



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

FERNANDA MARQUES DE SOUSA

**OS PROJETOS PEDAGÓGICOS DAS RESIDÊNCIAS E SUAS
INFLEXÕES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: UM
ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY**

JOÃO PESSOA - PB

2019

FERNANDA MARQUES DE SOUSA

OS PROJETOS PEDAGÓGICOS DAS RESIDÊNCIAS E SUAS INFLEXÕES
SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: UM ESTUDO DE CASO DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY

Dissertação apresentada à Coordenação
do Programa de Pós-Graduação em
Serviço Social da Universidade Federal da
Paraíba, para obtenção do título de Mestra
em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Paula Rocha
de Sales Miranda

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Nívia Cristiane
Pereira da Silva

JOÃO PESSOA - PB

2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S725p Sousa, Fernanda Marques de.

OS PROJETOS PEDAGÓGICOS DAS RESIDÊNCIAS E SUAS
INFLEXÕES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: UM ESTUDO DE
CASO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY /
Fernanda Marques de Sousa. - João Pessoa, 2019.
164f. : il.

Orientação: Ana Paula Rocha de Sales Miranda.
Coorientação: Nivia Cristiane Pereira da Silva.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHL.

1. Projetos Pedagógicos das Residências. 2. Residências
Multiprofissionais em Saúde. 3. Trabalho. 4. Formação
em serviço. I. Miranda, Ana Paula Rocha de Sales. II.
Silva, Nivia Cristiane Pereira da. III. Título.

UFPB/CCHLA

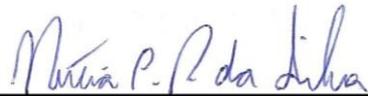
FERNANDA MARQUES DE SOUSA

OS PROJETOS PEDAGÓGICOS DAS RESIDÊNCIAS E SUAS INFLEXÕES
SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: UM ESTUDO DE CASO DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY

BANCA EXAMINADORA



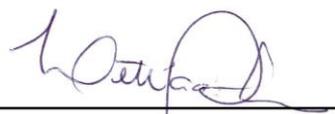
Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula Rocha de Sales Miranda
(Orientadora)



Prof^ª. Dr^ª. Nívia Cristiane Pereira da Silva
(Coorientadora e Presidenta)



Prof^ª. Dr^ª. Maria de Fátima Melo do Nascimento
(Examinadora Interna)



Prof^ª. Dr^ª. Letícia Batista da Silva
(Examinadora Externa)

*Ao meu amor maior, minha mãe, Maria
Ivanilda, e ao meu irmão Lucas.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por Sua infinita bondade e amor; por me dá forças, para materializar meus sonhos e seguir em busca de concretizar tantos outros.

A minha mãe e amiga, Maria Ivanilda, que, com seu amor, força e determinação, me ensinou a jamais abandonar uma luta. Obrigada por ser tão presente em minha vida, por me ensinar a acreditar em mim. A ti, dedico esse título, que representa uma superação pessoal e a inquietude de uma pesquisadora.

Ao meu irmão, Lucas Marques, por ser apoio em dias difíceis.

Aos meus avós maternos, Edite (*in memoriam*) e Francisco (*in memoriam*), por tantos ensinamentos e por me motivarem sempre.

Ao meu tio, Ramildo Monteiro e família, por me tratarem com tanto amor.

As minhas queridas companheiras, Jéssica Melo, Jakeline Estevão, Raquel Araújo e Emanuelle Galdino. Muito obrigada por aceitarem partilhar a vida comigo, por deixarem meus dias mais leves, meus choros mais curtos, meus sonhos mais possíveis.

As minhas amigas da graduação, do mestrado e da vida, que deixaram minha caminhada mais leve; foram o alívio, o riso e o incentivo em dias de dificuldade. Especialmente: Priscila, Herivânia, Vaneide, Roberta, Julyethe, Alessandra e Thuany. Espero poder reencontrá-las em outros espaços. Levo o melhor de vocês comigo, por toda minha vida.

Às colegas de mestrado e a Rafael, que, de forma solidária e amistosa, me ajudaram a finalizar esse material e a crescer profissionalmente.

Aos “Críticos mais que especiais”, equipe da Residência (2014/2016), que tive a satisfação de compartilhar meus dois anos de especialização. Destaco, aqui: Thayana, Merilin, Carla, Thaíse, que optaram por continuar fazendo parte da minha vida. Obrigada por existirem.

As minhas colegas de graduação da turma 2009.2, onde tudo começou.

Às assistentes sociais do Hospital Universitário Lauro Wanderley, em nome de Roberta e Lenize, que, de forma muito paciente e carinhosa, me acolheram e acolhem sempre. Vocês são um estímulo para mim.

Às coordenações da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar e da Residência em Saúde Mental, nas pessoas de Adriana e Lenilma, por

acreditarem no meu trabalho e, de modo tão cordial, apoiarem minha pesquisa e tantas outras vivências.

À orientadora e professora Ana Paula, por ter aceitado trilhar esse caminho da pesquisa e contribuído para o meu amadurecimento acadêmico.

A todas as professoras do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPB; obrigada pela partilha.

Em especial e com muita emoção, agradeço às professoras Letícia Silva, Fátima Melo e Nívia Cristina que, de forma tão profissional, respeitosa e motivadora, aceitaram contribuir com esse momento. Jamais esquecerei esse apoio e tanto respeito. Muito obrigada por acreditarem em mim.

A Fabio Margherito, pela transcrição da pesquisa.

À Capes, pela concessão de bolsas.

*Presentemente eu posso me considerar
um sujeito de sorte.
Porque apesar de muito moço me sinto
são e salvo e forte
E tenho comigo pensado deus é brasileiro
e anda do meu lado
E assim já não posso sofrer no ano
passado
Tenho sangrado demais, tenho chorado
pra cachorro
Ano passado eu morri, mas esse ano eu
não morro (BELCHIOR)*

RESUMO

O presente trabalho objetivou analisar as inflexões produzidas pelos projetos pedagógicos das Residências na organização do trabalho em saúde, a partir da estruturação e implementação de seus PPR's em um contexto de mudança do modelo de administração dos Hospitais Universitários (HU's). Para essa empreitada, recorreu-se à pesquisa bibliográfica, documental e empírica. A pesquisa de campo ocorreu entre os meses de outubro e novembro de 2017 e contou com dois perfis de sujeitos: os que participaram da elaboração/implementação dos PPRs e os Residentes do segundo ano da Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar (Rimush) – contando com uma participação de 44% destes – e da Residência Multiprofissional em Saúde Mental (Resmen), com 25% da amostra. A diferença no quantitativo de participação pode estar relacionada ao critério de aceitação, através do número de vagas ofertadas pelos programas, as quais correspondem a 36 e 20 vagas. As vagas são distribuídas entres os núcleos do saber, que compõem as equipes multiprofissionais de cada programa. Na coleta de dados com os sujeitos que fizeram parte da pesquisa, foram utilizados dois instrumentos: a História Oral e um questionário semiestruturado. O primeiro recurso foi utilizado com os sujeitos que estiveram na criação dos programas ou foram ingressando na implementação das Residências. A opção por tal instrumento (História Oral) foi em razão de proporcionar liberdade na fala desses sujeitos, além de ser uma forma de compreender o processo de disputa e articulação para implantação e manutenção dos programas. O questionário foi utilizado com os residentes, por ser um número maior de participantes, para apreender, por núcleos temáticos, a percepção dos residentes no tocante à função social das Residências na formação de recursos humanos e nas mudanças no processo de trabalho em saúde. Para tratamento e análise dos dados dos questionários, valeu-se da metodologia de análise de conteúdo, tomando como método de investigação o materialismo histórico-dialético, por subsidiar a apreensão da dinâmica do objeto da pesquisa e por possibilitar as mediações necessárias à análise crítica. A escolha por esses programas se justifica por serem as únicas Residências que possuem o HULW como cenário de campo obrigatório, cujo serviço, desde 2014, está sob administração da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Os principais resultados indicam os avanços e os limites dos PPR's no que concerne às propostas de transformação das práticas profissionais, das ações em saúde no âmbito hospitalar e na formação dos recursos humanos em saúde, tomando como parâmetro a influência do processo pedagógico no trabalho em saúde. Nota-se que as RMS só têm conseguido implementar intervenções pontuais sobre a organização do trabalho, além das propostas da Ebserh, que fortalecem as metodologias de análise local das necessidades em saúde, presentes metodologicamente nos PPR's, mas que divergem da proposta original do Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro, de transformação das práticas profissionais e da ordem social vigente.

Palavras-chave: Projetos Pedagógicos das Residências. Residências Multiprofissionais em Saúde. Trabalho. Formação em serviço.

ABSTRACT

The present study focused on the Pedagogical Projects of the Residences and their inflections on the organization of work: a case study of the Lauro Wanderley University Hospital, whose general objective was to analyze the inflections produced in the organization of health work by the Multiprofessional Residencies in Health (RMS), from the structuring and implementation of their PPRs in a context of changing the administration model of University Hospitals (HU's). In order to get closer to the object of study, bibliographical, documentary and empirical research was used. Field research took place between October and November 2017 and had two profiles of subjects: those who participated in the elaboration / implementation of the PPRs and the Residents of the second year of the Multiprofessional Residency in Hospital Health (Rimush) with a participation of 44.44% and the Multiprofessional Residency in Mental Health (Resmen) with 25% of the sample. In the collection of data, two instruments were used: the oral history resource and a semi-structured questionnaire. The content analysis methodology was used for the treatment and analysis of the questionnaire data, based on the milestones of the Marxist tradition. The choice of these programs is justified because they are the only Residences that have HULW as a mandatory field scenario, whose service since 2014 is under the administration of the Brazilian Company of Hospital Services (Ebserh). The main results indicate that MSY has only been able to implement specific interventions on work organization, and that the Ebserh proposals strengthen the methodologies of local analysis of health needs, present methodologically in the PPRs, but that differ from the original proposal of the Reform Movement Brazilian Sanitary of transformation of the professional practices and the social order.

