo médico-centrado, tecnicista e biologista da saúde, buscando desenvolver práticas que atendam às necessidades coletivas de saúde da população.

A Residência Multiprofissional constitui-se numa modalidade de formação pós-graduada *lato sensu*, desenvolvida em serviços dos SUS, sob supervisão técnica profissional. Sua potencialidade reside em estar orientada para a apreensão e o atendimento ampliado às necessidades de saúde da população, para a qualificação do cuidado em saúde frente ao processo saúde-doença em suas dimensões individuais e coletivas. Para tal, esta formação ocorre através da integração dos eixos ensino-serviço-comunidade, do trabalho em equipe interdisciplinar e da permanente interlocução entre os núcleos de saberes e práticas das profissões envolvidas na formação (CLOSS, 2013, p. 58).

O Projeto Político-pedagógico (PPP), documento que orienta o colegiado nas decisões a serem tomadas por todos os sujeitos políticos envolvidos no processo de construção da formação multiprofissional em profissional em saúde, enquanto unidade menor do processo de planificação, necessita ser um documento objetivo. Contudo, deve trazer consigo elementos que possibilitem direcionar os programas para sua proposta-fim. Devido à sua dimensão política, o PPP “[...] não deve ser usado meramente com vistas à organização de processos burocráticos. Ele deve considerar, em especial, a sua dimensão social, ou seja, deve expressar as visões de mundo, de sociedade e de ser humano que a escola pretende. Portanto, tem que considerar a realidade (imediata e mediata) em que a escola está inserida” (GARCIA et al., 2018, p. 298).

A Portaria Interministerial do Ministério da Educação e Ministério da Saúde de 12 de Novembro de 2009 (BRASIL, 2009c) dispõe sobre como se estrutura a formação nas Residências Multiprofissionais, e em seu artigo 2º estabelece que esse formato de especialização se orienta pelos princípios e diretrizes do SUS, com base nas

necessidades e realidades locais e regionais, havendo 11 (onze) eixos norteadores para essa formação⁶⁸.

A partir dos eixos norteadores da formação das Residências Multiprofissionais, percebe-se que o esforço maior é para a consolidação e expansão do SUS a partir de uma reestruturação na concepção de saúde, trabalho e educação. Ou seja, os PPPs dos programas precisam ter o direcionamento da reestruturação profissional, consolidação e expansão do SUS e, também, o compromisso com a transformação social, pois as propostas norteadoras pensadas para as Residências Multiprofissionais exigem modificações estruturais significativas no modelo de sociedade vigente. Portanto, entende-se que para esse processo de reestruturação, faz-se necessário profundas transformações societárias — já norteadas pelo Movimento de Reforma Sanitária.

Para tanto, os PPPs das Residências Multiprofissionais, enquanto unidade de estruturação do curso de formação em serviço, precisam ter expresso um direcionamento social estratégico em saúde, possibilitando uma formação profissional crítica-reflexiva, pois estes são os propulsores de um agir em saúde que trarão mudanças na realidade de saúde da população.

A questão da mudança de paradigmas deve vir à tona no exercício do planejamento estratégico, para que o processo de transformação do real que se deseja deflagrar afirme-se como uma consciente fuga dos modelos mecanicistas e adaptativos (TEIXEIRA, 2009, p. 570).

⁶⁸ Os eixos formadores, segundo o Ministério da Educação e da Saúde, são “I - Cenários de educação em serviço representativos da realidade socioepidemiológica do País; II - Concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural; III - política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS; IV - Abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais; V - Estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar; VI - Integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários; VII - integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde; VIII - integração dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde; IX - Articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica; X - Descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde; XI - estabelecimento de sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando o desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS; XII - integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema” (BRASIL, 2009, p. 1-2).

Durante os últimos 30 anos de materialização do SUS, observamos avanços e retrocessos no atendimento das necessidades de saúde da população. O SUS só foi possível a partir da busca por transformações estruturais na sociedade, encabeçado pelo Movimento de Reforma Sanitária brasileiro. Com o seu advento, as lutas pela consolidação do SUS permitiram a ampliação da cobertura da população, principalmente com o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Os Programas de Residência Multiprofissional são parte das conquistas pela transformação do SUS, como pode ser visto a partir das origens dessa formação na cidade do Recife/PE. A maioria dos Programas de Residência Multiprofissional participantes deste estudo foram criados (e regulamentados pelo Ministério da Saúde) a partir de 2010, com exceção a apenas um programa, conforme o Quadro 5.

Quadro 5 – Programas de Residência Multiprofissionais participantes da pesquisa, por ano de criação regulamentada, Recife/PE, 2020.

PROGRAMA	ANO DE CRIAÇÃO
Residência Multiprofissional em Saúde da Família - UPE	2008
Residência Multiprofissional em Saúde da Família - UFPE	2010
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva – IAM – FIOCRUZ/PE	2013
Residência Multiprofissional em Saúde Mental – UPE	2013
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva SESAU – RECIFE (COREMU IMIP)	2014
Residência Multiprofissional em Urgência, Emergência e Trauma Hospital Getúlio Vargas – HGV/UPE	2014
Residência Multiprofissional em Saúde da Família – SESAU/RECIFE (COREMU IMIP)	2016

Fonte: O autor (2020).

Em Recife/PE, os Programas de Residência Multiprofissionais têm suas raízes em 1990, com o programa pioneiro de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da FIOCRUZ/PE (PRMSC FIOCRUZ/PE), incorporando a formação de treze áreas profissionais da saúde (mesmo ainda não existindo a lei que regulamenta as profissões de nível superior na saúde). Conforme a justificativa do PPP do programa, “O PRMSC da Fiocruz – PE foi iniciado em 1990 e devido à grande procura e boa inserção dos egressos no sistema, a SES – PE vem ampliando a oferta de vagas tanto na Fiocruz como na UPE [Universidade de Pernambuco]” (FIOCRUZ, 2013, p. 15). Como visto, os Programas de Residência Multiprofissionais apenas são regulamentados em 2005, recebendo, a partir desse momento, investimentos federais e estaduais para a realização dessas formações.

A partir da análise do PPP do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UPE (2010), percebe-se que a Prefeitura da Cidade do Recife (PCR), desde 1990, buscou a parceria com as universidades públicas para o aprimoramento dos seus serviços de saúde. O documento assinala ainda que a UPE possui articulação e compromisso com a formação transformadora dos serviços de saúde locais do Recife/PE desde esse período. Destaca também que com a expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) no Recife, em 2001, ocorreu a necessidade de um maior número de profissionais da saúde capacitados para atuarem no PSF. Ou seja, a formação dos profissionais que já atuavam nos seis Distritos Sanitários de Saúde do município, além de novos. Para tal, foi estabelecido parceria entre Prefeitura da Cidade do Recife, Universidade de Pernambuco (UPE) e Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) para a construção do processo formativo.

Entre 2003 e 2006, a UPE seria responsável pelos cursos de pós-graduação em saúde da família de 250 (duzentos e cinquenta) profissionais da medicina, enfermagem e odontologia que compunham as Equipes de Saúde da Família (EsF) dos Distritos Sanitários⁶⁹ de Saúde I, II e III, estando os distritos IV, V e VI sob a responsabilidade da UFPE.

A partir da implementação dos cursos de especialização nos serviços de saúde do Recife, foi organizado, em 2007, o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade, apenas voltado para os profissionais da medicina — pois as Residências Médicas já eram reconhecidas enquanto formação “padrão ouro” para a especialização profissional. Em 2008, a UPE cria o Programa de Residência em Saúde da Família no formato multiprofissional, com subsídio e apoio logístico da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

Os cursos de especialização em saúde da família marcaram um momento em que a formação em massa era necessária para garantir a implantação do modelo. Entende-se hoje, que é preciso investir na qualidade da atenção e na formação de formadores tanto para a graduação como para a pós-graduação, e que para isso, a modalidade Residência se constitui no formato privilegiado. A modalidade residência tem se consolidado como uma das melhores, senão a melhor forma de especialização dos profissionais de saúde, considerando que a necessidade de um treinamento intensivo supervisionado é fundamental para o amadurecimento profissional (UPE, 2010, p. 6).

⁶⁹ Em 2020, Recife possui 08 (oito) distritos sanitários de saúde que abrangem os 94 (noventa e quatro) bairros da cidade.

Em Recife, o *boom* da criação de novos programas ocorre principalmente a partir do ano de 2010, quando há a implementação de mais incentivos financeiros do Ministérios da Saúde e Educação para criação de cursos de formação multiprofissional, principalmente por se haver um “reconhecimento social de que essa educação tem destacada qualidade para a formação para o trabalho” (DALLEGRAVE; CECCIM, 2018, p. 878).

Com a Portaria Interministerial nº 45/2007, em que criou a Comissão Nacional da Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS)⁷⁰, os cursos são incluídos nas Pró-Reitorias de Pesquisa das universidades parceiras no formato *Lato Sensu*, justificando também o incentivo para o crescimento dos programas de Residência Multiprofissionais no país.

A portaria nº 45 também institui como eixos norteadores para os programas de residência: cenários de educação em serviço representativos da realidade socioepidemiológica; concepção ampliada de saúde; política nacional de educação e desenvolvimento no SUS; atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais; articulação com a Residência Médica; descentralização e regionalização; integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e à Gestão do Sistema expressando o compromisso deste modelo de formação em saúde com o Sistema Único de Saúde (CFESS, 2017, p. 27).

A partir da análise das justificativas dos programas, objetivos, proposta de gestão, cenários de práticas, parcerias e propostas para os fundamentos da formação presentes no PPP, foi possível ao presente estudo evidenciar as tendências propostas para a formação nos Programas de Residência Multiprofissionais do Recife/PE.

3.2.2 Tendências Ideopolíticas e Pedagógicas dos Programas de Residência Multiprofissional do Recife/PE

Na atualidade, os direcionamentos ideopolíticos que orientam os Projetos Político-pedagógicos (PPP) vão desde a pedagogia contra-hegemônica — histórico crítica (SAVIANI, 2008); ao conservadorismo (BOSCHETTI, 2015) e suas vertentes — tecnicismo, teorismo acrítico, aligeiramento, pragmatismo, voluntarismo, contentamento com o possibilismo. Lembramos que “[...] uma das funções principais da educação formal nas nossas sociedades é produzir tanta conformidade ou

⁷⁰ Atualizada pela portaria interministerial nº1.077/09 (BRASIL, 2009c).

‘consenso’ quanto for capaz, a partir de dentro e por meios de seus próprios limites institucionalizados e legalmente sancionados” (MESZAROS, 2008, p. 45).

Dito isto, nessa investigação entendemos que as tendências ideopolíticas presentes nas práticas dos profissionais perpassam a disputa de projetos societários e suas contradições. Entende-se que, “em sociedades como a nossa, os projetos societários são, necessária e simultaneamente, projetos de classe, ainda que refratem mais ou menos fortemente determinações de outra natureza (culturais, de gênero, étnicas, etc.) [...]” (NETTO, 2007, p. 143).

Deste modo, para compreendermos a dinâmica e estrutura proposta para os Programas de Residência Multiprofissionais e apontar as tendências ideopolítico-pedagógicas constantes em seu Projeto Político-pedagógico, escolhemos quatro eixos de análise, a saber: 1) projetos societários — vinculação do programa aos projetos emancipatórios e coletivos (contra-hegemônico) ou a serviço da reprodução do capital (hegemônico); 2) concepções de saúde (projeto de Reforma Sanitária Brasileira, projeto privatista ou SUS possível), educação (tradicional, conservadora ou histórica-crítica) e trabalho (alienação e emancipação) adotadas no arcabouço dos projetos pedagógicos vinculados ou não a um determinado projeto societário; 3) gestão do programa — participativa/democrática ou conservadora; 4) perfil dos egressos — um especialista com uma qualificação técnica voltada para o mercado ou um profissional comprometido com a emancipatória humana. Com esses eixos, buscamos compreender as contradições das especializações multiprofissionais em saúde, apreendendo as tendências ideopolíticas presentes no PPPs dos Programas de Residência Multiprofissionais do Recife/PE.

Ressalta-se que dadas as limitações encontradas no formato reduzido do PPP apresentado pelos programas de Residência Multiprofissionais do Recife/PE, levou o pesquisador a uma experimentação investigativa singular, sendo requisitada a análise dos significados da dimensão ideopolítica estruturante da proposta pedagógica com outro olhar as concepções que orientam a formação dos profissionais, mas tal fato ampliou a possibilidade de dialogarmos as tendências nem sempre claras e aparentes que estruturam os programas de residência.

3.2.2.1 Projetos Societários nos Programas de Residência Multiprofissionais

Os Projetos Político-pedagógicos (PPP) dos Programas de Residência Multiprofissional são fundamentados por várias concepções teóricas que, por vezes, os aproximam a determinado projeto societário. Netto (2007, p. 143) afirma que os projetos societários são constituídos por projetos coletivos, ou seja, “[...] trata-se daqueles projetos que apresentam uma imagem de sociedade a ser construída, que reclamam determinados valores para justificá-la e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-la”. Ainda para o autor

[...] nos projetos societários (como, aliás, em qualquer projeto coletivo) há necessariamente uma dimensão política, que envolve relações de poder. É claro que esta dimensão não pode ser diretamente identificada com posicionamentos partidários, ainda que se considere que os partidos políticos sejam instituições indispensáveis e insubstituíveis para a organização democrática da vida social no capitalismo contemporâneo (NETTO, 2007, p. 143).

Entendemos que na análise das tendências da dimensão política “[...] das instituições formadoras é explicitada e pode ser debatida, sendo lugar de disputa dos projetos de saúde e sociedade postos em pauta pelos sujeitos do processo educativo” (LOBATO et al., 2012, p. 1274).

É necessário lembrar que para analisar as tendências ideopolíticas nos PPPs foi fundamental apreender em qual projeto societário estão vinculados, por considerarmos que cada PPP pode ter o seu alicerce num determinado projeto societário. Vale lembrar, conforme Netto (2007, p. 143),

a experiência histórica demonstra que, tendo sempre em seu núcleo a marca classe social a cujos interesses sociais respondem, os projetos societários constituem estruturas flexíveis e cambiantes: incorporam novas demandas e aspirações, transformam-se e se renovam conforme as conjunturas históricas e políticas.

Todos os 07 (sete) programas definidos pela amostra se posicionam na defesa da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), dos seus princípios e diretrizes e por reestruturações no campo da assistência à saúde. Alguns programas indicam articulação com os movimentos sociais e outros a um projeto societário coletivo, como veremos adiante.

A partir da análise dos programas relacionados ao perfil atenção básica, identifica-se que dos três programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), apenas um (01) coloca explicitamente a defesa da saúde a partir da

vinculação ao projeto da Reforma Sanitária Brasileira, a movimentos sociais e com o compromisso para a transformação social. Aborda, ainda, as mudanças na concepção de saúde e traz a clínica ampliada como horizonte para a formação dos/as residentes.

O PPP da RMSF da UFPE apresenta nos seus fundamentos aproximações com a perspectiva crítica ao propor uma formação profissional que busque apreender a totalidade da realidade social e as reais necessidades da população. Uma formação crítica – reflexiva que busque consolidar a concepção de saúde defendida pelo projeto de Reforma Sanitária.

Conforme exposto no PPP do programa, a adoção de uma formação crítica-reflexiva busca romper com a lógica hospitalocêntrica fortemente presente nos centros formadores de profissionais da saúde.

[...] a formação na saúde que conhecemos hoje é essencialmente acadêmica, reprodutora de valores corporativistas, distante da realidade do nosso país e pouco comprometida com a transformação social. Essa lógica de formação profissional na área da saúde tem perpetuado um modelo de atenção reducionista, ineficiente, tecnicista, médico centrado e hospitalocêntrico, comprometendo, assim, a consolidação do SUS (UFPE, 2010, p. 18).

A análise dos PPPs dos programas de RMSF da UPE e da Secretaria de Saúde do Recife (Prefeitura da Cidade do Recife⁷¹) nos demonstrou que não há uma relação intrínseca com o Projeto de Reforma Sanitária. Porém, a análise revelou que os PPPs fazem referência ao desenvolvimento de habilidades e competências a partir de elementos centrais da atenção à saúde, como clínica ampliada, integralidade, intersetorialidade, gestão democrática, dentre outros. Esses dados nos levaram a considerar que estes programas inserem nos seus PPPs uma perspectiva crítica que envolve mudança de paradigmas. Contudo, não expõem objetivamente a defesa de um projeto societário coletivo e alianças aos movimentos sociais que imprimem direcionamento societário.

Ainda dentro do perfil de atenção básica, o programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM) da UPE tem no seu projeto pedagógico a perspectiva de transformação societária com base nos fundamentos da Reforma Psiquiátrica e a relação com os movimentos sociais. A Reforma Psiquiátrica⁷² nasce

⁷¹ Salienta-se que a Prefeitura da Cidade do Recife não possui COREMU própria. Por esse motivo, encontram-se ancorados a COREMU IMIP. Contudo, as deliberações acerca do programa são de responsabilidade da Secretaria de Saúde do Recife/PE.

⁷² “Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência

mundialmente do questionamento ao tratamento dado às pessoas que vivenciam os diversos tipos e níveis de transtorno mental — historicamente oprimidas e marginalizadas pela sociedade, sendo alvo dos diversos tipos de violências e violações de direitos humanos —, sendo consolidada a partir da criação de marcos legais para a defesa dos direitos desse segmento. Propõe também um novo modelo de assistência, contrariando a lógica manicomial e médico-centrada hegemônica no campo da saúde.

O programa de RMSM da UPE reflete em seu projeto sobre o marco da Reforma Psiquiátrica brasileira, sobre a exigência das mudanças assistenciais nos serviços, apontando as modificações ocorridas na área da saúde mental e discorrendo sobre a necessidade de mudanças na formação e de educação permanente dos profissionais na saúde para consolidar a Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica é entendida como processo social complexo, que envolve a mudança na assistência de acordo com os novos pressupostos técnicos e éticos e a incorporação cultural desses valores. A partir da educação permanente, é possível pensar que tal processo requer o desafio de olhar tanto para a implementação e estruturação de serviços substitutivos, como para ressignificação da formação e das práticas profissionais. Tais práticas são estratégicas para a construção da linha de cuidado em saúde mental, desde a atenção primária, seguindo em níveis de cuidado e de atenção de acordo com a complexidade dos territórios e dos sujeitos. [...] o presente projeto pode ser percebido como resultado desse momento de efervescência do movimento de desinstitucionalização no estado de Pernambuco, que reacendeu os princípios da Reforma Psiquiátrica e nos convida cotidianamente a construir estratégias para consolidação da mesma (UPE, 2013, p. 5 e 9).

Na análise do programa de Residência Multiprofissional em Urgência, Emergência e Trauma Hospital Getúlio Vargas (RMUET HGV/UPE), única de perfil hospitalar no estudo, constata-se que este não apresenta explicitamente no PPP um projeto societário coletivo, aproximação aos movimentos sociais e não relaciona uma

asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios” (BRASIL, 2005, p. 6).

conexão clara ao Projeto de Reforma Sanitária. Menciona um posicionamento político de manutenção dos princípios e diretrizes do SUS. Esse posicionamento pode refletir uma tendência ideopolítica ao possibilismo/pragmatismo para a política de saúde, traço do projeto do SUS possível, flexível e híbrido (a exemplo do público-privado), como também pode ser um traço de defesa ao SUS e à Política Pública de Saúde.

Atente aqui que no processo de contrarreforma da saúde a “racionalidade hegemônica no SUS” (SOARES, 2010) manifesta em dois projetos (privatista e o SUS possível) que tencionam, ao afirmar que os maiores problemas do SUS são gerenciais e administrativos, para justificar a criação e financiamento de Organizações Sociais, mediante transferências de recursos do fundo público ao setor privado da saúde. Esse tipo de projeto “[...] ilude quanto à solução (*reforma parcial*), convivendo com iniquidades sociais e um Estado colonizado por interesses capitalistas, patrimonialistas e corporativos” (PAIM, 2008, p. 324).

O perfil dos dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (RMSC) analisados demonstraram diferenças na defesa de um determinado projeto societário.

A RMSC da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)/PE, ancorado ao PPP do ensino, pesquisa e extensão coletivo da instituição nacional FIOCRUZ, afirma que:

[...] as experiências de formação enriqueceram-se com a ampliação da presença nacional da FIOCRUZ, tendo a pesquisa e o ensino articulados ao seu compromisso social com as lutas pela nova ordem democrática e ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira (FIOCRUZ, 2016, p. 6).

Essa afirmação demonstra um comprometimento institucional com as mudanças sociais progressistas e com o Movimento de Reforma Sanitária, o que evidencia a tendência ideopolítica ligada à proposta contra-hegemônica societária.

O programa de RMSC da Secretaria de Saúde do Recife/PE não traz explícito a defesa do Projeto de Reforma Sanitária e nem dos movimentos sociais. Refere-se à clínica ampliada e se direciona pelo trabalho em saúde na perspectiva de manutenção dos princípios e diretrizes do SUS, semelhante ao projeto apresentado pela RMUET do HGV/UPE.

As análises dos PPPs demonstraram que a defesa de projetos societários ainda se manifestam pouco evidentes no arcabouço da proposta de formação das Residências Multiprofissionais. Expressam a defesa da consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, mas não a luta pela sua expansão e construção de uma nova ordem

societária. Além disso, observamos que em alguns PPPs não há uma justificativa explícita para não incluir uma aliança das instituições executoras com os movimentos sociais que atuam em defesa da saúde. Essa lacuna evidencia uma contradição na construção dos fundamentos teóricos e eixos de práticas dos PPPs, por entendermos que para consolidar os princípios e as diretrizes do SUS, frente ao cenário de ataques da contrarreforma neoliberal, torna-se imperativo construir apoios de grupos políticos que fortaleçam o campo de luta para frear os retrocessos anunciados com a contrarreforma do setor saúde e educação.

3.2.2.2 Tendências da Concepção de Saúde, Trabalho e Educação nos Programas de Residência Multiprofissionais

A partir da discussão realizada no primeiro capítulo deste estudo, entende-se que a relação trabalho, educação e saúde tem perspectivas e concepções que são apropriadas de diferentes formas a partir das transformações sócio-históricas. Na sociabilidade capitalista, há uma apropriação dessas três categorias com fins para os interesses de acumulação e manutenção da ordem capitalista. No ideário neoliberal a tendência é o trabalho flexibilizado, polivalente, intensificado e precarizado. Na perspectiva da contrarreforma, essa lógica permeia as políticas sociais⁷³ de educação e saúde que aderem à mercantilização, flexibilização, precarização, fragmentação e demais formas que se caracterizam enquanto desmonte aos direitos socialmente conquistados.

Cabe-nos aqui ressaltar que “nas práticas educativas, a abordagem pedagógica está permeada de intencionalidade. Não sendo neutros, os diversos tipos de atos pedagógicos na formação dos trabalhadores da saúde — mesmo que não conscientes — manifestam-se em defesa de projetos distintos de saúde e de sociedade” (LOBATO; MELCHIOR; BADUY, 2012, p. 1278- 1279).