Keywords: Pedagogical Projects of Residences. Multiprofessional Residences in Health. Job. in-service training.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem 90

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 01 – Perfil dos entrevistados do Núcleo Central..... | 73 |
|---|----|

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|-----|
| Gráfico 01 – Perfil dos residentes da Rimush | 114 |
| Gráfico 02 – Perfil dos residentes da Resmen | 115 |
| Gráfico 03 – Impacto das propostas da RMS para formação em saúde – Resmen | 118 |
| Gráfico 04 – Impacto das propostas da RMS para formação em saúde – Rimush . | 119 |
| Gráfico 05 – Módulos Teóricos – Resmen | 127 |
| Gráfico 06 – Módulos Teóricos – Rimush | 127 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AC – Alta Complexidade
BM – Banco Mundial
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CF – Constituição Federal
CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CNRMS – Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
EBES – Estado de Bem-Estar Social
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC – Emenda Constitucional
FEDP – Fundação Estatal de Direito Privado
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FMI – Fundo Monetário Internacional
FNCPS – Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde
HU – Hospital Universitário
HULW – Hospital Universitário Lauro Wanderley
IFES – Instituições Federais de Ensino Superior
MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado
MEC – Ministério da Educação
MRS – Movimento de Reforma Sanitária
MRSB – Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro
NC – Núcleo Central
NESC – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
OMS – Organização Mundial da Saúde
OS – Organizações Sociais
OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PAC – Programa de Aceleração do Crescimento
PDRAE – Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
PETSaúde – Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPP – Parcerias Público-Privadas
PPR – Projeto Pedagógico da Residência
PRÓInternato – Programa Nacional de Apoio ao Internato Médico
PróSaúde – Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde
PRSB – Projeto da Reforma Sanitária Brasileira
PT – Partido dos Trabalhadores
REHUF – Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RESMEN – Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar
RIMUSH – Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar
RMS – Residências Multiprofissionais em Saúde
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SH – Saúde Hospitalar
SI – Seminário Integrador
SM – Saúde Mental
SUS – Sistema Único de Saúde
TCR – Trabalho de Conclusão de Residência
UF – Universidades Federais

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| INTRODUÇÃO | 16 |
| CAPÍTULO 1 – DA REFORMA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) À CONTRARREFORMA DO ESTADO: CAMINHOS E DESCAMINHOS DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA | 23 |
| 1.1 O Movimento de Reforma Sanitária (MRS) e o SUS: desafios e retrocessos na implementação do sistema de saúde | 24 |
| 1.2 A Contrarreforma do Estado e suas implicações para a política de saúde | 33 |
| 1.2.1 A contrarreforma no ambiente dos Hospitais Universitários: reflexos para além da oferta dos serviços | 48 |
| CAPÍTULO 2 – A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O TRABALHO EM SAÚDE | 58 |
| 2.1 Os hospitais universitários como um espaço de formação em saúde | 59 |
| 2.2 Ponderações sobre os projetos pedagógicos das residências multiprofissionais em saúde: um estudo de caso | 72 |
| 2.2.1 O processo de implantação dos programas de Residências Multiprofissionais | 77 |
| 2.2.2 As práticas pedagógicas das RMS | 81 |
| 2.2.3 A relação ensino-aprendizagem | 88 |
| 2.2.4 Equipe Multiprofissional e Interdisciplinar | 91 |
| 2.2.5 Propostas das RMS e da Ebserh: conjuminâncias e divergências | 94 |
| CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: DO PROJETO PEDAGÓGICO AO COTIDIANO PROFISSIONAL | 99 |
| 3.1 As RMS e a Ebserh: apontamentos sobre a organização do trabalho no HUL . | 100 |
| 3.2 Os impactos da Residência Multiprofissional em Saúde na percepção dos residentes: achados da pesquisa | 111 |
| 3.2.1 O impacto da integralidade do cuidado sobre a organização do trabalho | 117 |
| 3.2.2 As ações idealizadas nos PPR: repercussões na formação em saúde e reestruturação dos serviços | 118 |
| 3.2.3 A RMS e a Ebserh: aproximações ou divergências nas propostas? | 122 |
| 3.2.4 O cotidiano profissional: a organização das rotinas e práticas dos residentes | 125 |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 129 |
| 5 REFERÊNCIAS | 134 |
| APÊNDICES | 147 |
| APÊNDICE A..... | 148 |
| APÊNDICE B..... | 149 |
| APÊNDICE C | 153 |
| APÊNDICE D | 156 |

INTRODUÇÃO

Este texto dissertativo apresenta uma discussão a respeito dos PPR's¹ da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (Rimush) e da Residência Multiprofissional em Saúde Mental (Resmen)², cujo Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) é cenário de prática³ obrigatória.

Desse modo, este estudo tem como objetivo maior analisar quais as inflexões produzidas na organização do trabalho em saúde pelas Residências Multiprofissionais, a partir da estruturação e implementação de seus PPR's, em um contexto de mudanças do modelo de gestão dos Hospitais Universitários (HU's).

Santos (2010, p. 07) compreende o Projeto Pedagógico da Residência (PPR), como uma construção contínua, marcada por princípios “teóricos, filosóficos e políticos, que se materializam na prática pedagógica”, instituindo um ato em movimento, em que a execução do que está preconizado no PPR ocorre diariamente. Sendo assim, parte-se do pressuposto de que a mudança na gestão dos Hospitais Universitários (HU's) afeta a implementação dos PPR's, visto que, desde sua gênese, eles sofrem a influência da organização institucional e conjuntural.

O PPR é um documento legal, que organiza as atividades realizadas pelos residentes durante os 24 (vinte e quatro) meses de especialização. Cada programa deve construir e implementar o seu projeto pedagógico. No caso dos PPR's em estudo, o processo de elaboração ocorreu coletivamente pela equipe de profissionais da instituição formadora, que se disponibilizou a fazer parte do processo de organização. Ainda na elaboração deste, devem-se levar em consideração as necessidades locais e regionais, cujas concepções do SUS e formação em Saúde devem estar inseridas nos preceitos desse documento pedagógico e político.

¹ O Projeto Pedagógico da Residência (PPR) da Rimush sinaliza que está em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Em defesa do modelo de saúde, proposto na reforma sanitária, o PPR da Resmen aponta que segue os princípios e diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a qual se encontra sinalizada na Lei 8.080 de formação de Recursos Humanos em Saúde. Nota-se que ambos se propõem a contribuir com a formação pedagógica e política dos profissionais, norteados em conformidade com o que está preconizado no SUS.

² Ambos os programas integram os cursos de pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

³ A nomenclatura “cenário de prática” é utilizada em ambos os PPR's. Para fins deste trabalho, manter-se-á tal nomenclatura. As duas Residências possuem outros cenários de prática, que mudam a partir das pactuações de campo de estágio estabelecidas.

Observa-se que o PPR não é apenas um arcabouço pedagógico ou um documento educacional, mas também é um projeto que integra valores educacionais, sociais e políticos que são postos em movimento no cotidiano dos serviços, a partir da atuação técnica e política dos profissionais de saúde.

A Residência, nesse panorama, depara-se com um contexto de saúde que vive em disputa entre o que foi preconizado pelo Movimento de Reforma Sanitário Brasileiro (MRSB) – em prol da defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e de outro modelo de organização social – e a lógica privatista e toda sua estrutura mercadológica e individualista.

No que diz respeito à organização dos processos de trabalho, entende-se que a função social das Residências Multiprofissionais de Saúde (RMS) é a de provocar mudanças e/ou transformações nas rotinas profissionais e nos cenários de prática, que são espaços de saúde pactuados enquanto lócus sócio-ocupacionais para as equipes multiprofissionais intervirem nas realidades locais.

Contudo, percebe-se, com maior ênfase na área hospitalar, a presença do modelo médico-centrado, cujo profissional de medicina detém a centralidade na definição do cuidado em saúde. Além disso, o espaço hospitalar se mantém enquanto espaço de cuidado superestimado, descaracterizando os demais níveis de atenção em saúde. Esse desenho assistencial fragiliza o princípio da integralidade, preceito basilar na organização do SUS e das RMS.

Esse panorama se configura como um dos obstáculos enfrentados pelas RMS, que propõem outro modo de cuidar, que leve em consideração a potencialidade de ações coletivas e a inclusão da participação e do saber do usuário no processo de cuidado. Nesse sentido, compreende-se, também, que esses dois tipos de assistência em saúde repercutem de modos diferentes na organização do trabalho em saúde (MEDEIROS, 2010).

A partir desse panorama, esta pesquisa se propôs a analisar como os PPR's têm colaborado com a formação e a reestruturação do trabalho coletivo, de modo a identificar qual a função social das RMS para os participantes, bem como as conjunâncias e divergências entre as propostas das RMS e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) para os sujeitos da pesquisa; além disso, descrever como se organizam as rotinas e as práticas profissionais dos residentes dos programas em estudo.

Ademais, cabe esclarecer que o princípio norteador e disparador das ações dos programas de formação em serviço é o da integralidade, que está presente nos PPR's da Rimush e da Resmen, objeto desta pesquisa (BRASIL, 2015; BRASIL, 2012).

Ao analisar os PPR's, percebe-se a preocupação com os impactos que as Residências têm disparado nos serviços de saúde, se são desdobramentos que reforçam ou não a implementação dos princípios orientadores do SUS no sistema público de saúde.

De acordo com a pesquisa empírica, as inflexões provocadas pelas Residências em estudo revelam que têm ocorrido pontuais desdobramentos no tocante ao reforço dos princípios do SUS, sem consubstanciar mudanças estruturais na realidade dos serviços e rotinas de saúde. Nem todas as ações interdisciplinares, disparadas pelos residentes, são absorvidas pelos profissionais fixos dos serviços. Isso pode estar relacionado à incompreensão do efeito da intervenção interdisciplinar, pautando-se, ainda, na fragmentação do cuidado, sob a égide da assistência hospitalar.

Outro importante elemento, que repercute na formação em serviço, é a mudança de gestão dos HU's, que, por ser um fenômeno novo, ainda não foi devidamente analisado e contemplado pela literatura da área.

Para Soares (2010), o sistema público já sofria com a presença da lógica privada, minando o bem público. Esse acirramento se institucionalizou desde o período ditatorial, quando o governo federal financiou o sistema privado de saúde e abriu precedentes legais para a criação de outras modalidades de gestão dos serviços públicos.

Todavia, essas medidas de inovação gerencial na saúde, via Estado, adquiriram maior alcance no final do século XX. A contrarreforma na saúde se embasa em três eixos: “[...] 1) **Saúde e Desenvolvimento**; 2) **Redefinição do Público Estatal**; 3) **“Novos” Modelos de Gestão** (SOARES, 2010, p. 84, grifos da autora).

A implantação dos Novos Modelos de Gestão no Brasil desponta dos anos 1990, com as medidas de contrarreforma no país, em que a proposta era transferir, para o setor privado, as funções não-exclusivas do Estado. Nessa perspectiva, a política de saúde é situada como serviço que pode ser também prestado por outrem.

Para Júnior (2011, p. 71), a desconstrução observada no SUS é produto de manobras políticas e econômicas, resultando na prática de “[...] transferência dos

recursos financeiros e do patrimônio do SUS para grupos políticos e econômicos e corporações privadas, de acordo com a nossa cultura e a nossa história”.

Nota-se que a concepção na oferta dos serviços e das ações no campo da saúde está estritamente atrelada à função do Estado brasileiro, que sempre se apresentou a serviço do grande capital e da burguesia nacional.

Enquanto manobra da contrarreforma do Estado, ao se referir aos Novos Modelos de Gestão, a literatura trata das Organizações Sociais (OS's), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Esses formatos de gestão são a expressão do repasse do fundo público para o setor privado da saúde; ambos modelos são geridos pelo direito privado (CORREIA, 2011; BRASIL, 1995). Contudo, para delimitação da pesquisa, o tipo de nova gestão que se estuda é o da Ebserh, modalidade de administração, que tem assumido 31 dos 39 Hospitais Universitários até a presente data.

Para Silva (2015), os Novos Modelos de Gestão implicaram na entrega da administração pública ao setor privado, seguindo as regras de organização e gerência do mercado. Com essa parceria entre Estado e mercado, nota-se a transferência dos recursos públicos, bens, patrimônio, recursos humanos a serviço do setor privado.

Nos HU's, a mudança gerencial adquiriu maior intervenção estatal nos anos 2000, ainda na gestão de Luiz Inácio Lula da Silva, porém, teve normatização e consolidação legal na administração presidencial de Dilma Rousseff, com a criação da Ebserh.

Diante disso, existe, no mesmo espaço, a organização dos serviços em saúde, segundo o projeto de Reforma sanitária, cujos princípios estão intrínsecos na missão dos HU's. Antagonicamente, percebe-se o emprego dos preceitos mercadológicos na saúde, atualmente materializados por meio da Ebserh. Isso reverbera numa complexa dicotomia de propostas de modelo de saúde ofertados à população, bem como nos vínculos de trabalho e nos modelos de processos educativos ofertados nesses espaços de saúde supracitados.

Em termos temporais, considera-se que os anos 2000 demarcaram a grande ofensiva do capital na Alta Complexidade (AC) e, por conseguinte, os HU's também foram alvo das investidas neoliberais de diminuição das funções do Estado no atendimento às necessidades da população no âmbito do setor da saúde.