Ressaltamos que o projeto de Reforma Sanitária Brasileira está ancorado, segundo Paim (2008), nas teorias de Heller da Teoria das Necessidades em Marx, e no conceito de revolução passiva de Gramsci⁷⁴. Uma concepção de saúde construída

⁷³ No neoliberalismo as políticas sociais não têm natureza redistributiva, mas compensatória. A lógica é reduzir a desigualdade social mantendo a histórica desigualdade econômica.

⁷⁴ “O conceito gramsciano de ‘revolução passiva’ é utilizado para interpretar e compreender o processo da Reforma Sanitária Brasileira, falando do quanto conquistou relativamente à sua proposta original, pois a revolução passiva é aquela mudança em que uma parte das transformações no modo social de

a partir do “[...] entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente pelas dimensões biológica e ecológica [...]” e que aproximações sucessivas da realidade nos possibilitam apreendê-la ao ampliarmos “[...] os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade” (PAIM, 2008, p. 165). Para tanto, requer-se que a proposta ideopolítica que norteia o processo de formação multiprofissional na saúde seja baseada pela proposta de definição da saúde-doença como fenômenos determinados social e historicamente, portanto, elementos dos processos de reprodução social.

Na análise dos Projetos Político-Pedagógicos (PPP), evidenciamos que os programas de Residência Multiprofissionais no Recife/PE se filiam a concepções de saúde, trabalho e educação que tendem, em sua maioria, a ir em contramão à lógica posta pela reestruturação produtiva e pelo ordenamento neoliberal.

Acerca da concepção de saúde adotada pelos programas, majoritariamente, articulam-se com a proposta de Clínica Ampliada baseada pela Política Nacional de Humanização (PNH), perspectiva essa que busca romper com os modelos médico-centrados, flexnerianos e biologicistas.

A proposta da Clínica Ampliada é parte fundante da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. Em seu eixo de compreensão ampliada do processo saúde-doença,

[...] busca evitar uma abordagem que privilegie excessivamente algum conhecimento específico. Cada teoria faz um recorte parcialmente arbitrário da realidade. Na mesma situação, pode-se ‘enxergar’ vários aspectos diferentes: patologias orgânicas, correlações de forças na sociedade (econômicas, culturais, étnicas), a situação afetiva etc., e cada uma delas poderá ser mais ou menos relevante em cada momento. A Clínica Ampliada busca construir sínteses singulares tensionando os limites de cada matriz disciplinar. Ela coloca em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais. Este eixo traduz-se ao mesmo tempo em um modo diferente de fazer a clínica, numa ampliação do objeto de trabalho e na busca de resultados eficientes, com necessária inclusão de novos instrumentos (BRASIL, 2009a, p. 56).

A análise dos quatro PPPs dos programas de Residência Multiprofissional do perfil atenção básica (Saúde da Família e Saúde Mental) demonstrou que se encontram embasados na perspectiva da Clínica Ampliada da PNH (2009a) do Ministério da Saúde.

Dos projetos relacionados a formação em Saúde da Família, dois trazem detalhadamente o seu posicionamento quanto ao modelo de saúde adotado, definido como uma estratégia para superação do padrão biologicista-médico-centrado.

O NASF promove a criação de espaços para a produção de novos saberes e ampliação da clínica através do referencial teórico-metodológico do Apoio Matricial, tendo como diretrizes orientadoras a territorialização e responsabilidade sanitária, trabalho em equipe, integralidade, autonomia dos indivíduos e coletivos. Por sua vez, o Apoio Matricial se desdobra em duas dimensões: clínico-assistencial, a qual consiste na ação clínica direta com os usuários e dimensão técnico-pedagógica, cuja ação é de apoio educativo com e para as equipes. Essas atividades do NASF podem ser realizadas tanto na unidade de saúde como em outros espaços do território (RECIFE, 2016, p. 9).

[...] As diretrizes pedagógicas que norteiam a formação profissional são fundamentadas nos princípios e diretrizes do SUS e atentam para uma visão crítico-educativa, voltada para a reorientação dos modelos de gestão e atenção à saúde, historicamente centrados na doença (RECIFE, 2016, p. 12).

[...] pode-se pensar que essa atuação profissional no sistema de saúde deve ultrapassar a excelência da técnica com parâmetros do modelo biomédico, incluindo também aspectos éticos, técnicos e políticos, com compromisso de resultados, efetividade e respeito aos usuários (UFPE, 2010, p. 18).

Já na análise do PPP do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM) da UPE, evidenciamos posicionamento explícito de defesa da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica na perspectiva da redução de danos à população usuária do SUS⁷⁵. Assim, entendemos que “há, portanto, escolhas feitas por quem elabora os projetos dos cursos, mas, sobretudo, por quem os coordena e conduz, além das pessoas que vivenciam os processos educativos, materializando suas escolhas, no cotidiano dos espaços micropolíticos das instituições” (LOBATO; MELCHIOR; BADUY, 2012, p. 1278- 1279).

Na análise quanto à formação do PPP da Residência Multiprofissional em Urgência, Emergência e Trauma Hospital (RMUET) da UPE, evidenciou-se que este programa traz elementos de uma formação fundamentada na concepção da Clínica Ampliada, sendo explicitado no projeto se basear numa perspectiva ético-humanista, visando a construção de uma “consciência sanitária crítica, individual e coletiva” (UPE, 2014, p. 27).

⁷⁵ “A RD [Redução de Danos] não pressupõe que deva haver imediata e obrigatória extinção do uso de drogas — no âmbito da sociedade ou no caso de cada sujeito —, seu foco incide na formulação de práticas, direcionadas aos usuários de drogas e aos grupos sociais com os quais eles convivem, que têm por objetivo a diminuição dos danos causados pelo uso de drogas” (BRASIL, 2016, p. 3).

De todos os projetos de Residência Multiprofissional, apenas a de Saúde Coletiva da FIOCRUZ/PE, no projeto do programa de residência, não traz a concepção de Clínica Ampliada. Traça em seu PPP institucional (FIOCRUZ, 2016) a defesa pela Reforma Sanitária e por uma concepção de saúde que se articule ao seu projeto. O projeto também se apresenta articulado com a perspectiva de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde, ao afirmar que o “desenvolvimento de competências necessárias ao enfrentamento e acompanhamento de constantes mudanças no mundo do trabalho decorrentes de inovações técnico-científicas, culturais e da gestão na sociedade contemporânea” (FIOCRUZ, 2016, p. 23).

Sobre a concepção de trabalho, a análise dos documentos pode demonstrar que os programas analisados entendem haver uma fragmentação dos processos de trabalho (mesmo não sendo de forma explícita nos documentos), no qual expressam a necessidade de uma reorientação/transformação nos processos de trabalho. Os programas de Residências se propõem nos seus PPPs a buscar reorientar/transformar o processo de trabalho através de estratégias como a interdisciplinaridade⁷⁶ e a intersetorialidade na atenção à saúde.

Observou-se em 06 (seis) projetos a defesa da interdisciplinaridade na formação como possibilidade para a superação à fragmentação presente na formação profissional. Verifica-se essa enquanto estratégia importante, uma vez que

Em tempos de aprofundamento da hegemonia do projeto privatista, os serviços de saúde são organizados com base no modelo gerencial e assistencial, procedimento centrado, curativo, individual e hospitalocêntrico, marcados por diversas formas de privatização, expressos na generalizada terceirização e mercantilização da saúde (GUERRA; COSTA, 2017, p. 445).

Entende-se que a formação crítica interdisciplinar é um instrumento contra-hegemônico necessário não para superar os projetos privatista e do SUS possível, mas para ultrapassar a fragmentação existente no processo de trabalho. Para a efetivação do SUS e do projeto de Reforma Sanitária, na construção de um projeto pedagógico, os atores devem ter clareza sobre quais meios de resistência aos ataques à consolidação da política pública de saúde serão necessários para articulá-los no processo de formação, com vistas à defesa e consolidação do projeto de

⁷⁶ “O trabalho em equipe com vistas à interdisciplinaridade parte da perspectiva de que cada trabalho de qualidade particular se insere em um processo de trabalho coletivo, no qual a articulação dos diversos saberes que os conformam visa ampliar a resolutividade das ações em saúde desenvolvidas” (CLOSS, 2012, p. 41)

Reforma Sanitária. A interdisciplinaridade pode ser um instrumento potencial para o processo de trabalho na saúde, possibilitando a articulação profissional e ações interligadas, contudo necessita superar a lógica posta pelo ideário neoliberal da polivalência, flexibilização e racionalização.

Na análise realizada aos programas no perfil de Atenção Básica, observa-se que tanto as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF) quanto a RMSM entendem a necessidade da reorientação/transformação do processo de trabalho, sendo a interdisciplinaridade estratégia de formação para a superação de uma atuação fragmentada do processo de trabalho em saúde. Propõem um agir com bases na integralidade⁷⁷ e intersectorialidade, duas linhas de atuação embasadas nas diretrizes da PNH do MS.

A integralidade na formação em RMS se expressa no processo de formação em equipe diretamente nos serviços de saúde. Dessa forma, as experiências formativas na RMS precisam ter como eixo a integração de saberes e práticas entre os trabalhadores da saúde, de modo que sejam construídas competências compartilhadas na formação em equipe, voltada para a interdisciplinaridade (CLOSS, 2013, p. 41).

A RMSF da UFPE assinala no seu projeto sobre as transformações do mundo do trabalho e, como as demais, afirma a necessidade de via da reorientação profissional, para intervir num modelo de gestão da saúde que vise consolidar a Política de Atenção Básica, conforme pode-se apreender no PPP:

A formação em saúde ainda é marcada pela fragmentação dos saberes em campos profissionais promovendo a divisão social do trabalho e a dificuldade do trabalhador de saúde em compreender seu papel de protagonista na relação entre os serviços, seu processo de trabalho e as necessidades de saúde da população, o que ameaça a integralidade do cuidado (UFPE, 2010, p. 15).

[...] Demanda-se trabalhadores aptos a propor e intervir na assistência e na gestão para que mudanças no campo da saúde consolidem o fortalecimento da estratégia saúde da família (UFPE, 2010, p. 15).

[...] A proposta da RMSF / UFPE é convergente com os princípios da reorientação da formação de profissionais e diretrizes do SUS e de consolidação da Atenção Básica, promovendo não só o contato entre o mundo do trabalho e a instituição de ensino, mas possibilitando mudanças no modelo técnico-assistencial-educacional (UFPE, 2010, p. 16).

O programa de RMUET da UPE, perfil hospitalar, não traz reflexões aprofundadas sobre a categoria trabalho. A perspectiva sobre o trabalho se apresenta

⁷⁷ A integralidade ancora-se na perspectiva de necessidades em saúde como conceito-chave para a análise da materialização da Política de Saúde, em suas diferentes dimensões, de modo a efetivar o conceito ampliado de saúde no cotidiano do SUS (CLOSS, 2012, p. 41).

apenas ao se expor as contribuições do programa, a qual visa “uma atuação multiprofissional de forma interdisciplinar” (UPE, 2014, p. 7).

No perfil de Saúde Coletiva, a RMSC da Secretaria de Saúde do Município do Recife/PE é a única que se diferencia dos demais programas ao não apresentar em seu projeto a interdisciplinaridade. O programa se baseia na perspectiva do trabalho multiprofissional, sendo desenvolvido a partir da educação permanente e pela troca de saberes.

Diante das análises sobre a abordagem da concepção de trabalho nos programas, entende-se que é fundamental estar explícito no PPP a compreensão sobre o trabalho, pois, por ser tratada enquanto uma formação de trabalhadores/as profissionais da saúde, deve-se posicionar de que tipo de trabalho o projeto se trata, o seu significado e como ele pretende se efetivar. É primordial aqui explicar que

[...] os trabalhadores precisam conhecer a particularidade de cada trabalho, reconhecendo o seu valor de uso em cada situação demandada pela população. [...] trata-se, assim, de apreender as requisições que o processo de qualificação do SUS coloca para o trabalho coletivo em saúde — em especial na ênfase em dadas áreas do sistema, conforme a área de concentração do programa — e também para o trabalho de cada profissão (CLOSS, 2012, p. 41-42).

A concepção de educação nos PPP, como eixo de análise, aparece na relação ensino-aprendizagem-serviço como um processo formativo e

[...] não ocorre em papel e nem em sala de aula; os pacientes não são quadros fisiológicos ou patológicos do laboratório de aprendizagem ou dispositivo de simulação; os serviços não são uma figura de abstração e nem de contato esporádico como nas vivências e estágios da graduação. Se é docente e se é aluno nas cenas da atenção, da gestão e da participação com trabalhadores e usuários em: vivências de aflições, sensações, tomadas de decisão, exercício de condutas e procedimentos, acolhimento ou não de reações, detecção ou não de necessidades particulares e originais (DALLEGRAVE, CECCIM, 2018, p. 879-880).

Dos sete programas analisados, seis apresentam a perspectiva da Educação Permanente ou Educação Permanente em Saúde enquanto base da sua formação, transversal a interdisciplinaridade. Seis programas também se fundamentam pela perspectiva da educação popular, como veremos adiante.

No perfil Saúde Coletiva, apenas a RMSC da FIOCRUZ/PE não expressa a perspectiva da Educação Permanente em Saúde no seu projeto. Mas, através do PPP institucional da FIOCRUZ propõe uma educação baseada pela teoria de Paulo

Freire⁷⁸. Esta pedagogia também é referência para a Educação Popular em Saúde⁷⁹ (EPS).

Os processos educativos da Fiocruz buscam construir e apoiar espaços de emergência de sujeitos, comprometidos com as transformações no campo da saúde coletiva, pela produção de reflexão crítica e de práticas desenvolvidas nas diversas esferas da vida social e acadêmica. As metodologias emancipadoras propostas por Paulo Freire tomam como ponto de partida o saber e a experiência cultural do aprendiz — por meio de processos dialógicos entre educador e educando — para a busca de conhecimentos que lhe possibilitem comparar, criticar, superar e construir visões de mundo dos projetos sociais e de uma saúde de natureza pública (FIOCRUZ, p. 23-24).

Os três programas de RMSF abordam a educação a partir da concepção de Educação Permanente em Saúde, conforme a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde⁸⁰ (PNEPS-SUS), por via do trabalho interdisciplinar. Abordam também base na perspectiva da Educação Popular em Saúde.

As Residências Multiprofissionais em Saúde da Família da UPE e da SESSAU Recife/PE colocam, de forma distinta, a flexibilidade enquanto parte do processo formativo. A RMSF da UPE apresenta que:

a proposta da RMISF é de trabalhar um currículo centrado na necessidade do residente, mantendo-se dessa forma a flexibilidade da composição das atividades práticas e possibilitando um melhor aproveitamento do tempo de estágio e da formação das competências específicas de cada profissão na atenção primária (UPE, 2010, p. 16).

A proposta da RMSF UPE se modifica de acordo com as necessidades de formação do residente, havendo mudanças nos campos de prática de acordo com as suas necessidades. Essa proposta de flexibilizar o campo de prática da formação não demonstra se apresentar enquanto uma pactuação à perspectiva flexibilização do trabalho, mas sim que parte da perspectiva de atender às ausências na formação do

⁷⁸ Cf. FREIRE (2005). Para o educador Paulo Freire, toda educação é política. Não existe neutralidade.

⁷⁹ A Educação Popular em Saúde faz parte das propostas educativas da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, sendo considerada uma “prática voltada para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, a produção de conhecimentos e a inserção destes no SUS.[...] As práticas e as metodologias da Educação Popular em Saúde (EPS) possibilitam o encontro entre trabalhadores e usuários, entre as equipes de saúde e os espaços das práticas populares de cuidado, entre o cotidiano dos conselhos e dos movimentos populares, ressignificando saberes e práticas” (BRASIL, 2009b, p. 01).

⁸⁰ Segundo Fernandes (2016, p. 99), “Entre outras providências, essa política considera o caráter orgânico entre “ensino e as ações e serviços”, a ‘docência e a atenção à saúde’ nas relações que ocorrem entre a formação e a gestão social; e a agregação entre aprendizado e reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade das ações em saúde se colocam como condições para a instituição da educação permanente no SUS”.

residente de determinada profissão, modificando a formação em residência para superar as dificuldades práticas profissionais.

Contrariamente a essa perspectiva adotada pela RMSF UPE, a RMSF da Secretaria de Saúde do Recife/PE apresenta a flexibilidade enquanto necessidade advinda do mundo contemporâneo.

A residência contempla a perspectiva de mudança de paradigmas. Este contexto requer flexibilidade, subjetividade e diversidade. A educação deve ser voltada para o relacionamento entre pessoas como condição e garantia da solidariedade intelectual e moral da humanidade, ao mesmo tempo em que, vincula-se ao grupo, respeita-se a peculiaridade de cada aluno/indivíduo e suas diferenças, e com isso estimula-se a reflexão e a autonomia do pensamento e da prática (RECIFE, 2016, p. 12).

A adoção dessa perspectiva de flexibilidade enquanto requisito da sociedade (capitalista) evidencia a tendência à pactuação a essa requisição contemporânea ao trabalhador, sendo, assim, a perspectiva educativa do programa contendo traços que possibilitam o atendimento às requisições contemporâneas do capital à política de saúde.

Na análise do campo da Saúde Mental, a RMSM UPE apresenta a concepção de educação enquanto fortalecimento do processo de trabalho voltada à população específica dessa formação e para a transformação necessária para a consolidação de práticas que superem as antigas práticas do modelo psiquiátrico-manicomial.

Na análise do perfil hospitalar, a RMUET HGV/UPE (2014) traz a perspectiva de educação centrada no desenvolvimento do profissional através de uma “práxis da aprendizagem, objetivando, desse modo, diminuir as distâncias estabelecidas entre os processos de aprendizagem teóricos e práticos na relação com os sujeitos” (UPE, 2014, p. 28). Entende-se que essa concepção de educação pouco explícita sobre a sua abordagem, pode tanto atender à formação exigida pela sociabilidade do capital, através do desenvolvimento de competências para o trabalho dentro dos padrões da reestruturação produtiva, assim como pode atender à perspectiva do trabalho que visa ao desenvolvimento crítico-reflexivo que possibilite instrumentalizar o trabalhador a se aliar a outras abordagens e perspectivas que busquem ultrapassar o modelo hegemônico.

Na análise dos Projetos Político-pedagógicos, salienta-se que apenas o projeto pedagógico da RMSC da Secretaria de Saúde do Recife/PE apresenta a proposta de uso da Educação a Distância (EAD), em caráter complementar enquanto estratégia pedagógica, com vistas a “potencializar ações já existentes na Secretaria de Saúde

do Recife, como a articulação do Telessaúde Recife para desenvolvimento de atividades de educação a distância” (RECIFE, 2014, p.07). Entende-se que o ensino EAD, enquanto parte da busca pela flexibilização da educação, precisa ser pensado de forma crítica, pois esta modalidade, parte da estratégia de mercantilização da educação, tem tendências precárias para a formação profissional⁸¹.

A análise entre as concepções de saúde, trabalho e educação dos PPPs demonstrou que há uma tendência conjunta de defesa de transformar o aprendizado médico-centrado de atenção à saúde (em seus diversos níveis) para uma *práxis* centrada nas necessidades reais da população e no trabalho multi e interdisciplinar pela defesa do SUS.

Paradoxalmente, ainda se percebe raras alusões à pedagogia histórico-crítica, o que

Envolve a necessidade de se compreender a educação no seu desenvolvimento histórico-objetivo e, por consequência, a possibilidade de se articular uma proposta pedagógica cujo ponto de referência, cujo compromisso, seja a transformação da sociedade e não sua manutenção, a sua perpetuação. Esse é o sentido básico da expressão pedagogia histórico-crítica. Seus pressupostos, portanto, são os da concepção dialética da história (SAVIANI, 2011, p. 80).

Vale aqui ressaltar que Boschetti (2015, p. 648) afirma que “a teoria é o real captado pelo pensamento (o concreto pensado), que busca explicar os fenômenos da realidade em uma perspectiva de totalidade. A teoria pode subsidiar a ação profissional e/ou política na transformação do real, por isso é uma mediação para a ação [...]”. Entendemos que para romper com as práticas conservadoras presentes na relação trabalho-educação-saúde é fundamental

[...] recusar a formação aligeirada, acrítica e tecnicista e defender a formação na perspectiva de totalidade sem nenhuma concessão ao possibilismo e ao reformismo. Exige recusar os modismos tecnicistas e pragmáticos na formação e no trabalho profissional e defender firmemente o trabalho como espaço de fortalecimento dos direitos da classe trabalhadora, direitos entendidos como mediação para acumular forças, para fortalecer as lutas universais pela libertação das relações mercantis (BOSCHETTI, 2015, p. 649-650).

⁸¹ Indica-se a leitura da coletânea Educação a Distância (EaD) — Reflexões críticas e Práticas de Pereira, Morais e Teruya (org.) (2017). Disponível em: <https://www.ead.unb.br/arquivos/livros/ead_reflexoes_critica_praticas.pdf>. Acesso em: 12 de Maio de 2020.

Ao não aprofundarmos criticamente a concepção de trabalho, educação e saúde instituída pelo capital, ficamos passíveis de não entendermos os impactos ocorridos no mundo do trabalho mediante o avanço do projeto neoliberal — podendo até corroborar para a sua manutenção.

3.2.2.3 Tendências da Gestão dos Projetos Político-pedagógicos

A análise dos sete projetos evidencia distintas formas de conceber gestão da formação nas Residências Multiprofissionais. A partir dessas análises, percebemos que há duas tendências norteando a gestão dos programas de Residência Multiprofissionais: a gestão participativa e democrática (baseada na educação contra-hegemônica) e a gestão hierárquica (que pode expressar um conservadorismo acadêmico que corrobora para um modelo de educação hegemônica).

Pontua-se que os programas de Residência Multiprofissional, no decorrer do seu Projeto Político-Pedagógico (PPP), trata sobre a gestão a partir dessas duas tendências de três formas:

- **Gestão participativa (explícito no projeto):** três programas demonstram explicitamente a participação de todos os envolvidos na formação;
- **Gestão participativa (não explícito no projeto):** os dois projetos de Saúde Coletiva trazem elementos que demonstram uma gestão democrática (“democratização” e “diálogo aberto”);
- **Gestão Hierárquica:** dois programas não mencionam uma gestão participativa, mencionando apenas coordenadores, tutores, preceptores e corpo docente no espaço deliberativo do programa (Núcleo Docente-Assistencial Estruturante), sendo um de saúde da família e um de perfil hospitalar.

Dos programas relacionados ao perfil Atenção Básica, apenas a RMSF da Secretaria de Saúde do Recife não traz em seu projeto a participação dos/as residentes na construção e gestão do PPP, sendo constituído por representantes da coordenação, preceptoria, tutoria e corpo docente, o que compromete o caráter democrático da formação. Ao não trazer o/a residente como parte do processo de construção do programa, traz elementos de uma Gestão Hierárquica, indo na contramão a participação social.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da UPE trouxe uma gestão participativa com todos os atores diretos da formação no programa de residência (coordenadores, tutores, preceptores e residentes), e renova ao implementar a construção de um Conselho Gestor que reúne representações de diversos segmentos para a política de saúde.