Como os residentes dos dois programas de RMS pesquisados têm como espaço de estágio o Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), considerou-se necessário analisar ambos os PPR's, partindo do pressuposto que os HU's estão submetidos ao processo de privatização. Desse modo, enfatiza-se a atualidade da temática e sua relação com as necessidades humanas, matéria-prima do trabalho em saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

Tomando como parâmetros a conjuntura da criação e a adoção dos novos modelos de gestão nos HU's e os PPR's das Residências Multiprofissionais, tem-se como questão norteadora investigar se as inflexões, oriundas da implantação das Residências Multiprofissionais em Saúde, a partir dos Projetos Pedagógicos das Residências, promovem reformas ou mudanças na organização do trabalho em um contexto de privatização dos HU's.

Essa questão parte da compreensão de que os programas de formação em serviço aludem à proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a qual une princípios do SUS e estratégias educativas de teorias de análise micro. A PNEPS recorre à aprendizagem significativa e a problematização (ação-reflexão-ação) do processo de trabalho, cujas propostas pedagógicas se caracterizam pela busca de sentidos e impactos para o trabalho e ações em saúde (HAUBRICH *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2014; LIMA, 2017; SANTOS, 2010).

A hipótese desta pesquisa é a de que as ações idealizadas nos Projetos Pedagógicos das Residências em Saúde e a implantação de um novo modelo de gerência dos Hospitais Universitários produzam tão somente reformas pontuais na organização do trabalho, ainda que, em termos ideais, tentem produzir transformações alusivas à sua missão.

Quanto à justificativa da pesquisa, considera-se que sua relevância acadêmica reside no fato de que esta poderá contribuir para a análise crítica do processo de ensino-aprendizagem adotado nos programas de formação em serviço. Do mesmo modo, este estudo possui relevância científica, tendo em vista que busca esclarecer um problema observado na prática, cuja pesquisa buscará trazer elementos para sua reflexão, que podem viabilizar sugestões de propostas a serem adotadas pelas Coordenações das Residências Multiprofissionais em Saúde.

O interesse em estudar as Residências Multiprofissionais em Saúde, ligadas ao HULW, está atrelado à especialização realizada pela pesquisadora enquanto residente no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar

(Rimush), com ingresso na turma 2014/2016, cujo principal cenário de prática foi o referido hospital, localizado em João Pessoa, na Paraíba. A Residência é uma modalidade de especialização, com duração de 24 meses, tendo carga horária semanal de 60 (sessenta) horas, distribuídas em atividades práticas, teórico-práticas nos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

Outro elemento que motivou a pesquisa foi a transferência da gestão pública do HULW para a Ebserh, Empresa Pública de direito privado, criada em 2011 pela Lei nº 12. 550, que aconteceu concomitantemente ao processo de especialização da pesquisadora, sendo essa turma de residentes a primeira a apreender as mudanças institucionais e pedagógicas nesse hospital. O contrato entre a Universidade Federal da Paraíba e a Ebserh foi assinado no ano de 2013, com durabilidade de 20 anos, pela Reitora Margareth Diniz. Vale dizer que a implantação ocorreu em 2014.

Ao final da especialização, a pesquisadora, em seu Trabalho de Conclusão de Residência (TCR⁴), analisou a disputa política entre os Novos Modelos de Gestão, tratando, especificamente, da Ebserh e das Residências Multiprofissionais em Saúde, reconhecendo que são dois projetos de saúde antagônicos.

Tratar das RMS é reconhecer seu amplo espectro de possibilidades e desafios frente ao contexto de sucateamento da política de saúde no Brasil. Desse modo, busca-se problematizar o tipo de formação e especialização dos trabalhadores de saúde, a partir da organização das práticas e rotinas dos serviços (RODRIGUES, 2016). Outrossim, a necessidade de discutir e socializar o tema se torna indispensável, visto que são cada vez mais camufladas e abrangentes as estratégias de privatização da saúde, especialmente, da AC.

Nesse momento, é oportuno dizer que esta dissertação está organizada em três capítulos. No primeiro capítulo, há uma discussão sobre o Movimento de Reforma Sanitário Brasileiro, que deu origem ao SUS, reportando-se ao atual contexto do sistema público de saúde. Destaca-se, também, a implantação do projeto neoliberal no Brasil, que ganhou força na década de 1990, a partir da adoção da agenda de contrarreforma do Estado. Este capítulo contempla ainda as problematizações a respeito dos efeitos deletérios da privatização nos HU's, que despontam a partir dos

⁴ O Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) apresentado, para obtenção do título de especialista, teve como título "Movimentos do Xadrez da Privatização: Residências Multiprofissionais – formação em serviços para o SUS versus Ebserh - cuidado em saúde para quem?".

anos 2000, sendo o principal campo de prática das RMS, articulando esse desdobramento nos PPR's dos programas analisados.

No segundo capítulo, apresenta-se a formação de Recursos Humanos para o trabalho em saúde, valendo-se das categorias analíticas, como a interdisciplinaridade, a mercantilização da formação em saúde e a categoria trabalho central, para discutir a duplicidade que as RMS assumem na sociedade capitalista, bem como apreender o alcance dos objetivos dos PPR's nos serviços que servem de campo de estágio.

Outrossim, retoma-se o processo de construção dos Projetos Pedagógicos das Residências, ressaltando os preceitos e valores, presentes nos PPR's, de modo a interpor o registro de sujeitos que estiveram imbuídos na elaboração inicial desse documento e os sujeitos incorporados no decurso da implantação das Residências, atrelando construção e realidade local das Residências ao debate político dos PPR's.

No terceiro capítulo, busca-se apreender, a partir da percepção dos residentes da Rimush e Remen, tomando como pano de fundo os PPR's, quais os impactos que as Residências têm disparado no processo de formação em saúde, como também na organização do trabalho.

Além disso, destacam-se as correntes teóricas, presentes na construção dos projetos das Residências, que têm desvirtuado a concepção de Reforma Sanitária dos anos 1970, que, além de pleitear outro modelo de saúde, vislumbra outro tipo de organização social, visto que as RMS são absorvidas como mecanismos pedagógicos. Nesse sentido, os rebatimentos dessas interferências são identificados nas ações pontuais desses programas.

Após esse panorama, este trabalho apresenta as considerações finais, que recuperam o processo de construção desse material, tendo em vista que o objeto de estudo é recente e carece de maior aprofundamento teórico, bem como há uma reflexão acerca da conjuntura de regressão dos direitos sociais, a qual afeta diretamente o acesso à saúde universal, pública e gratuita.

CAPÍTULO 1 – DA REFORMA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) À CONTRARREFORMA DO ESTADO: CAMINHOS E DESCAMINHOS DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

*Não há estrada real para a ciência, e só têm
probabilidade de chegar a seus cismos luminosos
aqueles que enfrentam a canseira para galgá-los por
veredas abruptas
(MARX, 2008)*

O Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (MRS), sendo a principal referência de luta pela saúde pública, tencionou a reforma do sistema político e de saúde brasileiros, em prol do fim da ditadura militar e da instalação de um sistema de saúde de caráter universal e público. Nessa perspectiva, torna-se coerente concordar com Paim (2011), por correlacionar a luta pela saúde pública ao movimento de democratização do país.

Nessas articulações, ocorreu a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que conseguiu garantir o acesso à saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, sendo instituído por meio da Constituição Federal (C.F.) de 1988 (MENEUCCI, 2014). Na área da saúde, tal conquista expressou o caráter progressista da constituição cidadã ao utilizar o conceito ampliado de saúde e ao exigir do Estado o papel de guardião desse direito social.

No entanto, a elaboração da supracitada constituição aconteceu na contramão do contexto internacional, que impunha a diminuição do papel do Estado e de todo aparato jurídico de proteção social nessas questões, bem como a conformação de um arcabouço estatal subserviente às demandas dos países de capital central.

A repercussão desse movimento internacional chegou ao Brasil com maior intensidade nos anos 1990, período que demarcou o início da contrarreforma do Estado brasileiro. Essa medida expressou a estratégia do bloco histórico neoliberal para a saída da crise do capital.

Para fins deste capítulo, propõe-se discutir os efeitos deletérios dessa imposição internacional para a política de saúde, com destaque para os Hospitais Universitários (HU's), cujos respectivos serviços são campo de estágio obrigatório das Residências Multiprofissionais, tema de estudo deste trabalho.

1.1 O Movimento de Reforma Sanitária (MRS) e o SUS: desafios e retrocessos na implementação do sistema de saúde

Para compreender o Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (MRS), torna-se fundamental, a partir de suas particularidades, entender a função do Estado no sistema capitalista, assim como o modelo de sistema de saúde por ele idealizado e instituído.

Como define Marx (1974), o Estado burguês foi uma instituição criada pela sociedade burguesa, no encadeamento do modo de produção capitalista, destinado a cooperar essencialmente no circuito de produção e reprodução do capital, isto é, tudo o que é necessário para a produção, torna-se atribuição do Estado.

Entende-se que para manutenção do sistema capitalista se fazia necessário criar aparelhos/instituições que atendessem as necessidades desse modo de produção; vale dizer que a formação do Estado burguês, nesse processo, é inquestionável (MASCARO, 2015).

Nesse contexto, o Estado, nos marcos do sistema capitalista, é determinante para inferir as especificidades do exemplo brasileiro no trato das demandas do mercado e da classe social que vive do trabalho (ANTUNES, 2000). Para Mascaro (2015, p. 21), o Estado “é uma forma necessária do capitalismo”, sendo aparelho imprescindível para a continuidade da obtenção de lucros para o grande capital. Nessa medida, Fleury (2009, p. 746) diz que

O Estado, sua política, suas formas, suas estruturas, traduzem, portanto, os interesses da classe dominante não de modo mecânico, mas através de uma relação de forças que faz dele uma expressão condensada da luta de classes em desenvolvimento.

O Estado é uma complexa e emaranhada instituição, permeada por uma correlação de forças e, desse modo, vale-se de outros mecanismos para garantir adesão às suas determinações e ao equilíbrio entre as classes sociais. Babilônia (2013, p. 3), ao recorrer aos estudos de Gramsci, argumenta que o Estado, para validar sua existência, “[...] não atua exclusivamente na ordem econômica, mas também produz ideias e visões de mundo que legitimam sua manutenção”, a exemplo do mercado, mutável em função das necessidades do sistema capitalista.

Nos países periféricos, os Estados nacionais foram ferramentas cruciais no processo de industrialização e modernização da estrutura produtiva em prol do capital central. Contudo, o Estado não promoveu mudanças na situação de pobreza, mas, ao contrário, permitiu o aguçamento dos níveis de desigualdade, pois “o objetivo central da política econômica foi criar condições de reprodução do capital” (COSTA, 2006, p. 70), resultando em uma sociedade ainda mais desigual.

Behring (2008), para tratar do Brasil, valeu-se do conceito de “modernização conservadora”⁵, que implica na modernização do Brasil pelo alto. Esse processo foi predominantemente marcado por pactos conservadores liberais, ou seja, as mudanças que ocorreram foram em benefício da burguesia nacional e internacional. De acordo com Silva (2016), a modernização conservadora se efetivou com o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE).

No Brasil, a sociedade burguesa foi “construída” a partir da estrutura produtiva colonial, não alterando, substancialmente, as relações de produção e classe. Não ocorreu revolução, mas, no máximo, uma emancipação política tendenciosa. Foi nesses moldes e sob essas condições ideológicas que o aparelho do Estado brasileiro foi criado, engendrando a sociedade brasileira, mediante uma formação social capitalista de extração colonial (MAZZEO, 1997).