O Conselho Gestor reúne-se mensalmente e é composto por representações das coordenações, dos preceptores, dos tutores, dos residentes e da gestão municipal, através das Diretorias de Gestão do Trabalho, de Atenção à Saúde e dos Distritos Sanitários II e III. Para o ano de 2010, sugere-se a inclusão de um representante do Conselho Municipal de Saúde (UPE, 2010, p. 9).

O programa de RMSF da UFPE, baseado no trabalho interdisciplinar, traz um colegiado amplo, sendo:

[...] composto por nove membros natos e indicados pelos seus representantes, para a vaga de titular e suplente, discriminados: 1- Coordenador(a); 1- Gestão da rede (PCR); 1- Residente R1; 1- Residente R2; 1- Preceptoria R1; 1- preceptoria R2; 1- Docente da Comissão Pedagógica; 1 - Docente da Comissão Científica; 1- Docente da Comissão de Integração Ensino-serviço (UFPE, 2010, p. 29).

O programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UPE aponta que sua constituição abrange uma ampla participação de especialidades da área da saúde e seu projeto “prevê a integração das mesmas em seu projeto político-pedagógico, seja nos momentos de construção dos conhecimentos teóricos, seja nos momentos de vivência nos serviços” (UPE, 2013, p. 6), demonstrando uma gestão participativa dos envolvidos no processo de formação e dos residentes em formação.

Os programas do perfil de Saúde Coletiva adotam a participação ampla dos envolvidos na formação. O projeto do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da FIOCRUZ/PE referencia o Núcleo Docente-Assistencial Estruturante apenas com a participação de tutores, preceptores e coordenadores, não havendo especificação sobre a participação do Residente. Contudo, no PPP institucional da FIOCRUZ, em seus princípios filosóficos e metodológicos, que dão base as suas práticas educacionais, apresenta:

[...] Participação, democratização, colaboração, interdisciplinaridade, disseminação de conhecimentos enquanto conceitos ancorados na pesquisa produtora de conhecimentos, na cooperação e na absorção de novas tecnologias em parcerias, redes e outras práticas colaborativas e renovadoras, que possibilitam a capilarização e ampliação da oferta e dos resultados, ao tempo em que integram diferentes culturas de formação e formatação de programas com horizontalidade e alcance nacional e internacional (p. 21).

A Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Secretaria de Saúde do Recife também não faz referência à participação de residentes, apenas do corpo docente, preceptores, tutores e coordenadores. Contudo, em sua construção, traz alguns elementos que podem trazer a participação do residente e de outros atores no processo de planificação.

[...] essa Residência foi concebida na tentativa de manter um diálogo aberto entre ensino, serviços e comunidade, propiciar ao profissional de saúde (residente) o desenvolvimento de reflexões sobre o fazer em saúde a partir de seus diferentes lugares de inserção, sejam nos espaços de formação acadêmica, espaços de gestão, especialmente, no interior dos serviços de saúde, e produzir ressonâncias junto a profissionais de outras equipes de saúde, especialmente vinculadas à AB, para que se aproximem da construção coletiva de um fazer implicado (p. 5). Ainda, considerando o momento atual do SUS no município, marcado pela retomada da estratégia de construção e organização do SUS por meio de distritos sanitários, compreendidos como a menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão [...] (RECIFE, 2014, p. 6).

Em relação ao perfil hospitalar, o programa de Residência Multiprofissional em Urgência, Emergência e Trauma da UPE foi o único a não explicitar a forma de sua gestão no projeto a partir do Núcleo Docente-Assistencial Estruturante ou de outra forma de gestão. Contudo, afirmam no decorrer do documento que “este Programa de Residência busca proporcionar uma educação profissional que integre os campos da gestão e da assistência, considerando a rede de atenção à saúde articulada a uma reflexão ético-humanística” (UPE, 2014, p. 7), no qual pode-se entender a participação no processo de gestão do programa.

Os PPPs dos programas, baseados pela perspectiva da Reforma Sanitária brasileira, precisam deixar explícito o fortalecimento de práticas democráticas e populares. Ou seja, os programas de Residência Multiprofissionais precisam incorporar a participação de todos que fazem parte da formação, desde residentes aos preceptores de campo e de núcleo, tutores, coordenadores, serviços dos campos de prática, abrindo espaço também para a participação da população a ser assistida. Uma gestão hierárquica, sem a participação democrática de todos esses agentes, torna-se burocrática e tecnicista, apenas reforçando um modelo de formação ultrapassado e conservador.

3.2.2.4 Perfil do Egresso nos Programas de Residência Multiprofissional

Como discutido no segundo capítulo deste estudo, sabe-se que as Residências Multiprofissionais em Saúde têm como objetivo principal a reorientação da intervenção de profissionais de saúde no SUS, baseado nos princípios e diretrizes que o norteiam, com fins a uma intervenção qualificada para as necessidades da população. Também deve buscar a superação com a hegemonia médico-centrada, tecnicista e fragmentada. A finalidade dos egressos de cada programa proposto deve ter como base, além da reorientação do trabalhador, a particularidade em que estão inscritos.

Dos perfis de egressos dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde analisados nos Projetos Político-Pedagógicos (PPP), cada especialização delinea suas finalidades de acordo com as necessidades em saúde local/regional, conforme exposto no Quadro 6.

Quadro 6 – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, segundo a Finalidade e Perfil do Egresso, Recife/PE. 2020.

FINALIDADE E PERFIL DO EGRESSO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL – 2020	
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – UPE	O perfil do profissional a ser formado foi definido inicialmente em oficina conjunta entre secretaria de saúde e universidade, porém está em contínuo processo de construção, sendo desenhado à medida que são desenvolvidos protocolos de ações para cada profissão e para o funcionamento dos NASF. A articulação de profissionais das especialidades médicas, de enfermagem, odontologia e das demais profissões é um desafio permanente, superando uma possível hegemonia da saúde coletiva presente nos primeiros cursos de especialização em saúde da família, na perspectiva de construir uma abordagem integral do paciente, da família e da comunidade, referenciado na clínica ampliada, no apoio matricial e na integralidade (UPE, 2010, p. 8).
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – UFPE	Espera-se que o profissional egresso deste programa apresente competências para atuar no âmbito da Atenção Básica, seja ele componente da equipe na Estratégia de Saúde da Família (Cirurgião Dentista e Enfermeiro) ou do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Profissional de Educação Física, Psicólogo, Sanitarista e Terapeuta Ocupacional). As atividades de reflexão teórica e de vivência prática facilitarão no profissional egresso da RMSF / UFPE competência para: Trabalhar em equipes na perspectiva da interdisciplinaridade e da ética; Planejar e intervir nos problemas de saúde, com uma visão da clínica ampliada e das necessidades dos usuários, compreendidas e situadas no território em que vivem; Articular a atenção em rede transitando entre os níveis de cuidado e gerenciais de modo que a integralidade, resolutividade e eficiência beneficiem e estejam a serviço da população; Sistematizar, produzir e compartilhar conhecimentos a partir do mundo do trabalho e da investigação científica, resultando em atualização profissional, qualidade de serviços e na circulação do saber (UFPE, 2010, p. 17).
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA	[...] a proposta de realização deste processo de formação, na modalidade Residência Multiprofissional, foi resultado das iniciativas da Coordenação da referida política, no Recife, junto à Gerência da Atenção Básica (NASF/GAB/SESAU), mediante o reconhecimento da

– SESAU Recife/PE (COREMU IMIP)	necessidade de produzir, cada vez mais, processos formativos e espaços de educação permanente em saúde que possibilitem a formação e qualificação profissional, tendo como horizonte a melhoria das práticas de cuidado junto aos usuários, familiares e comunidades. A ideia de implantar esse curso, então, surge da necessidade de contribuir com as produções cotidianas de diferentes atores/atrizes envolvidos/as na Atenção Básica, na tentativa de manter um diálogo aberto entre ensino, serviços e comunidade, além de propiciar ao profissional de saúde (residente) o desenvolvimento de reflexões sobre o fazer em saúde a partir de seus diferentes lugares de inserção, sejam nos espaços de formação acadêmica, sejam nos espaços de gestão, e, especialmente, no interior dos serviços de saúde (RECIFE, 2016, p. 10). [...] As atividades de reflexão teórica e de vivência prática promoverão ao profissional egresso da RMSF competências e habilidades para: a) Atuar de maneira humanizada, com capacidade crítica-reflexiva, norteada pelos princípios éticos e legais; b) avaliar, planejar e intervir, considerando o processo saúde-doença e seus respectivos condicionantes e determinantes; c) identificar as necessidades de saúde da família e de seus componentes nas diversas fases de seu ciclo vital, além de compreender as singularidades de cada sujeito; d) realizar escuta qualificada das necessidades dos usuários em todos os âmbitos, proporcionando atendimento humanizado e a construção do vínculo; e) realizar o trabalho em equipes multiprofissionais na perspectiva da interdisciplinaridade e intersetorialidade, identificando e mobilizando parceiros no território adscrito; f) compreender os princípios básicos da gestão em saúde: planejamento, monitoramento e avaliação; g) desenvolver pesquisas e produzir conhecimento, com ética e responsabilidade social, dentre outras (RECIFE, 2016, p. 18)
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL – UPE	Acreditamos que a ousadia desse Programa pode provocar impacto nos serviços, com o fortalecimento advindo de reflexões que, certamente, serão disparadas no cotidiano, bem como na instituição formadora envolvida, provocando aproximação e também reflexões, à medida que as atividades serão propostas de forma integrada (RMSM UPE, 2013, p. 6); [...] desde o final de 2009, é notória a tomada de decisão política de enfrentar tal paradoxo e efetivamente assumir o compromisso com o fortalecimento da rede de serviços substitutivos à referência manicomial (RMSM UPE, 2013, p. 9) [...] Tal movimento aponta para a necessidade de mobilizar os municípios para construção e consolidação das redes de saúde mental municipais, tanto para o acolhimento dos usuários que estão sendo desinstitucionalizados como para interromper o processo de novas institucionalizações (UPE, 2013, p. 9). [...] o presente projeto pode ser percebido como resultado desse momento de efervescência do movimento de desinstitucionalização no estado de Pernambuco, que reacendeu os princípios da Reforma Psiquiátrica e nos convida cotidianamente a construir estratégias para consolidação da mesma (UPE, 2013, p. 9).
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E TRAUMA DO HGV/UPE	A proposta da residência visa garantir uma formação humanista do profissional residente considerando o amplo contexto do processo saúde-doença-intervenção em que o sujeito se apresenta (UPE, 2014, p. 8). [...] A Residência Multiprofissional em Urgência, Emergência e Trauma propõe formar profissionais de saúde, por meio da educação em serviço, para atuar em equipe interdisciplinar na assistência hospitalar em diferentes níveis de atenção e gestão do SUS, de acordo com os princípios e diretrizes propostos pelo SUS. (UPE, 2014, p. 7)
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA – FIOCRUZ/PE	Profissional crítico e reflexivo, com comprometimento ético, político e social, e conhecimento técnico-científico, capaz de atuar na gestão do Sistema Único de Saúde, formulação e análise de políticas públicas e de programas em saúde, na Vigilância à Saúde, Promoção da Saúde e na articulação intersetorial (FIOCRUZ, 2013, p. 48)
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA – SESAU Recife/PE (COREMU IMIP)	O programa de residência se implantará num momento propício ao aprendizado, mas também como um mecanismo de fortalecimento dos distritos sanitários, no que diz respeito à implementação das ações de educação permanente para a qualificação dos profissionais da rede enquanto preceptores e tutores (RECIFE, 2014, p. 6);

	[...] O profissional egresso da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da SESAU-Recife é um especialista em saúde coletiva com formação generalista, humanista, crítica, reflexiva e ética, com as seguintes competências: Desempenhar em equipe atividades do campo da saúde coletiva em todos os níveis de gestão e atenção à saúde; Dominar conhecimentos técnicos voltados para ações de prevenção de doenças, proteção, recuperação e promoção da saúde, bem como de ferramentas tecnológicas que deem agilidade ao serviço; Contribuir em equipe para a definição de agendas prioritárias, e o planejamento, formulação, implementação, monitoramento e avaliação de intervenções em saúde. (RECIFE, 2014, p. 67)
--	---

Fonte: O autor (2020).