Ressalta-se ainda que o Estado nacional brasileiro possui elementos ideológicos, típicos de países periféricos, que não escapa da particularidade escravista e latifundiária. Tem-se um Estado nacional a serviço do grande capital, que guarda, em sua composição estrutural, expressões do processo de colonização. Essas características são imprescindíveis para entender a complexa relação entre Estado, sistema econômico dominante e sistema de proteção social nacional. Nesse sentido, Costa (2006, p. 109) argumenta que

O quadro social do Brasil não pode ser compreendido sem considerar o papel que o Estado desempenhou na construção das condições necessárias à acumulação capitalista e a repressão às demandas das camadas populares.

Ademais, um importante marco histórico, que expressou essa relação de subserviência do Estado brasileiro, para manutenção do sistema capitalista, foi o golpe militar de 1964, que contou com o apoio dos Estados Unidos. Este país, por sua

⁵ Conceito estudado por Oliveira (1998).

vez, através das instituições financeiras internacionais, reguladoras da organização econômica em escala global, termina por ditar as regras de organização dos países subdesenvolvidos.

Nesse episódio, foram firmados acordos prejudiciais com o Fundo Monetário Internacional (FMI) em detrimento de um projeto de desenvolvimento nacional (CORREIA, 2005). Dessa maneira, o “apoio” concedido ao Brasil nessa época não teve a menor intenção de desenvolver nacionalmente o país, nem de buscar minimizar as iniquidades sociais, mas foi no sentido de garantir a expansão do capital. Assim, em 1964, houve a instauração da ditadura do grande capital. Nas palavras de Nogueira (2011, p. 23),

[...] o regime conseguiu obter consensos entre o empresariado e as camadas médias, posto que atendia a algumas de suas reivindicações e expectativas [...] e atuou para desmobilizar a sociedade em vez de tentar mobilizá-la a seu favor [...].

A preocupação não estava em atender às demandas da sociedade, mas as da classe social, detentora dos meios de produção no Brasil, com exceção das categorias profissionais, importantes para o desenvolvimento econômico. Houve, de um lado, o desenvolvimento em alguns setores do país e, de outro, o aumento da miséria, que pôde ser identificada no aumento do número de pessoas passando fome e de desempregados, ou no mercado informal de trabalho, dentre outras manifestações.

Ao tratar das estratégias do capital, especialmente em países periféricos, Costa (2006, p. 129) sinaliza que “o imperativo da acumulação exige a canalização de recursos públicos para áreas de interesse do capital, feita às custas do investimento social”. É importante destacar que, no período ditatorial, houve alguns ganhos, principalmente, do ponto de vista do trabalho formal; contudo, para a sociedade em geral, não houve significativas mudanças.

No que diz respeito à saúde, o incentivo do Estado era para o setor privado, com assistência, especialmente voltada ao trabalhador regular (com carteira assinada). Ao restante da sociedade, couberam as campanhas coletivas, realizadas pelo governo, a recorrência às instituições filantrópicas ou a compra direta de serviços (BRAVO, 2014).

No cenário internacional, a partir dos anos 1970, o sistema capitalista passou por uma crise estrutural (MÉSZÁROS, 2011) decorrente do esgotamento do Estado

de Bem-Estar Social e da falência das políticas keynesianas – evidenciadas, sobretudo, a partir da crise do petróleo, da crise de hegemonia e da queda da taxa de lucro. Essa atmosfera criou as bases para propaganda e para a adesão ao projeto neoliberal como resposta à crise que se espraiava.

É oportuno frisar que no Brasil não se vivenciou o que se convencionou chamar de Estado de Bem-Estar Social (EBES), caracterizado pelo pleno emprego⁶, consumo amplo, acesso às políticas sociais e aos direitos sociais, tal como o cenário que priorizou o bem-estar e o pleno emprego, notadamente, nos países centrais.

Em termos gerais, a década de 1970 demarcou o período de transição histórica entre o modelo fordista-keynesiano para o neoliberal. Castelo (2013) conceitua essa época como o auge da crise do sistema capitalista. O autor define essa crise no campo político e não no econômico, pois, para ele, expressou o embate entre os burgueses e os trabalhadores, e não centralmente um limite econômico.

No que diz respeito à crise do Estado de Bem-Estar Social, Pereira (2016, p. 119) afirma que

[...] à suposta crise [...] forneceu os subsídios necessários para a construção de uma variedade de ideologias contrárias à equidade e à universalidade na proteção social que, a despeito de suas oposições e variações teóricas, se uniram em torno de um ideal comum: a crítica ao modelo intervencionista posto em práticas nas democracias capitalistas a partir do segundo pós-guerra.

Nesse contexto de crítica ao modelo universal e equânime de proteção social, vivenciado principalmente nos países da Europa, surgiram as ideologias que defenderam as conquistas através da meritocracia ao invés da defesa dos direitos sociais, visto que, de acordo com essas ideologias, o sujeito era o único responsável pelo sucesso individual. Destaca-se, entre essas, a ofensiva neoliberal, que traz em sua estrutura orientações da corrente liberal. Nota-se, nesse caso, a negação da luta coletiva e o apoio à busca da satisfação individual, dentro do preceito neoliberal.

Diferentemente do liberalismo clássico, cuja ideologia pregava a autonomia do indivíduo e também para o mercado – sobre quem o Estado intervinha apenas em momentos de crise – na contemporaneidade, o Estado é o agente mantenedor da harmonia entre as classes sociais antagônicas, protetor das ações econômicas

⁶ Chama-se atenção que esse pleno emprego foi destinado a uma camada específica dos que vivem do trabalho; além disso, não era qualquer trabalhador com acesso aos postos de trabalho (OLIVEIRA, 1988).

privadas e também elemento indispensável, para a manutenção do sistema capitalista tanto de âmbito econômico quanto social (OLIVEIRA, 1998).

O projeto neoliberal foi a mola propulsora do redimensionamento das funções do Estado, imposto pelo grande capital aos países periféricos. Para Costa (2006, p. 74), o neoliberalismo propunha a “[...] desregulamentação dos direitos trabalhistas, a redução dos direitos sociais e da regulação do Estado na economia nacional”. O objetivo central era favorecer o mercado livre em detrimento do Estado Social.

Verifica-se que as inflexões nas políticas sociais são imposições da ordem do capital. O projeto neoliberal é contrário aos princípios de igualdade, universalidade e gratuidade dos serviços públicos e, por isso, orienta a negação do Estado enquanto responsável pela garantia dos direitos amplos (FERNANDES, 2008).

Ao passo que nos países de capital central se iniciava a reestruturação das economias e mundialização do capital, no Brasil periférico havia uma conjuntura complexa, com fortes episódios de repressão às manifestações da sociedade civil, as quais foram se tornando cada vez mais amplas. Dentre as diversas mobilizações, destaca-se a da saúde:

A área da saúde foi pioneira neste processo devido à efervescência política que caracterizou desde o final da década de 70 e à organização do Movimento de Reforma Sanitária que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda contra a ditadura, com vistas à mudança [...] para um Sistema Nacional de Saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade (CORREIA, 2005, p. 25).

Os anos 1970 foram bem expressivos na formação do sistema de saúde, do ponto de vista da movimentação política. Entretanto, a concretização jurídica só aconteceria na década posterior, por meio da Constituição Federal.

De acordo com Silva (2013), a intervenção de sujeitos coletivos nesse processo foi essencial, a exemplo da criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1979. Ambos são referência nas políticas de resistência e de luta por um sistema de saúde público.

O Cebes e a Abrasco foram importantes na construção do Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (MRSB), que se constituiu como um produto da mobilização de setores organizados da sociedade civil, de professores universitários,

de movimentos sociais e profissionais da saúde, reivindicadores da instauração, por meio da democracia, de outro modelo de administração política.

A RSB, nas palavras de Paim *et al* (2011, p. 11), tem uma característica essencial que foi o “fato de ela ter sido conduzida pela sociedade civil, e não por governos, partidos políticos ou organizações internacionais”.

Ademais, o MRSB propunha a responsabilização do Estado frente à oferta de saúde pública de acesso universal na perspectiva do direito. Assim, proveniente dos setores mais progressistas, de resistência à privatização dos serviços da saúde, seus propositores vislumbravam a construção de um Estado democrático, cujos delegados apoiassem a sua reforma por meio de um denso processo de publicização⁷, no qual a prevalência do interesse público era indispensável (FLEURY, 2011).

Para Fleury, o MRSB pleiteava a promoção da mudança social e, nesse sentido, a reforma “é conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional” (FLEURY, 2009, p. 746).

O projeto da RSB não se limitava à transformação da prestação da assistência médica, mas se propunha à ampliação do conceito de cuidado em saúde, por meio do estímulo à inclusão dos determinantes e condicionantes de saúde e de formas inovadoras de trabalho nessa área, com vistas a outro tipo de prestação de serviços.

Por sua vez, o MRSB difundia a ideia de que era preciso mudar a relação entre Estado e sociedade, organizar a articulação entre os entes federados, implantar mecanismos efetivos de controle social, de modo que a população participasse ativamente das decisões.

Para Silva (2013), a RSB foi um projeto político-emancipatório de transformação da condição de vida da população, entendido também enquanto resistência em torno da defesa da saúde como direito social de aplicabilidade imediata por parte do Estado.

Assevera-se que a Reforma Sanitária foi uma resposta à crise da saúde no período da ditadura. Além disso, por intervir nas relações de poder e ser produto da

⁷ Correia (2005) faz uma pertinente explanação a respeito da diferenciação conceitual do uso da terminologia feita por Paim (2007) na era do governo de Fernando Henrique Cardoso. Paim entendeu como o respeito à soberania da sociedade civil, enquanto, antagonicamente, FHC instituiu o programa de Publicização, indicando a transferência de funções do Estado para a sociedade, com estímulo às Organizações Sociais (OS's).

sociedade civil, tal reforma foi resultado do movimento social, tornando-se movimento político (PAIM, 2008).

No que diz respeito ao contexto da crise, Paim (2008, p. 634) pontua que

Esta crise [da saúde] convivia com a falência do ‘milagre econômico’ da ditadura, com a crise do capitalismo mundial do início dos anos 70 e com o decréscimo de legitimidade do autoritarismo, evidenciado pelos resultados das eleições de 1974. Nesse sentido, surgia um espaço de luta para as forças progressistas.

Essa crise é a do Estado Desenvolvimentista que, no período ditatorial, engendrou o crescimento econômico, consolidou um importante parque industrial nacional sem, contudo, alterar a relação desigual de distribuição de renda. A base desse colapso econômico foi a crise fiscal, que se espalhou pelos países da Europa.

O marco legal, que decretou o fim da ditadura e legitimou legalmente a inserção da sociedade civil na arena das decisões políticas, foi a Constituição Federal, aprovada em 1988 (CF/1988). Pela movimentação política e alcance dos direitos sociais adquiridos, também ficou conhecida como Constituição Cidadã.

Apesar das manobras políticas em retardar a regulamentação do sistema de proteção social, a política de saúde foi a que mais avançou na aprovação das leis em comparação com as demais políticas sociais que compõem a Seguridade Social. É importante frisar que a demora na regulamentação, do que foi alcançado com a C.F./1988, facilitou a reforma gerencial.

Ainda se destaca o limitado respaldo político que a RSB possuiu pós-constituente, pois, se no país houve um período de extensão dos direitos sociais, no cenário internacional, engendrou-se uma profunda reestruturação da relação entre Estado, Mercado e Sociedade Civil (MENICUCCI, 2014).

Também, essa conjuntura demarcou um novo momento da “dupla trajetória: pública e privada” da saúde (MENICUCCI, 2014, p. 81). Essa concorrência – aguçada a partir dos anos 1990 e marcada no contexto da política de saúde pelo confronto entre o projeto que buscava resgatar os ideais contidos no projeto da RSB e o de caráter privatista, pautado pela pós-modernidade e pela ideologia social liberal – expressou a desleal briga pelo financiamento público.