Conforme pode ser observado no Quadro 6, os programas demonstram diversas finalidades de acordo com seus perfis e especificidade de sua formação. Contudo, compreende-se que tais finalidades buscam sempre trazer o desenvolvimento de práticas e competências que estimulem o desenvolvimento de pesquisas nos serviços e trabalho em equipe, reafirmando seus princípios e diretrizes do SUS.

A análise dos PPPs demonstrou que os cursos de formação defendem um egresso qualificado para atuar em uma abordagem integral de atenção à saúde do usuário mediado pela família e comunidade; desenvolvimento de competências que favoreçam o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, a intersetorialidade e o trabalho em rede; e a qualificação dos serviços ofertados à população.

O programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UPE, além de trazer as finalidades parecidas aos dos programas de Saúde da Família, busca impactar os serviços no intuito de consolidar os princípios da Reforma Psiquiátrica. Busca também a integração entre formação e serviço, o fortalecimento da rede de serviços de saúde mental antimanicomial e o estímulo a estratégias para sua consolidação.

Sobre o perfil hospitalar, a Residência Multiprofissional em Urgência, Emergência e Trauma da UPE apresenta uma finalidade mais generalista, com vista a garantir uma proposta de formação humanista, interdisciplinar e de manutenção dos princípios e diretrizes do SUS. Contudo, não detalha as bases dessa formação humanista.

As duas Residências em Saúde Coletiva analisadas se assemelham ao ter como finalidade uma formação crítica/reflexiva nos processos de gestão de políticas públicas, o fortalecimento dos serviços de saúde e o estímulo à educação permanente dos profissionais da rede e o trabalho intersetorial. Trazem uma série de competências

a serem adquiridas a partir da sua formação, defendendo a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Na análise dos programas de Residência Multiprofissionais do Recife/PE, percebe-se que suas finalidades têm em comum o objetivo de reorientar/transformar a assistência e os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde. Evidencia-se também uma tendência à consolidação e defesa do Sistema Único de Saúde, por novas práticas que possibilitem o seu desenvolvimento e que atendam às necessidades sociais em saúde.

3.2.2.5 As tendências para a formação nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Recife/PE

A partir dos eixos analíticos, conseguimos observar que as Residências Multiprofissionais em Saúde no Recife/PE têm apontado para uma formação progressista, pautada na defesa do Sistema Único de Saúde e na qualificação dos profissionais de nível superior que o compõe.

Contudo, a análise também possibilita apontar contradições que se contrapõem a proposta de formação baseada pela Reforma Sanitária brasileira e pelos princípios e diretrizes do SUS. Destacamos, resumidamente, algumas dessas tendências que se encontram nos Projetos Político-Pedagógicos, o qual são consideradas contrafluxos a proposta progressista de qualificação para o SUS:

- pouca evidência quanto a defesa de um determinado projeto societário que aponte para um direcionamento social estratégico em saúde;
- poucas alusões das bases teórico-metodológicas na construção do projeto, o que impede compreender as bases pedagógicas que darão seguimento a formação dos profissionais;
- frágil entendimento sobre as relações de conflito entre capital e trabalho e ao processo de intensificação da exploração do trabalho;
- a falta explícita da gestão democrática e participativa – estando de forma evidente apenas em dois dos sete programas.

As bases de criação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde estão ancoradas a proposta ideopolítica neodesenvolvimentista do período do governo Petista (2002-2016), baseada na conciliação de classes, sendo no campo da saúde a criação do projeto do SUS possível que visou tanto atender a demandas da

população brasileira e ao desenvolvimento de ações que compactuavam com a Reforma Sanitária, quanto também a beneficiar a privatização da saúde e da parceria público-privado.

Percebe-se na análise dos eixos que os programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Recife/PE estão mais voltados para a concepção do projeto do SUS possível, sendo poucos os programas que de fato atendem ao projeto ideopolítico da reforma sanitária.

No atual contexto de intensificação da contrarreforma na saúde, faz-se urgente apreendemos que “na nossa sociedade capitalista, desigual, injusta e iníqua, para pensar saúde e doença, têm-se que assumir as contradições geradas pelas desigualdades econômicas, políticas, sociais e ideológicas, que se expressam nas concepções e práticas de saúde e doença” (MINAYO, 1997, p. 34). Assim, nessa sociedade contraditória, a defesa dos princípios e diretrizes do SUS deve buscar ampliar a luta pela materialização de novas diretrizes políticas que de fato atendam as reais necessidades sociais de saúde, que reduzam as iniquidades em saúde (desigualdades em saúde evitáveis, injustas e desnecessárias), que aumentem a participação da população usuária e o controle social.

As Residências Multiprofissionais são uma potência para quebrar com a lógica médico centrada e para remodelar as ações e intervenções no SUS. Contudo, faz-se urgente colocar evidente a proposta ideopolítica de luta contra as formas de privatização da saúde e pelos ideais progressistas de uma saúde pública, coletiva, gratuita e de qualidade. Para tanto, as propostas pedagógicas da formação devem estar alinhadas ao campo da racionalidade social crítica e do materialismo histórico-dialético, apreendendo o real através da compreensão das múltiplas contradições inerentes da sociabilidade capitalista, quebrando com a corrente da racionalidade técnico-burocrática e biologista da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo nos propusemos a investigar os Projetos Políticos-Pedagógicos dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, cujo formato de curso *Lato Sensu* foi instituído em 2005. A partir da análise dos projetos das Residências Multiprofissionais do Recife/PE, demonstrou-se uma tendência a ampla defesa do SUS e busca pela consolidação dos seus princípios e diretrizes. Contudo, também demonstrou contrassensos que necessitam ser repensados no decorrer da consolidação dos cursos.

A proposta de especialização profissional no modelo de Residência Multiprofissional tem a potencialidade de qualificar profissionais capacitados/as a intervir na realidade social brasileira no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pois viabiliza uma *práxis* formativa que dialoga com a particularidade da realidade regional, intermediada pela reflexão crítica das determinações sociais do processo saúde-doença e por uma intervenção guiada para a modificação dessa realidade.

Apesar das suas potencialidades, o estudo corroborou para compreender as contradições existentes na proposta formativa dos Programas de Residência Multiprofissional. Aponta-se, principalmente a partir das denúncias realizadas por residentes, o não reconhecimento dos direitos trabalhistas, sendo apenas garantidos aqueles referentes aos direitos previdenciários (auxílio doença e maternidade), o que pode acarretar ao trabalhador da saúde, que está em processo formativo, as mais diversas formas de exploração do trabalho existentes na sociedade capitalista. Ilustramos, a título de exemplo, a impossibilidade ao abono da carga horária prática por motivo de adoecimento, mesmo atestado por profissional médico ou cirurgia-odontólogo, o que deve repor integralmente na carga horária prática; a extensa carga horária semanal de 60 (sessenta) horas, em que por vezes é realizada integralmente imerso no campo prático; a falta de participação do/a residente na construção do Projeto Político-Pedagógico e na gestão do programa de Residência, o que pode acarretar no apassivamento do trabalhador na instituição de saúde — naturalizando a sua não participação nas decisões institucionais e no campo do controle social.

O estudo corroborou para compreendermos as tendências intrínsecas a essa proposta formativa, principalmente no âmbito ideopolítico-pedagógico. A partir das análises realizadas, compreende-se que os programas de Residência Multiprofissionais do Recife/PE, em seus projetos, contrapõem-se ao modelo privatista

da saúde. Contudo, percebe-se que alguns dos programas tendem ao reforço do projeto do SUS possível ao não se quebrar as barreiras institucionais, ao não problematizar o cenário de desmonte do SUS e ao não se posicionarem pelo desenvolvimento e luta pela Reforma Sanitária e a busca pela superação da ordem vigente.

É necessário e urgente pensar uma formação em saúde para além da institucionalidade do sistema de saúde. Uma formação embasada numa concepção de saúde como democracia, defendida pelo sanitarista Sergio Arouca em seu discurso de abertura na 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS).

Os projetos dos Programas de Residência também devem buscar ultrapassar a lógica de exploração do trabalho de residentes para seguir uma concepção pedagógica contra-hegemônica que coloca a Educação a serviço da construção da emancipação humana, que apreenda a determinações sociais do processo saúde-doença e a racionalidade crítica.

A interlocução entre os saberes possibilita um conhecimento coletivo em saúde e uma melhor prestação de atenção à saúde da população. Notamos, tanto na análise dos dados quanto na vivência nos programas de Residências, a necessidade da ampliação (ou até mesmo criação) de espaços de diálogo entre as diversas especialidades dos programas de residências — uni, multiprofissionais e médicas —, com a finalidade de permitir a desfragmentação dos saberes, promovendo uma interlocução entre as áreas de conhecimento em processo de especialização e promovendo o fortalecimento das equipes multiprofissionais em saúde. As Residências necessitam reforçar e promover esses espaços coletivos — que podem ser caracterizados como espaços de pesquisas, círculos de estudos, clínica ampliada, entre outros — que possibilitem uma formação em saúde horizontal, interdisciplinar, participativa e democrática, buscando suprimir a exclusividade de uma categoria profissional, um campo do saber individualizado e hierarquizado bem como um monopólio na produção do conhecimento.

Frente ao atual contexto de ultra desmonte das políticas sociais, iniciado nas medidas políticas implementadas no golpe de Estado encabeçado pelo governo do presidente Michel Temer, desde 2016, aponta-se tendências de aprofundamento dos ataques ao Estado Democrático de Direito, principalmente a partir do governo de extrema-direita de Jair Bolsonaro (sem partido), trazendo ameaças diretas para a consolidação do SUS e de possibilidades emancipatórias para a sociedade.

Os Programas de Residência Multiprofissionais precisam se articular aos movimentos sociais, à luta pelas mudanças sociais e ao princípio da participação social. A gestão dos programas precisa incentivar a participação ampla dos/as residentes e demais sujeitos políticos nos espaços de controle social, como proposto pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade de Pernambuco, no Fórum Nacional de Residentes — espaço representativo da categoria —, no Fórum Nacional contra a Privatização da Saúde e nos demais movimentos coletivos de luta em defesa da saúde.

Precisa-se colocar em pauta a luta pela defesa da formação no sistema público de saúde (combatendo as formas de mercantilização dessa formação nos setores privados) e defesa da ampliação das equipes de saúde, construindo coletivamente formas de inserir os profissionais qualificados nos serviços de saúde pública, priorizando-os para a ocupação de vagas em concursos e seleções públicas.

No momento em que este estudo se conclui, o mundo passa por um momento histórico marcado pela pandemia do vírus COVID-19, popularmente conhecido como novo Corona vírus, uma pandemia que se alastra e vivencia-se um cenário de catástrofe sem precedentes na história da saúde pública internacional.

O isolamento social foi a medida mais eficaz para a diminuição das tendências de alastramento do vírus, enquanto cientificamente ainda se busca a cura para essa doença e melhores formas de tratamento. Os países de capitalismo central, diante da calamidade pública ocasionada pela manifestação do vírus, começam a seguir as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Instaura-se mundialmente uma crise sanitária com desdobramento para uma crise econômica.