O projeto privatista reivindicou assumir os serviços de saúde de maior rentabilidade e, para isso, obteve apoio legal e financeiro do Estado, reverberando, com isso, negativamente na implantação do sistema público de saúde.

Nesse contexto, não havendo a implantação das demais pautas defendidas pelo MRSB, os movimentos sociais começaram a se desmobilizar e a população, que, por toda década anterior tinha renovado as esperanças, finalizava a década descrente. “As decepções com a transição democrática ocorreram, principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população” (BRAVO, 2014, p. 95).

Igualmente, Fleury (2009, p. 744) compartilha a mesma ideia do MRSB:

Esta reforma democrática, que se consubstanciou na institucionalidade projetada na Constituição Federal de 1988, foi duramente confrontada pela hegemonia assumida pelo discurso liberal, o predomínio das decisões econômicas sobre a política e sobre a própria ordem constitucional e, por fim, a bem articulada propagação de uma reforma gerencial do Estado.

Apesar de a Constituição Cidadã trazer o arcabouço legal de efetividade da saúde pública e da concepção ideológica do MRSB conceber a saúde como um bem público, isso não foi suficiente para protegê-la contra o avanço dos preceitos mercadológicos, em razão do setor da saúde ser um espaço altamente lucrativo e, por isso, disputado pelos grandes empresários. Entende-se que com esse giro econômico, político e ideológico a saúde é transformada em mercadoria (FLEURY, 2009).

O processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu em uma conjuntura diferente do momento de sua idealização, quando a relação entre Estado e sociedade sofreu outra transformação imposta pelo ideário neoliberal de redimensionamento da atuação do Estado em benefício do mercado.

Embora as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) – 8.080 e 8.142, ambas de 1990 – tenham sido sancionadas na administração do presidente Fernando Collor de Mello (1990/1992), é preciso destacar que foram inúmeros os vetos presidenciais, principalmente no que concerne ao controle social e ao financiamento.

Ademais, além do descaso com o processo de implementação da política de saúde, principalmente na dimensão financeira, houve a adoção do projeto neoliberal, provocando reestruturação nas políticas econômicas e sociais nacionais. Por sua vez, as reformas no aparelho estatal foram instituídas de modo fragmentado e incremental, as quais se instauraram desde o governo de Itamar Franco (1992/1995), marco do projeto neoliberal no país (PIERANTONI, 2001).

Em um contexto socioeconômico adverso ao princípio da universalidade e da gratuidade, o MRSB reduziu sua pauta e “[...] passou a priorizar a institucionalização do SUS. A RSB, enquanto projeto que deveria ter sido dado continuidade nas suas estratégias políticas, passou-se a dar ênfase à implantação do SUS”. (SILVA, 2013, p. 30).

Diante disso, é fundamental assinalar que o processo de definição do Sistema Nacional de Saúde, a partir dos ideais do MRSB, depara-se com um contexto econômico e cultural marcado pelo neoliberalismo, cujo projeto se constituiu pelo trinômio privatização, focalização/seletividade e descentralização, já predominante na Europa (PAIM, 2011). Nota-se a centralidade do Estado na implantação do neoliberalismo, a fim de consubstanciar as condições necessárias para o movimento do grande capital. Assim, compreende-se que

O capital internacionalizado pressiona o Estado-nação, especialmente na periferia capitalista, exigindo isenções fiscais, abertura de mercados, privatização e desregulamentação do mercado de trabalho e do mercado financeiro. Na busca de novos espaços para acumulação, o capital se expande para o setor de serviços. Algumas áreas que eram ocupadas pelo setor público, como previdência social e saúde, passaram a interessar ao capital privado (COSTA, 2006, p. 75).

A regulação estatal, nos países ditos periféricos, é atacada por uma crise político-ideológica, de clara tendência privatizante. O Estado que, por meio dos fundos públicos, é imprescindível para a manutenção do sistema capitalista, lançou mão de outras estratégias em favor do mercado e do capital, ampliando os espaços para a iniciativa privada e em cujas ações incidiram a abertura da economia nacional e a redução do nível de proteção da seguridade social (COSTA, 2006).

Tal reestruturação e desregulamentação do Estado consubstanciaram a contrarreforma, a partir dos anos 1990, que, como asseveram Mendes *et al* (2011), trouxe para o campo prático a mudança do direito social em que tinha sido classificada a saúde, sendo compreendida como um serviço não-exclusivo do Estado, pois agora também se encontrava sob a responsabilidade do segundo setor, como caracterizou Bresser-Pereira (2008).

É oportuno destacar que as limitações do SUS são resultado “[...] de elementos ‘extra saúde’ atrelados ao tipo de política econômica de cariz neoliberal” (MENDES *et al*, 2011, p. 343). Essa condição obscurece os ganhos adquiridos pela implantação da

saúde enquanto política pública que compõe a Seguridade Social e, perversamente, enaltece as fragilidades, ao enfatizar que não haveria outra saída, se não a da implantação de gestão pautada nos resultados.

Assim é que o princípio de descentralização político-administrativa, que mais avançou no SUS, foi modificado pelo ideário neoliberal, não o concebendo como compartilhamento de responsabilidades entre os entes federados, mas, sim, como transferência de responsabilidades para o serviço público – com a municipalização, fomento a criação de instituições privadas e apoio jurídico de outros modelos de gestão (SILVA, 2013).

Afirma-se, desse modo, que o SUS, como previsto “na Constituição e na legislação vigente, é uma estratégia de reforma democrática de Estado que se encontra em permanente tensão com os ideários neoliberais” (MENDES *et al*, 2011, p. 335). Ratifica-se a compreensão de Rezende (2008), em que o SUS não necessita de um novo modelo de saúde, mas de um modelo de gestão de Estado, pautado na participação da sociedade.

Os intelectuais e demais sujeitos políticos organizados, que defendem a luta pela volta do projeto de RSB, argumentam que o projeto original foi abandonado e o que foi instituído na CF/1988 expressou a “reforma da reforma”, cujos princípios estruturais não puderam, por diversos fatores externos e internos, serem implementados, sendo possível apenas a garantia do SUS (MENUCCI, 2014).

Tal processo de limitação se iniciou com a contrarreforma do Estado, cujos rebatimentos sobre a saúde pública serão abordados no item a seguir.

1.2 A contrarreforma do Estado e suas implicações para a política de saúde

Como tratado no item anterior, o Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (MRSB) pleiteou um denso e amplo processo de organização da sociedade e da política de saúde brasileira, cuja efervescência política teve como ápice a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), que instituiu um sistema de saúde pautado em princípios que pleiteavam alterações na condição de vida e de saúde da população.

Em escala oposta, nos anos 1990, houve o fomento da privatização ou desestatização das empresas estatais, a partir das orientações dos organismos

internacionais expressos na assinatura da Carta de Intenções⁸. Erigiu-se uma profunda discrepância entre a Constituição Cidadã e a mencionada Carta, o que configurou “um retrocesso ao padrão de proteção social conquistado nas letras da Constituição Cidadã de 1988” (CORREIA, 2005, p. 101).

Para isso, foi implantada, por meio de medidas de normatizações⁹, a privatização de empresas estatais. Esse arcabouço legal serviu de caminho “político-institucional” ao processo de reestruturação do Estado brasileiro, em via de atendimento ao capital central (SILVA, 2016, p. 73).

A fim de validar as manobras empregadas para recuperar o setor econômico do Brasil – todas em desvantagem para com o setor social – e lograr apoio da população, foi disseminado, pelos idealizadores da reforma gerencial, o termo “Reforma Administrativa”, com o propósito de alcançar a máxima aceitação social e camuflar o verdadeiro sentido prático e político desse processo.

Para fins de análise deste trabalho, compreende-se que esse episódio marcou expressivos retrocessos no campo dos direitos sociais, cujo adequado emprego conceitual é contrarreforma¹⁰.

Por essa incoerência conceitual, presente nos documentos de orientação neoliberal, Coutinho (2000, p. 123) assegura que

Não aponta para transformação do Estado num espaço público [...] na instância decisiva da universalização dos direitos de cidadania, mas visa submetê-lo ainda mais profundamente à lógica do mercado. Trata-se [...] de uma ‘contra-reforma’[...].

Ainda de acordo com esse autor, em nome da modernização do aparelho estatal, invalidaram-se os ganhos conquistados no campo dos direitos sociais e, por meio da privatização, o país foi submetido à lógica da nova fase do capital, cujos países periféricos são usados como mercado para escoamento da produção em larga escala (COUTINHO, 2000).

⁸ A Carta de Intenções é o receituário das imposições internacionais sobre os países periféricos, na implantação do projeto de contrarreforma nessas regiões.

⁹ Os Decretos nº 91.991/1985; nº 95.886/1988 e a Lei 8.031/1990, em suma, instituíam o processo de privatização das empresas estatais (SILVA, 2016).

¹⁰ Valendo-se dos estudos de Behring (2008), concordamos quando a autora conceitua o termo “reforma” como um processo de ganhos para a classe que vive do trabalho e “contrarreforma” como sendo um movimento organizado a partir dos anos 1990, que representa um retrocesso a tudo que foi legalmente instituído na Constituição Federal de 1988.

No Brasil, com a adoção do ideário neoliberal, evidenciou-se o embate entre os dois projetos societários: projeto do capital – orientado especialmente pelo Banco Mundial (BM) – e projeto dos setores progressistas, em que o da RSB é referência.

Ao se reportar ao movimento desigual entre conjuntura internacional e nacional, afirma-se que a “aprovação da nova Constituição Brasileira coincidiu com o início da implementação das políticas neoliberais, na qual a expansão da terceirização tem um marco importante [...]” (DRUCK, 2017, p. 63). Principalmente, os trabalhadores foram os que mais sofreram com os impactos do projeto neoliberal.

Para uma melhor compreensão deste processo de mudanças, considera-se importante entender o contexto do Brasil à época e apreender a movimentação política do capital sobre o país.

De acordo com as imposições internacionais, era necessário desburocratizar o aparelho estatal, pois só assim seria possível retomar o desenvolvimento econômico, vivenciado outrora. Na década de 1990, ocorreu uma significativa transformação no setor industrial brasileiro, redesenhando a articulação entre capital estrangeiro e nacional, o que foi divulgado na sociedade como um benefício.

As propostas de recuperação do setor econômico no Brasil não visavam à melhoria local, mas, sim, ao grande capital. Como efeito da entrega do parque industrial, tem-se um Estado sem força política para realizar manobras em benefício da sociedade; elemento que também contribuiu com a contrarreforma do Estado brasileiro (DRUCK, 2017).

A crise fiscal foi a principal tese de reforma do aparelho estatal nos países da América Latina. Os neoliberais afirmavam que o “Estado estava em crise, e a reforma era a solução a ser implementada, um remédio amargo ministrado a um paciente terminal” (COSTA, 2006, p. 164).

Entretanto, assevera-se que se tratou de uma crise de superprodução, na qual a função do Estado deveria ser modificada em prol do grande capital e a reordenação das formas ser forçada a responder às refrações da “questão social”, dado que o Estado foi, praticamente, isento em atendê-las a priori. Como forma de camuflar seu distanciamento de suas originais atribuições, estimularam-se as parcerias público-privadas, bem como a solidariedade e a responsabilização da sociedade civil, por meio da transferência estatal.

A culpa pela crise econômica resultava, de acordo com os intelectuais neoliberais, da forte atuação do Estado na área social e das “desmedidas” exigências

sindicais dos trabalhadores, o que teria concorrido para uma crise da própria instituição, exigindo uma ampla reforma (BABILONIA, 2013).

Todavia, cabe destacar que as crises são intensificadas pela própria dinâmica do sistema capitalista, pois as chamadas crises episódicas (ANTUNES *et al* 2017) são uma necessidade de reprodução do próprio sistema e os meios usados para superá-las potencializam outras crises ainda mais severas.

A respeito da crise, Mézáros (2011) a classifica como de contínua depressão, configurando-se enquanto uma crise estrutural do sistema capitalista que afeta as três dimensões internas: produção, consumo e circulação de produtos, ao passo que põe em visibilidade seus limites estruturais.

Para o referido autor, como saída da crise, busca-se a exploração de novos mercados, aguçamento da exploração dos antigos mercados, o aumento da exploração da força de trabalho e o incentivo à guerra. Nota-se o empenho dos capitalistas, via governantes, em flexibilizar os campos de exploração e ampliar as possibilidades de lucro.

Ao analisar a crise, observam-se algumas características gerais. Porém, para discussão deste capítulo, evidenciam-se as que são vivenciadas com maior ênfase na realidade brasileira, quais sejam:

[...] 5) crise do Estado de bem-estar, crise fiscal e necessidade de abrir novos nichos para o capital, para o que o Estado possui função de destaca importância [...] 7) incremento das privatizações, desregulamentação das leis trabalhistas, individualização das relações de negociação entre empregador e empregado, ataque e desmonte das entidades trabalhistas e movimentos sociais (ANTUNES *et al* 2017, p. 432).

Essa tese da crise serviu para ratificar o enfraquecimento do pacto keynesiano-fordista, de pleno emprego, proteção social e consumo massivo, que não conseguiu impedir a queda da taxa de lucros. Percebe-se que, além de expor os limites desse pacto, a crise concomitantemente ordenou as indispensáveis transformações nos mercados e na forma de como lidar com as demandas sociais. Nesse sentido, Paim (2007, p. 187) argumenta que

A ênfase no plano da estabilização econômica sugeria certa incompatibilidade com o financiamento de políticas sociais baseadas no princípio da solidariedade, com tendência de importar a lógica do

mercado para as instituições estatais, podendo aumentar a iniquidade e seletividade.

Tanto as políticas sociais quanto as econômicas foram alvo desses ajustes impostos, principalmente, pelo BM, contando com o apoio do Fundo Monetário Internacional (FMI).

As estratégias e imposições do capital, para saída da crise, foram as mais diversas. Os detentores de capital se valeram da revolução tecnológica, subcontratação, privatização e terceirização, para dar cabo dos seus objetivos. A implementação desses mecanismos só foi possível devido à desregulamentação dos Estados nacionais, que resultou em cortes nas políticas sociais e redução de direitos sociais e trabalhistas, com objetivo de minimizar quaisquer obstáculos à retomada de lucro.

Laurell (1997) considera o neoliberalismo um projeto de organização global da sociedade e não meramente um processo de implementação de ações técnicas e transitórias. Nesse sentido, julga-se imprescindível tratar do conceito de neoliberalismo para entender a base ideológica de sustentação dessa inflexão imposta.

Concorda-se com a definição de Castelo (2013, p. 177-178), ao afirmar que o bloco histórico do neoliberalismo implica:

[...] uma brutal regressão nas configurações no mundo do trabalho como ressurgimento de processos de trabalho artesanais, familiares, informais autônomos, do 'mercado negro' [...] Nas cadeias produtivas – diretas e indiretas – das transnacionais se constata a presença de processos de trabalhos pré-capitalistas, com níveis absurdos de exploração da força de trabalho, combinando-se mais-valia absoluta com mais-valia relativa.

No tocante ao conceito do neoliberalismo, Toledo (1997, p. 81) reflete que

[...] o neoliberalismo tem procurado converter-se em senso comum: o antiestatismo espontâneo do povo é reforçado pela ideia de um Estado causador da crise; Estado que, para proporcionar previdência social cobra altos impostos; Estado que alimenta uma grande burocracia ineficiente e Estado que tem protegido exageradamente os trabalhadores sindicalizados.

Nota-se, também, que o projeto neoliberal buscou enfraquecer a dimensão política da classe que vive do trabalho, despolitizando as organizações coletivas, seja

por meio das novas relações trabalhistas, seja através da privatização do serviço público, mercantilizando os espaços rentáveis. Entende-se que “O neoliberalismo surge como uma ideologia concebida por intelectuais tradicionais ligados às classes dominantes” (CASTELO, 2013, p. 217).

O objetivo dessa estratégia neoliberal é restringir as atribuições do Estado no plano social e assim implantar os preceitos neoliberais nos países da América Latina e redimensionar o mercado em escala global.

Nessa pretensão, as normas econômicas dos países desenvolvidos foram impostas aos países periféricos por meio do Consenso de Washington, cujo pacote de acordos determinava, entre outras medidas, a desestatização e redução do aparelho do Estado e o “[...] controle dos gastos públicos, arrocho salarial, abertura comercial e financeira [...] amplo processo de privatização[...]” (CASTELO, 2013, p. 243). Sobre o Consenso em questão, Silva (2015, p. 28) afirma que:

[...] foi uma espécie de determinação dos países desenvolvidos de medidas que deveriam ser adotadas pelos países subdesenvolvidos [...] em prol dos ‘seus próprios interesses’ como interesses dos países desenvolvidos [...].

As normatizações impostas aos países periféricos são apresentadas de forma tal que esses países devem assumir como suas as necessidades econômicas, porém, essas são produto das intervenções internacionais. Aumentou-se, exponencialmente, a subserviência dos países periféricos aos países de capital central.

Como desdobramento dessas medidas, teve-se a reestruturação produtiva, fenômeno que provocou o aumento da informalidade e causou reverberações na diminuição do poder de execução dos Estados nacionais, na quebra da estabilidade do servidor, na flexibilização dos vínculos de contrato e a instalação de outras formas de contrato de gestão (BEHRING, 2008).

É importante sinalizar que o neoliberalismo, quando chegou ao Brasil, já apresentava sinais de exaurimento no contexto internacional. Do ponto de vista econômico, o neoliberalismo não atingiu o objetivo central, qual seja: retomar as taxas de crescimento do período pós-guerra (ANTUNES *et al*, 2017).

O neoliberalismo não consegue cumprir suas promessas, e a sociedade civil, submetida à ganância dos capitalistas, pressiona o Estado por mudanças. Como resposta à crise do projeto neoliberal, tem-se o advento do social-liberalismo,

configurando-se enquanto uma vertente “humanizada” do capitalismo selvagem sem, contudo, mexer na essência neoliberal (CASTELO, 2016).

O social-liberalismo, enquanto projeto pautado na nova hegemonia política e econômica, correspondeu a outro ajuste na economia política brasileira. Isso implicou no Estado propiciar melhor espaço/campo para investimentos privados e interferiu nos desdobramentos para o social, por meio do aumento das políticas focalizadas. Para Castelo (2013, p. 244),

[...] o Estado, agora, teria uma função reguladora das atividades econômicas e operacionalizaria, em parceria com o setor privado, políticas sociais emergenciais, focalizadas e assistencialistas, visando garantir as taxas de acumulação do capital e mitigar as expressões da ‘questão social’ através do controle da força de trabalho e do atendimento de necessidades mínimas dos ‘clientes’ dos serviços sociais.

É oportuno destacar que nesse contexto, da realidade brasileira, percebe-se o crescimento nos gastos sociais sobre o aumento da cobertura de serviços e do número de beneficiários diretos dos programas de transferência de renda, bem como da articulação Estado, Mercado e Sociedade Civil, para intervir no fenômeno da pobreza (MELO, 2016). Entretanto, priorizaram-se essas ações para atender as exigências do mercado, uma vez que não ocorreu um rompimento entre neoliberalismo e social-liberalismo, mantidos como um suspiro em resposta à crise do neoliberalismo e como um movimento cíclico estruturado de retroalimentação do capital.

Paralelamente a essa ideologia, ocorreu uma superficial redistribuição dos rendimentos do trabalho, que favoreceu a inflexão do índice de desigualdade. No entanto, a repartição funcional da renda permaneceu em favor do capital e não do trabalho, pois o social-liberalismo não toca na estrutura do capital, servindo-lhe apenas de aparente transformação.

Com o social-liberalismo, tem-se a retomada de lucros por meio dos monopólios via imperialismo, financeirização, reestruturação produtiva, precarização, mais exploração do trabalho e reconfiguração do modo de intervenção do Estado. Essa estratégia buscou unir desenvolvimento nacional com equidade social nos limites do capital, que operaram como meios para auxiliar o neoliberalismo (CASTELO, 2016).

Todas as manobras, no sentido de redimensionar a economia e as contas públicas, se deram com o objetivo de atender às imposições do capital; o que deveria ocorrer de mudança foi permitido sob os limites da ideologia neoliberal.

Quando se propõe discutir o contexto atual do SUS, percebem-se as consequências da implantação do projeto neoliberal e, por um tempo, do social-liberalismo na política de saúde. Com a redução do nível de responsabilidade do Estado frente às demandas sociais, teve-se o aguçamento do desmonte dos direitos sociais. Nessa medida, recorremos ao posicionamento de Correia (2005, p. 79), que afirma que

Nesse processo, ocorre uma diminuição da intervenção estatal na área social simultânea ao repasse da gestão de bens e serviços públicos para a rede privada, tais como saúde e previdência, mediante a transferência de recursos públicos.

A implementação do SUS ocorreu em um contexto diferente do momento de sua idealização, quando a relação entre Estado e sociedade sofreu mudanças. Esse redimensionamento entre as duas estruturas pode ser constatado no retrocesso do sistema público de saúde, de modo que a saúde se transfigurou de direito à vida à bem de consumo (MARPELLI JÚNIOR, 2015).

É oportuno frisar que os acontecimentos nesse período decorreram das orientações do projeto neoliberal em desregularizar as normatizações públicas, ao passo que, no campo econômico, os defensores do neoliberalismo solicitavam do Estado uma atuação mais incisiva e adequada ao livre exercício do mercado (LAURELL, 1997).

Foi na gestão presidencial de Fernando Henrique Cardoso (FHC) – governo caracterizado por operações em busca da “estabilização monetária” e sucessivas “reformas constitucionais” (SILVA, 2016, p. 82) – que houve o marco da contrarreforma no Brasil, com a criação do Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE); tendo como precursor desse processo Bresser-Pereira, que ficou à frente desse Ministério nos anos de 1995 a 1998.

Bresser-Pereira foi responsável pela elaboração do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), que aprofundou as orientações dos organismos internacionais, como a privatização, a disciplina fiscal e a liberdade comercial (SILVA, 2016). Percebem-se duas características do Plano: abrir o mercado nacional,

especialmente, o setor de serviços públicos – seguindo os preceitos gerais do neoliberalismo – e fragilizar as normatizações da Constituição Cidadã. Com o PDRAE, incutiram-se mudanças no complexo político-econômico-social do Estado e não em âmbitos específicos, como defendia Bresser-Pereira.

De acordo com Silva (2015), o Plano se voltou para um cidadão de tipo consumidor-cliente, em que “ele deixa de ser um cidadão investido de direitos”, para se encontrar na relação entre usuário e instituição, e a noção de serviço público fica esvaziada. (PEREIRA; LIMA, 2008, p. 21). Houve um fomento no controle baseado em resultados, cuja busca pela excelência da qualidade, de acordo com o plano, ocorreria pela gestão privada em detrimento da pública.

Em sequência das transformações disparadas com o Plano Diretor, foi criado, por meio da Lei nº 9. 637, de 15 de maio de 1998, o Programa Nacional de Publicização¹¹ (BRASIL, 1998), que transferiu para as Organizações Sociais (OS) a gestão de serviços e equipamentos públicos; antes sob a responsabilidade do Estado, mas agora tendo apenas a incumbência de fiscalizar essas ações e o financiamento.