No Brasil, os governantes dos entes federativos vêm colaborando com as medidas de isolamento social. Contudo, enfrenta-se o discurso ultraconservador do Presidente da República, Jair Bolsonaro, na contramão de todos os órgãos mundiais de saúde, que solicitam o isolamento social para frear o aumento do número de casos do vírus. Com o discurso de desdém à doença e às mortes que ocorrem em todo o país, o isolamento social se torna um desafio aos Governos Estaduais que decretam a permeabilidade da medida de isolamento social, contudo, pelos discursos contraditórios do Presidente da República, acarretam na relativização de parte da população quanto à ameaça trazida pelo vírus.

O relaxamento e descumprimento das medidas de isolamento social vêm acarretando o progressivo colapso dos serviços dos sistemas locais de saúde, os

quais não conseguem atender à população em sua totalidade, já havendo protocolos para elegibilidade de quem vai ter acesso aos equipamentos de respiradores — principal arma para a manutenção da vida diante do agravamento da Síndrome Respiratória Aguda Grave acarretada pelo COVID-19, que comprovou a necessidade urgentemente de ampliar e melhor equipar os serviços do SUS.

Observa-se nesse período no país a criação de diversos hospitais de campanha, ampliação de leitos, compra de materiais em larga escala e a contratação em massa de profissionais de saúde — o que pode ainda não ser suficiente diante da demanda de casos que ascendem rapidamente no país (principalmente pelo arrefecimento do isolamento social provocado pelos discursos do atual Presidente da República).

O investimento que tem sido feito para a área da saúde tem demonstrado que há recursos para investirmos na saúde pública brasileira. Há possibilidades de realizar o atendimento às necessidades sociais no campo da saúde. Contudo, o grande repasse dos recursos públicos para as instituições privadas, enquanto parte da lógica dada ao Estado neoliberal de acumulação flexível do capital, acarreta o desmonte das políticas e direitos sociais.

Nesse interim, os Programas de Residência (aqui me refiro a todos) permanecem com seus estudantes-profissionais inseridos no “campo de batalha” (como tem se referido muitos jornais de âmbito nacional), intervindo conjuntamente aos demais trabalhadores de saúde que estão na “linha de frente”.

Reflete-se que nesse momento delicado de extrema necessidade de todos os profissionais de saúde, trata-se os/as residentes enquanto parte desses profissionais que necessitam estar imersos no combate à pandemia do COVID-19 e às demais demandas e necessidades de saúde da população. Salienta-se que em 27 de março de 2020 foi criado pela Portaria nº 580 do Ministério da Saúde o incentivo para os/as residentes que estiverem fazendo parte dessa “linha de frente”, no qual “O Ministério da Saúde pagará diretamente aos profissionais de saúde residentes, a título de bonificação, o valor mensal de R\$ 667,00 (seiscentos e sessenta e sete reais), pelo prazo de seis meses” (BRASIL, 2020).

Acompanhando residentes em suas rotinas nesse período, observamos que muitos têm adoecido com diagnóstico positivo para Covid-19, sendo colocada pelas coordenações a possibilidade de recomposição de carga-horária. Isso demonstra que as residências também são inseridas nos espaços de trabalho como parte dos

recursos humanos que compõem os serviços de saúde — sendo uma via precária de trabalho.

Faz-se importante a luta pelo reconhecimento dos direitos integrais relativos ao trabalho dos/das residentes, sem perder o caráter formativo do processo de especialização no trabalho. O reconhecimento dos direitos trabalhistas não indicaria que os/as residentes poderiam substituir os recursos humanos dos estabelecimentos de saúde. Pelo contrário, faria parte do processo crítico-reflexivo quanto a sua condição de trabalhador em formação. A não reflexão sobre o âmbito do trabalho indica uma perpetuação da lógica de precarização do trabalho dos/as residentes, assim como um apassivamento do trabalhador em formação diante das formas de intensificação e precarização do trabalho contemporâneos, como bem refletido neste estudo.

Entende-se que as Residências Multiprofissionais têm a potencialidade de promover uma formação crítico-reflexiva sobre a política de saúde (e as demais com as quais ela dialoga), transformando os/as profissionais de saúde enquanto agentes críticos e qualificados para refletir, problematizar e intervir sob as demandas sociais em saúde — conforme foi idealizado pelo Movimento de Reforma Sanitária em sua gênese. Um formato de especialização que deveria ser seguido pelas demais políticas públicas sociais (Assistência, Educação, Previdência, Segurança Pública, dentre outras).

Todavia, enquanto espaço que está inserido nas disputas por hegemonia, faz-se importante não apenas defender a ampliação e a qualificação crítico-reflexiva desse e de outros formatos de pós-graduação. Precisa-se pautar a luta por um projeto societário que atenda às necessidades sociais e que se guie por uma proposta ideopolítica que vise a plena emancipação da humanidade.

Assim, a luta por reais mudanças no âmbito da relação entre educação, trabalho e saúde, vão para além dos espaços institucionais. Necessita-se construir, lutar e defender um projeto societário contra-hegemônico que possibilite ações estratégicas coletivas para o enfrentamento da ordem do capital, disputando os espaços e aparelhos de hegemonia e o retorno pela construção do Estado Democrático de Direito, incluindo na pauta a consolidação do direito universal à saúde e ao caráter emancipatório da educação pública, gratuita e socialmente referenciada.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. Relatório da Pesquisa. **Mapeamento das Residências em Área Profissional e Serviço Social**. Coordenada pela direção nacional da ABEPSS gestão 2017/2018, realizada pelo Grupo de Estudos e Pesquisas dos Fundamentos do Serviço Social (GEPEFSS). Faculdade de Serviço Social/Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2018. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/relatorio-abepss-residencia-2018120311503966_27330.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2020.

ALENCAR, Mônica Maria Torres de; GRANEMANN, Sara. **Ofensiva do capital e novas determinações do trabalho profissional**. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 161-169, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802009000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 fev. 2020.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Intersectorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 11 a 34, jan. 2000. ISSN 1982-3134. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6345>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

ALVES, G. **Trabalho, corpo e subjetividade: toyotismo e formas de precariedade no capitalismo global**. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 409-428, Sept. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462005000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jun. 2020.

ANTUNES, R. **Século XXI: Nova era da precarização estrutural do trabalho?** In.: ANTUNES, Ricardo; BRAGA, Ruy (Org.). Infoproletários: degradação real do trabalho virtual. São Paulo: Boitempo, 2009. Pp. 231-238.

_____. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. 1ª Ed. São Paulo: Boitempo, 2018.

ANTUNES, R; PINTO, G.A. **A fábrica da educação: da especialização taylorista à flexibilização toyotista**. São Paulo: Cortez, 2017. 120p. (Coleção Questões da Nossa Época). v. 58.

ARROYO, M. Trabalho-educação e teoria pedagógica. In: FRIGOTTO, G. (Org.), **Educação e crise do trabalho: Perspectivas de final de século** (pp. 138-165). Petrópolis/RJ: Vozes, 1998.

ATLAS BRASIL. **Dados. Recife**. Pernambuco Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/recife_pe> Acesso em: 15 dez. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BATISTA, C. B. **Movimentos de Reorientação da Formação em Saúde e as Iniciativas Ministeriais para as Universidades.** *Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.38, p.97-125, jan./jun. 2013.*

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social. Fundamentos e história.** Coleção Básica. Editora Cortez, 9ª ed., 2011.

BESERRA, I. K. da Nóbrega. **Serviço social e contrarreforma da saúde: racionalidade e instrumentalidade no exercício profissional.** 2016. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

BOSCHETTI, I. **Expressões do conservadorismo na formação profissional.** *Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 124, p. 637-651, dez. 2015.* Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282015000400637&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 jan. 2020.

BRANCO, R. C. **O novo-desenvolvimentismo e a decadência ideológica do estruturalismo latino-americano.** *Oikos, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2009.* Disponível em: <<http://www.revistaioikos.otg/seer/index.php/oikos/article/view/132/111>> Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Decreto nº 80.281**, de 05 de setembro de 1977. Regulamentação da Residência Médica e criação da Comissão Nacional de Residência Médica. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D80281.htm 01 de fevereiro

_____. **Lei nº 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. Brasília, DF, 1990a.

_____. **Lei nº 8080, 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. Brasília, DF, 1990b.

_____. **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. Brasília, DF, 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de

Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 64 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de 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, 2009b. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde - v. 9)

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **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. 2009c. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192>. Acesso em: 12 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução CNRMS nº 3, de 04 de maio de 2010**. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 5 maio 2010. Seção I, p. 14-15.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução CNRMS 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; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Educação Popular em Saúde**. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/participacao-e-controle-social/gestao-participativa-em-saude/educacao-popular-em-saude>>. Acesso em: 21 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. **A Redução de Danos no cuidado ao usuário de drogas**. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094500-001.pdf>> Acesso em: 25 mar. 2020.

_____. Ministério da Educação. **1ª PLENÁRIA DA CNRMS/MAIO– 2014**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16962-ata-1-reuniao-plenaria-cnrms-2014&category_slug=janeiro-2015-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 24 out. 2018.

_____. Ministério da Educação. **2ª PLENÁRIA DA CNRMS/JULHO– 2014**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=17386-ata-3-reuniao-plenaria-cnrms-2014&category_slug=abril-2015-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 24 out. 2018.

_____. Ministério da Educação. **3ª PLENÁRIA DA CNRMS/JULHO – 2015**. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=20811-ata-da-3-rp-2015-pdf&category_slug=setembro-2015-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 24 out. 2018.

_____. Ministério da Educação. **5ª PLENÁRIA DA CNRMS/OUTUBRO – 2014**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=17387-ata-5-reuniao-plenaria-cnrms-2014&category_slug=abril-2015-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 24 out. 2018.

_____. Ministério da Educação. **2ª PLENÁRIA DA CNRMS/ABRIL – 2016**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=48241-ata-2a-reuniao-plenaria-2016-pdf&category_slug=setembro-2016-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 25 out. 2018.

_____. Ministério da Educação. **6ª PLENÁRIA DA CNRMS/DEZEMBRO – 2016**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=37671-ata-6a-reuniao-plenaria-2015-pdf-pdf&category_slug=abril-2016&Itemid=30192>. Acesso em: 24 out. 2018.

_____. Ministério da Educação. **8ª PLENÁRIA DA CNRMS/JULHO – 2018**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=93711-sumula-reuniao-plenaria-julho-2018&category_slug=agosto-2018-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 25 out. 2018.

_____. Ministério da Educação. **Informações sobre a implementação dos Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde discutidas no III Fórum de Dirigentes dos Hospitais Universitários Federais**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/esclarecimentos_residmultiprof.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 580, de 27 de março de 2020**. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo – Residentes na área de Saúde", para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-580-de-27-de-marco-de-2020-250191376>>. Acesso em: 01 maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 15 de julho de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2020.

BRAVO, M.I.S. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: Fundamentos sócio-históricos**. 1a. Ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, M. I.S.; CORREIA, M. V. C. **Desafios do controle social na atualidade**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 109, p. 126-150, Mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRAVO, M.I.S. et al. (orgs.). **A mercantilização da saúde em debate**: as organizações sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Rede Sirius; 2015. p. 33-9.

CASTRO, M. M. de C. e. **Formação em Saúde e Serviço Social: as residências em questão**. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 12, n. 2, p. 1-12, 2013.

CECCIM, R. B. **Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro**. In: TOASSI, R. F. C. (org.). Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? [recurso eletrônico] /. – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p.: il. – (Série Vivência em Educação na Saúde).

_____. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, Dec. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2020.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 04 jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Residência em Saúde e Serviço Social subsídios para reflexão**. Brasília, DF: CFESS, 2017.