Quanto ao Programa de Publicização, Correia (2005, p. 140) garante que “Nesse tipo de privatização são transferidas apenas funções de gerenciamento e/ou administração dos serviços, subsidiadas por recursos públicos”. No tocante ao controle de qualidade dos serviços ofertados por essas instituições, percebe-se o desserviço do Estado no acompanhamento destes.

No entanto, Bresser-Pereira fez a defesa da reforma gerencial, alegando que, para o desenvolvimento econômico, era urgente criar instituições que colaborassem com a acumulação capitalista e com o crescimento econômico. Nesse sentido, o programa de Publicização seguia esse direcionamento.

Para isso, devia-se priorizar um Estado descentralizado e estabelecer vários tipos de parcerias. Todavia, como trata a literatura, as privatizações levaram à desestabilização e não ao equilíbrio econômico, como foi proposto no PDRAE (BERHING, 2008).

As justificativas para adesão ao pacote de medidas de inovação gerencial se embasavam na “inserção global competitiva, na diminuição da dívida pública e na mobilização de recursos para intervenção na área social” (BERHING, 2008, p. 228).

¹¹ Regulamentado pelo Decreto nº 9.190, de 1º de novembro de 2017.

Esses argumentos se encontram descritos nos cadernos de Reforma Administrativa¹² e nos seminários organizados por Bresser-Pereira, usados como mecanismos para reafirmar a implantação do PDRAE e das necessárias articulações para execução das ações de reforma. Bresser-Pereira, a fim de angariar apoio da sociedade, investiu massivamente em atividades de discussão, tais como seminários, apresentando os benefícios da reforma gerencial.

Sobre a reforma do Estado, Bresser-Pereira (2008, p. 393) nomeia esse modelo de gestão pública de

[...] 'modelo estrutural de gerência pública' na medida em que, além de grandes mudanças no processo de gestão de pessoal e adoção de uma administração por objetivos, ele inclui a reforma estrutural da organização do Estado.

O Estado deveria somente coordenar e avaliar as políticas sociais. A execução dos serviços e ações deveriam ser direcionadas para o setor público não-estatal que é, sumariamente, orientado pelos paradigmas mercadológicos.

As reformas propostas por Bresser-Pereira eram bem mais amplas que redimensionar o Estado e torná-lo mínimo para o setor social. Elas buscaram implementar, nos serviços públicos, conceitos de mercado e ainda diminuir a máquina estatal. O intelectual propunha empregar novas noções de Gestão Pública, atualizar o Estado e reformá-lo politicamente. Por isso, afirmou-se que a reforma não se limitou a setores do Estado, mas ao complexo estatal.

Bresser-Pereira foi um forte inimigo dos avanços constitucionais. Para ele, o contexto exigia outro tipo de Estado que não o idealizado na CF/1988, pois aquele era notadamente burocrático e atrasado para as novas demandas do mercado.

De acordo com o entendimento do intelectual, o leque de funções sociais, outorgadas ao Estado, dificultaria a posição do Brasil no mercado internacional. Tal preocupação estava centrada, como se identifica, no âmbito econômico, na situação do Estado frente às demais potências econômicas, e não na situação de pobreza e de acentuada desigualdade social da população.

Em 1995, quando se organizava o processo de descentralização na saúde, Bresser-Pereira propôs a reorganização do sistema de saúde por habitantes, e não

¹² Houve várias edições; inclusive, foi lançado um caderno destinado à Reforma Administrativa do Sistema da Saúde, de número 13, no ano de 1998.

por leitos, no que concerne ao financiamento. A proposta não era potencializar o princípio da integralidade, mas criar “dois subsistemas de saúde. Um básico e outro ambulatorial e hospitalar” (BRASIL, 1998, p. 07); o primeiro, de incumbência do Estado, e o segundo, de responsabilidade do setor privado.

Para financiamento dessas reformas na política de saúde, recorreu-se a empréstimos via BM, que ocorreram segundo as mesmas regras dos bancos privados, com a imposição de várias condicionalidades a serem seguidas, tornando-os bem mais onerosos (CORREIA, 2005).

De acordo com as orientações no PDRAE, com a reforma da saúde, buscou-se intervir diretamente na saúde hospitalar e ambulatorial, por meio da entrega desses serviços às entidades regionais estatais ou não-estatais. Tais determinações foram oriundas dos organismos internacionais e resgatadas no Caderno de Reforma da Saúde de nº 13, concorrendo para

descentralização da gestão da esfera federal para estados e municípios sem a contrapartida de recursos necessários a esse processo, e com a participação na esfera local de organizações não governamentais (CORREIA, 2005, p. 89).

Na falta de apoio federal, coube aos demais entes pactuarem convênios e parcerias com o setor privado. No que diz respeito aos hospitais e aos serviços ambulatoriais no Brasil,

Estes não farão parte desse sistema (*do subsistema de Entrada e Controle*), visto que integrarão o Subsistema de Referência Hospitalar, competindo entre si para proporcionar os melhores serviços. Os hospitais estatais existentes em cada esfera também integrarão a oferta, competindo com hospitais privados e filantrópicos (BRASIL, 1998, p. 18, grifos nossos).

A preferência por essa pactuação culminou com a concorrência entre os serviços hospitalares (públicos, privados e filantrópicos) e a exacerbada responsabilização sobre os municípios, visto que deveriam firmar parcerias com hospitais estatais e não-estatais (CORREIA, 2005).

O plano de contrarreforma resgatou a proposta conservadora do modelo médico-assistencial privatista. As reformas em saúde no Brasil se pautaram na descentralização, provocaram uma cisão entre a atenção primária, média e de alta complexidade e focaram nas do subsistema de atenção básico, divergindo do princípio

da integralidade; o que ocasionou no fomento à competitividade entre os serviços de média e alta complexidade e ao financiamento dos planos privados de saúde (ANDREAZZI; BRAVO, 2014; SOUZA, 2009).

Nos documentos de orientação do BM, era claro o plano de reformar as políticas de saúde dos países periféricos, como no caso do Brasil. Com o esvaziamento e a perda de resistência da Organização Mundial da Saúde (OMS), o BM assumiu essa direção e passou a ditar as novas regras, provocando a “quebra da universalidade do atendimento à saúde, a priorização da atenção básica [...] a seletividade e focalização da atenção aos mais pobres” (CORREIA, 2005, p. 109).

É importante frisar que a Lei 8.080/1990, que dispõe sobre a organização do SUS, além de detalhar a sistemática da política, explicita a necessidade de ações que vão ao encontro de princípios como a universalidade, a integralidade, a hierarquização que, por sua vez, sinalizam o modelo de assistência pretendido. De modo que atenda, mediante a garantia pelo Estado, as demandas dos usuários, independente do nível de atenção em saúde.

Nessa arena de disputa política, claramente exposta com a presença de dois projetos em intenso embate, denota-se a intrínseca relação com as reformas e a implantação do ajuste estrutural aos países periféricos. No caso do Brasil, essa subordinação ao FMI e ao BM rebateu diretamente nos avanços políticos da saúde, instituídos na década anterior.

Concordamos com Costa (2006, p. 150) quando a autora sinaliza, a respeito da saúde no Brasil, que “Devemos considerar que o sucateamento do setor público foi decorrente da própria política de governo, que desmantelou a saúde pública, inviabilizando financeiramente as propostas de descentralização do SUS”. Assim é que o cariz empresarial, fortemente empregado no SUS, desde os anos 1990, ameaçou suas principais diretrizes organizativas.

Cabe esclarecer que a crise do Estado não ocorreu por consequência do gasto com o sistema de proteção social, mas pela crise oriunda da dívida externa e da profunda marca da colonização que submete os países à condição de submissão na arena econômica internacional (COSTA, 2006).

Segundo Behring (2008), o ajuste, orientado pelo BM, provocou, dentre outros efeitos, a desregulamentação dos mercados nacionais, garantias fiscais ao capital e a adoção da política de privatização, com intenso controle dos gastos sociais em favor do capital. Assim,

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação (BRAVO, 2014, p. 101).

Por meio da política de privatização, incentivou-se a adoção de outros modelos de gestão com foco nos resultados. Como meio de empregar em todos os níveis de saúde essa lógica, defendeu-se a “adoção de modernas práticas gerenciais” (SOUZA, 2009, p. 153). Contudo, não se pode perder de vista que a adoção dos Novos Modelos de Gestão é mecanismo de privatização do serviço público, em que a primazia do aumento da produtividade e do lucro não se dedica à diminuição das iniquidades sociais.

Quanto a isso, Correia (2011, p. 44) faz uma pertinente explanação:

Os ‘novos modelos de gestão’, apesar de suas diferenças internas integram a estratégia de contrarreforma do Estado, pois têm a mesma natureza repasse do fundo público para o setor privado, flexibilizando a gestão e os direitos sociais e trabalhistas, e privatizando o que é público.

Os Novos Modelos de Gestão implicam em “formas privadas de gestão, através da concessão de serviços públicos” (SILVA, 2015, p.73). Convencionalmente, passou-se a utilizar o adjetivo “novo”, já que, seguindo essa lógica, reformulou-se a gerência onerosa e burocrática do Estado, valendo-se do modelo privado de administração, deixando-a mais eficaz, como apregoa Bresser-Pereira (2008). Na verdade, procura-se obter mais lucros e não eficácia no atendimento às necessidades dos usuários do SUS.

A busca pelo controle do setor público de saúde se dá pelo volume de recursos que circulam nele e por estarem atreladas estratégias de busca pela transferência do fundo público à manutenção e ao financiamento da reprodução do capital. Nas palavras de Andreazzi e Bravo (2014, p. 509), “O fundo público, na conjuntura de crise crônica do capitalismo, é chave para a manutenção da taxa de acumulação de todo setor, de várias formas”.

Esse tipo de privatização ocorre por dentro do Estado, minando os serviços públicos a tal ponto de desmornar o que não se tem pela via estatal: o atendimento

das demandas sociais básicas. A esse fenômeno Correia (2011, p. 45) dá o nome de “privatização do público”.

Andreazzi e Bravo (2014) igualmente argumentam que, em contextos de crise do capital, os serviços que antes não eram utilizados enquanto fonte de lucro, pós-reestruturação, são exigidos e ocupados, a fim de serem comercializados. É esse o papel que a contrarreforma do Estado passa a desenvolver; o de ofertar serviços/setores que antes não estavam a serviço do capital.

Nesse contexto, foi em torno do fomento de mudanças na administração pública (em requisição do capital), que se criaram as Organizações Sociais (OSs); Lei 9.637/1998; as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs); Lei Federal 9.790; a Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP) – aprovada pelo Projeto de Lei Complementar nº 92/2007 –; a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) – autorizada pelo Projeto de Lei 1749/2011, transformada na Lei Ordinária de 12.550/2011 – e as Parcerias Público-Privadas (PPP).

O século XX se encerra em uma conjuntura de expressivos retrocessos, marcada por uma geral descrença econômica, social e política. No entanto, a eleição presidencial de 2002 expressou à procura por mudanças. Luiz Inácio Lula da Silva, ex-metalúrgico, sindicalista, chega ao ápice de um cargo político, consagrando-se em uma figura política, que outrora atingiu altos índices de aceitação e de esperança, na concretização de ações que melhorariam as condições de vida da população.

No primeiro mandato do governo petista, havia a esperança do povo, especialmente dos defensores do projeto da RSB, na implementação do SUS, tal como projetado em 1988. Isso parecia ser possível, visto que houve a inclusão de representantes do MRSB no Ministério da Saúde nos primeiros meses de vigência do referido governo. Entretanto, esse projeto foi abandonado formalmente quando o comando do Ministério da Saúde foi entregue, em 2005, aos integrantes do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB).