CLOSS, T. T. **O serviço social nas residências multiprofissionais em saúde: formação para integralidade?** 1.ed. Curitiba: Appris, 2013.

CLOSS, T. T. **Serviço social, residência multiprofissional e pós-graduação**: a excelência na formação do assistente social [recurso eletrônico] / org. BELLINI, Maria Isabel Barros; CLOSS, Thaísa Teixeira. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: EdIPUCRS, 2012. 191 p.

CORREIA, M. V. C. **A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde brasileira**. Temporalis, Brasília, v. 13, p. 11-38, 2007.

COUTINHO, C. N. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. 2ª edição, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. **A época neoliberal: revolução passiva ou contra-reforma?** Novos rumos, Marília, v. 49, n. 1, p. 117-126, 2012. Disponível em: <<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/novosrumos/article/view/2383>> Acesso em: 12 dez. 2019.

DAL ROSSO, S. **Mais trabalho! A intensificação do labor na sociedade contemporânea.** São Paulo, Boitempo, 2008.

DELLEGRAVE, D.; CECCIM, R. B. **Encontros de aprendizagem e projetos pedagógicos.** Revista Interface: comunicação, saúde e educação, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/icse/v22n66/1807-5762-icse-22-66-0877.pdf>>. Acesso em: 12 de Maio de 2020.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D. de; TEIXEIRA, Márcia. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2020

ENGUITA, M. O discurso da qualidade e a qualidade do discurso. In: GENTILLI, Pablo; SILVA, Tomaz Tadeu da. **Neoliberalismo, qualidade total e educação.** visões críticas. 15 ed. Petrópolis: Vozes, 2015. P. 93-110.

FERNANDES, F. **A revolução Burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica.** 5ªed. - São Paulo: Globo, 2006.

FERNANDES, R. M. C. **Educação Permanente e Políticas Sociais.** Campinas/ são Paulo. Editora: Papel Social, 2016 (Coleção Didática do Serviço Social)

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. **Projeto Político Pedagógico** – Unidade com respeito à diversidade. Brasil, 2015.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **Projeto Pedagógico.** Programa de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde. Processo de Autorização. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva / Fiocruz-PE. Recife/PE, 2013.

FONTES, V.. Determinação, história e materialidade. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 209-229, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462009000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 jan. 2020.

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 31ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005.

FRIGOTTO, G. **Educação e formação humana: ajuste neoconservador e alternativa democrática.** In: GENTILI, Pablo A.; SILVA, Tomaz T. da. (Orgs.). **Neoliberalismo, qualidade total e educação: visões críticas.** 15 ed. Petrópolis: Vozes, 2015. P. 31-92.

GARCIA, A. V.; HILLESHEIM, J.; KRUGER, T. R. **Lutas sociais e educação: os (des)caminhos dos Projetos Político-Pedagógicos**. SER Social, v. 20, n. 43, p. 290-309, 13 nov. 2018.

GENTILI, P. (org). **Pedagogia da Exclusão: o Neoliberalismo e a crise da escola pública**. Petrópolis: Vozes, 1998.

GENTILI, P. **O discurso da “qualidade” como nova retórica conservadora no campo educacional**. In: GENTILI, P.; SILVA, T. T. (Org.). Neoliberalismo, qualidade total e educação. 15 ed. Petrópolis: Vozes, 2015. p. 111-177.

GUERRA, T. M. S; M.; COSTA, M. D. H. da. **Formação Profissional da Equipe Multiprofissional em Saúde: a compreensão da intersectorialidade no contexto do SUS**. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 16, n. 2, p. 454-469, 2017.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. 15. ed. Tradução de Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. Rio de Janeiro: Edições Loyola, 2006. 349p.

HARVEY, D. **O Enigma do Capital: e as crises do capitalismo**. Tradução de João Alexandre Peschanski. São Paulo, SP: Boitempo, 2011. 224p.

IANNI, O. **O Colapso do Populismo no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.

IAUPE – INSTITUTO DE APOIO À UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO. Universidade de Pernambuco. **Editais**, Residência Multiprofissional em Saúde, 2018. Disponível em: http://www.upenet.com.br/concursos/18_residencia_mult/arquivos/Editais_Mult.pdf Acesso em: 20 out. 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População Estimada**. Recife, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/recife.html> Acesso em 12 de Maio de 2020.

_____. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal**. Recife, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/recife.html> Acesso em 12 de Maio de 2020.

LOBATO, C. P.; MELCHIOR, R.; BADUY, R. S. **A dimensão política na formação dos profissionais de saúde**. Physis, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1273-1291, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0103-73312012000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2020.

LÖWY, M.; **Da tragédia à farsa: o golpe de 2016 no Brasil**. In: Por que gritamos golpe? para entender o impeachment e a crise política no Brasil. André Singer... [et al.] 1º Ed, São Paulo: Boitempo, 2016.

MACHADO, M. H.; NETO XIMENES, F. R.G. **Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios**. Ciênc. saúde coletiva, Rio

de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1971-1979, jun. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601971&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política: livro I: o processo de produção do capital**. 2ª edição, São Paulo: Boitempo, 2017.

MENDES, Áquilas. **O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira**. Saude soc., São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1183-1197, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401183&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jun. 2019.

MÉSZÁROS, I. **A educação para além do capital**. 2ª edição. São Paulo: Boitempo, 2008.

MINAYO, M. C. S. **Saúde e Doença como Expressão Cultural**. In: Saúde, trabalho e formação profissional./Organizado por Antenor Amâncio Filho e M. Cecilia G. B. Moreira - Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de et al. **Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, e00194916, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000105017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mar. 2020.

MOTA, A. E. et al. (org). **O novo desenvolvimentismo e as políticas sociais na América Latina**. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade. São Paulo: Cortez, 2012.

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**. In: MOTA, Ana Elizabete [et al.], (orgs.). Serviço Social e Saúde- Formação e Trabalho Profissional. 2 ed. São Paulo, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2007.Pp. 352-380.

NETTO, J. P. **A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social**. In: MOTA, Ana Elizabete [et al.], (orgs.). Serviço Social e Saúde- Formação e Trabalho Profissional. 2 ed. São Paulo, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2007.

_____. **Introdução ao Estudo do Método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NEVES, D. C. A.; GONCALVES, C. Á; FAVARO, T.C. P. **Pós-graduação e Residência Multiprofissional em Saúde HC-UFG: a produção do Serviço Social**. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 225-233, Aug. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802017000200225&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun. 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: OMS, 2010.

_____. Organização Mundial da Saúde. Documentos básicos. 48ª ed. Genebra: OMS; 2006. Con las modificaciones adoptadas hasta el 31 de diciembre de 2014. OMS. Disponível em: < <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf#page=7>>. Acesso em: 19 dez. 2019.

_____. Organização Mundial da Saúde. 71.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD Punto 15.1 del orden del día provisional. A71/28 **Informe sobre los resultados de la OMS: presupuesto por programas 2016-2017**. OMS, 2019. Disponível em: < https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_28-sp.pdf> Acesso em: 14 jan. 2020.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Ámbitos en los que trabajamos**. Disponível em: < <https://www.who.int/es/about/what-we-do>>. Acesso em: 14 jan. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

_____. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2020.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. **Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1819-1829, Nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2020.

PAULANI, L. M.; Uma ponte para o abismo. In: JINKINGS, I. et al. (Org.) **Por que gritamos golpe?** Para entender o impeachment e a crise política no Brasil. 1º ed, São Paulo: Boitempo, 2016.

PEDUZZI, Marina et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, Aug. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2019.

PEDUZZI, M. Educação Interprofissional para o Desenvolvimento de Competências Colaborativas em Saúde. In: TOASSI, R. F. C.(org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** [recurso eletrônico] / – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p.: il. – (Série Vivência em Educação na Saúde).

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M.N. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 120p. (Coleção Temas em Saúde).

PERNAMBUCO. Governo do Estado de Pernambuco. BASE DE DADOS DO ESTADO (BDE). **Índice de Gini**. Disponível em: <<http://www.bde.pe.gov.br/visualizacao/Visualizacaoformato2.aspx?CodInformacao=1174&Cod=3>>. Acesso em: 18 mar. 2020.

POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde do Brasil**- Uma pequena revisão. Disponível em: http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf Acesso em: 24 dez. 2019

RECIFE. **Plano Municipal de Saúde de 2018-2021**. Disponível em: http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2018_2021_vf.pdf Acesso em 12 de Maio de 2020.

_____. Secretaria de Saúde do Recife (SESAU). **Projeto Pedagógico** – Programa de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde: Processo de Autorização. Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Secretaria de Saúde do Recife. Recife, 2016.

_____. Secretaria de Saúde do Recife (SESAU). **Projeto Político Pedagógico Da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF / SESAU)**. Recife, 2016.

RODRIGUES, T. F. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho? **Serviço Social e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 71-82, 24 out. 2016. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8647309>. Acesso em: 4 fev. 2020. DOI: <https://doi.org/10.20396/sss.v15i1.8647309>.

SADER, E. Prefácio. In: MÉSZÁROS, I. **Educação para Além do Capital**. 2º Ed. São Paulo: Boitempo, 2008.

SALVADOR, E.; BEHRING, E.; BOSCHETTI, I.; GRANEMANN, Sara. (org). **Financeirização, Fundo Público e Política Social**. São Paulo, Cortez Editora, 2012.

SAVIANI, D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 34, p. 152-165, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782007000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2020.

_____. Teorias pedagógicas contra-hegemônicas no Brasil. **Ideação**, v. 10, n. 2, p. 11-28, 2008.

_____. **Escola e democracia**: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre a educação política. 41. ed. Campinas SP: Autores Associados, 2009.

_____. **Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações**. 11. ed. rev. Campinas: Autores Associados, 2011. 137 p.

_____. Democracia, educação e emancipação humana: desafios do atual momento brasileiro. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá, v. 21, n. 3, p. 653-662, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572017000300653&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 jan. 2020.

SILVA, T. T. A “nova” direita e as transformações na pedagogia da política e na política da pedagogia. GENTILI, P.; SILVA, T. T. (Org.). **Neoliberalismo, qualidade total e educação**. 15 ed. Petrópolis: Vozes, 2015a, p. 9-29.

SILVA, L. C. **Formação e prática na saúde: o processo ensino-aprendizagem na Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher a partir do relato dos preceptores**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher) Hesfa/UFRJ. Rio de Janeiro. 2015b. Mimeo.

SILVA, L. C.; BROTTTO, M. E. **Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: dilemas na formação e trabalho profissional**. Em Pauta, Rio de Janeiro. 1º sem. 2016, n. 37, v. 14, p. 126 – 149.

SILVA, L. B. **Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica**. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, Jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802018000100200&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 fev. 2020.

SOARES, R. C. **Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS**. Argumentum, v. 10, n. 1, p. 24-32, 28 jun. 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19496>>. Acesso em: 12 jan. 2020.

_____. **Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000**. In: MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Angela (orgs). Serviço Social Brasileiro nos anos 2000: Cenários, Pelejas e Desafios. Recife: Editora UFPE, 2014.

TONET, Ivo. **Educação contra o capital**. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.– 2. ed. rev. 93 p.

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco. **Projeto Político Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF/UFPE)**. Recife, 2016.

UPE – Universidade de Pernambuco. **Modelo de Apresentação dos Projetos do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde**. Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família. Recife, 25 de Out. de 2010.

_____. **Residência Multiprofissional em Urgência, Emergência e Trauma do Hospital Getúlio Vargas (HGV) - “Lato Sensu”**. Recife, 2014.

XIMENES, A. F; SCHMALLER, V. P.V.; BEZERRA, A. F. B. **Alocação de recursos do fundo público para organizações sociais da saúde**. Sociedade em debate, v. 24, n. 3, p. 113-128, 2018.