Apesar dos perversos acordos políticos, em que se uniram partidos políticos com histórico de atuação totalmente divergentes, consagraram-se importantes conquistas no tocante à normatização do SUS. Em 2004, teve-se o lançamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que visava transformar e qualificar o cuidado em saúde. No ano seguinte, em 2005, regularizaram-se as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS). E, em 2006, foi instituído o “Pacto pela Saúde”, que comportava três dimensões, a saber: pela Vida,

pela Defesa do SUS e pela Gestão, projetos que, em sua gênese, resgatavam a ideologia do projeto de RSB, mas que, posteriormente, obtiveram avanços apenas na primeira dimensão.

Em 2008, foi lançado o Plano Mais Saúde – Direito de Todos (2008-2011), integrante do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Esse programa se caracterizou por um conjunto de medidas em prol do desenvolvimento do país, mas, por trás dessas propostas, observou-se a focalização das ações em saúde, em consonância com as normatizações do relatório do BM (SILVA, 2013).

No relatório do BM, destaca-se quanto à gestão nos serviços públicos:

A legislação que governa os recursos humanos no setor público e privado está desatualizada e precisa ser reformada. A legislação que governa o setor público é especialmente rígida, permitindo pouca flexibilidade na contratação, demissão ou no oferecimento de incentivos para o desempenho. (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 60, grifos nossos).

O foco do problema foi direcionado à gestão do serviço público que, segundo o relatório, era demasiadamente burocrática, impedindo o gestor de administrar e buscar a excelência nos serviços. Segundo essa lógica, a mudança só seria possível se a estrutura sistêmica do serviço estivesse pautada nos resultados e na focalização das ações, princípios presentes na reforma gerencial. Só ao empregar esses preceitos é que seria possível ter maior governabilidade nos serviços, de modo a torná-los mais eficientes.

Cabe destacar que, notadamente, as FEDP e a Ebserh, implantadas no governo de Lula e Dilma Rousseff, configuraram-se enquanto estratégias de aprofundamento e complementariedade da privatização do serviço público, iniciadas no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), o qual foi responsável por acelerar o movimento de reforma do Estado, que levou a cabo a agenda de privatização de Collor (CORREIA, 2011; SILVA, 2013; BEHRING, 2008).

A contrarreforma da saúde ganha corpo no governo de FHC, porém, é na gestão presidencial de Lula que se tem um salto de “qualidade” nesse processo, especialmente no ataque privatizante imposto aos HU's.

Nas palavras de Silva (2013), A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) compreende que os problemas de gestão do SUS podem ser resolvidos com reais condições materiais de âmbito público. Os novos modelos de

gerência não devem ser tomados como via última para resolução desse frágil eixo do SUS, que, estrategicamente, foi negligenciado durante a implementação do sistema público de saúde.

Com o emprego da Nova Gestão Pública, pretendeu-se substituir a “gestão pública burocrática pela chamada ‘administração pública gerencial’” (LEITE, 2014, p. 12). Esse conceito partiu do movimento gerencialista, com enfoque para os princípios da efetividade, eficiência e eficácia, aplicados nas empresas privadas.

Como discorre Silva (2015), o conceito de Administração Pública está intimamente articulado ao de Estado e, ao se referir à Administração Pública Gerencial, está, de fato, se referindo ao Estado Liberal.

Preza-se, com o emprego dos Novos Modelos de Gestão, flexibilizar a administração pública, permitindo ao gestor maior governança em consonância com as diretrizes mercadológicas e, especialmente, com as do empreendedorismo.

Nesse sentido, percebe-se a íntima relação entre a contrarreforma do Estado e a ênfase no emprego dos Novos Modelos de Gestão¹³, ambos a serviço do grande capital.

Com maior ênfase, a partir dos anos 2010, os Hospitais Universitários (HU's) são alvo dos desdobramentos dessa conjuntura de refuncionalização do Estado, pela qual o processo de privatização dos HU's adquire apoio do poder Executivo.

O próximo ponto aborda as inflexões da contrarreforma do Estado nos HU's, principal cenário de práticas dos programas de Residências Multiprofissionais em Saúde, tema de estudo desta pesquisa.

1.2.1 A contrarreforma no ambiente dos Hospitais Universitários: reflexos para além da oferta dos serviços

Partindo das considerações feitas no item anterior sobre a contrarreforma do Estado e seus rebatimentos nos serviços públicos, com destaque para a saúde, este tópico busca analisar os rebatimentos da contrarreforma nos Hospitais Universitários (HU's) enquanto espaços de relevância em termos de pesquisa, inovação tecnológica e assistência.

¹³ Ao se utilizar o termo Novos Modelos de Gestão, está se referindo às OS, OSCIPS, FEDP, PPP e Ebserh.

Considera-se importante tratar, brevemente, da formação dos HU's antes da Constituição Federal de 1988, quando estes se consolidaram como espaços de ensino, pesquisa e assistência em saúde, e eram atrelados à rede pública de saúde. Esse processo subsidiará a apreensão da organização hierárquica no cuidado em saúde e dos entraves com os quais as RMS se deparam.

Os hospitais surgem por volta do século V, como “casas de cuidado do espírito”. As intervenções nos corpos dos doentes eram superficiais; as enfermidades eram vistas como punição, cujo corpo deveria sofrer, para o espírito se elevar e alcançar a vida eterna. Por vários séculos, a igreja esteve à frente dos cuidados dos doentes, voltando-se para a salvação da alma. Essa forma de cuidar perdurou até meados do século XIII, quando se expressou o fim da interposição eclesiástica e se legitimou a intervenção política do Estado absolutista no cuidado dos doentes¹⁴ (MIRANDA, 2011).

A aproximação do Estado absolutista objetivou “higienizar”, também de natureza social, os centros urbanos, ao retirar das ruas mendigos, prostitutas e ao encaminhá-los aos hospitais, que permaneciam “subutilizados”, com poucas modificações no tocante à assistência em saúde.

Essa mudança entre os perfis de assistência, cujo formato reverberou em pontuais alterações nas instituições hospitalares, não ocorreu, de modo pacífico:

[...] a conversão das entidades cristãs de atenção às doenças não passou diretamente para forma das instituições hospitalares contemporâneas; antes existiu uma etapa intermediária na Idade Moderna, a do denominado Hospital Geral, que reunia loucos, devassos [...] (MIRANDA, 2011, p. 128).

Essa concepção perdurou até o século XVIII, quando o hospital foi instituído como serviço de saúde destinado a intervir “de forma curativa, atendendo aos doentes, e não mais segregando-os para impedir a disseminação de suas enfermidades” (MIRANDA, 2011, p. 129). Os hospitais ganham um salto de qualidade, cuja proposta se volta ao cuidado em saúde e não mais ao depósito das iniquidades sociais explícitas.

Logo, deu-se a instalação do hospital curativo/terapêutico, que provocou, com maior ênfase, o desenvolvimento da medicina profissional e do processo de cuidado, aproximando-se do modelo contemporâneo de cuidado e de hospital.

¹⁴ Os marginalizados socialmente (idosos, desempregados, viúvas), eram vistos também como doentes (MIRANDA, 2011).

Nota-se que os serviços hospitalares passaram a se estruturar enquanto centros de cuidado, estudo e pesquisa. Nos dizeres de Miranda (2011, p. 132):

[...] o hospital foi se tornando uma instituição progressivamente mais complexa, equipada para lidar com a doença por meio da concentração de recursos – materiais e humanos – e equipamentos diversos que possibilitam a definição do diagnóstico e as condições para que o tratamento seja empreendido.

A organização hospitalar no Brasil só começa a ocorrer, com maior ênfase, na primeira metade do século XX. Inicialmente, as intervenções médicas aconteciam na casa dos doentes que podiam pagar pelo serviço. Apesar dessa condição, foi possível o desenvolvimento do esboço do que seriam os hospitais como os conhecemos hoje, levando em consideração as particularidades brasileiras.

Igualmente, o século XX foi o marco para a implantação dos Hospitais Universitários (HU's) no Brasil, com o objetivo de qualificar o ensino superior em medicina e cuja proposta era treinar os estudantes na prática médica. Para isso, articulou-se à formação por disciplinas ao estágio prático nos hospitais (ARAÚJO; LETA, 2014).

Segundo Miranda (2011), os HU's, que – historicamente no Brasil estiveram ligados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) – começaram a se espalhar desde a década 1940, com a proposta de contribuir com a formação de profissionais e com o desenvolvimento de pesquisas em saúde. Na busca em organizar as ações em saúde no país.

A criação do que se conhece por HU's ocorreu com a orientação do relatório Flexner¹⁵, que ressignificou o conceito de hospital atrelado à formação de profissionais médicos, bem como demarcou a restrição do cuidado à parte doente do corpo. Os hospitais, desde então, são concebidos como “laboratórios práticos onde se poderia aprender pela experiência, servindo como centros de estudo” (ANTUNES, 1991, apud MIRANDA, 2011, p. 129).

Apreende-se que a inflexão do relatório flexneriano fortaleceu a hierarquia da figura médica na assistência hospitalar, estabelecendo esse serviço de saúde como a máxima do cuidado e como centro de aprendizagem na prática, “no aprender fazendo”.

¹⁵ Lançado na década de 1910, segundo Araújo; Leta (2014).

Nos anos 1950, quando se instituiu a saúde enquanto política pública, houve uma explosão de serviços hospitalares de saúde no Brasil; conjuntura que demarca o início da organização do sistema de saúde. Todavia, o tipo de assistência em saúde esteve pautado nas intervenções fragmentadas, desconexas e na cura da patologia, restringindo o usuário à doença em si.

Nesse processo, para Bodstein e Souza (2003, p. 20),

[...] não se pode deixar de considerar a intensa e tradicional relação da categoria médica com a esfera privada de prestação de serviços de saúde, seja na condição de empregado ou proprietário de clínicas ou hospitais.

Com o golpe militar de 1964, estabeleceu-se, formalmente, o incentivo ao setor privado. Nesse período, foram construídos vários hospitais e clínicas particulares. Não eram rentáveis, do ponto de vista financeiro, as ações públicas de saúde da época.

O arcabouço jurídico, para outras modalidades de gestão, despontou, na realidade brasileira, no ano de 1967, com o Decreto-Lei de nº 200, em uma conjuntura política de dominação do capital internacional, via intervenção militar, e de manutenção dos privilégios da classe burguesa. Os desdobramentos dessa autorização legal são percebidos, com maior envergadura, na última década do século XX; nos HU's, ocorre com maior ênfase no XXI.

Compreende-se que os modelos de saúde, até então instaurados, não se pautaram na ampliação do acesso aos usuários, reverberando no aumento da desigualdade social. Contexto este que se perpetuou até os anos 1970, quando se estruturou o Movimento de Reforma Sanitário Brasileiro, questionando as bases de organização da saúde no país e se instituindo como resistência ao padrão de saúde estabelecido.

A década em questão demarcou um cenário de efervescência política e social, notadamente sobre a organização dos serviços de saúde vigentes. Embora tenha sido uma década importante, foi nos anos 1980 que se alcançou a máxima da busca pelo acesso à saúde, por meio de um sistema de saúde gratuito e universal, garantido constitucionalmente (MIRANDA, 2011). Firmou-se como projeto de saúde pública, divergindo das propostas do projeto privado.

O processo de implementação do direito à saúde ocorre na década seguinte, momento de organização basilar do sistema público de saúde. No que diz respeito à

incorporação dos HU's à rede de saúde, a Lei 8.080 de 1990, em seu artigo 45, expressa a integração dos HU's ao SUS (BRASIL, 1990), enquanto serviços de formação e cuidado em saúde.

Por sua vez, os HU's se voltam para casos mais graves de saúde, bem como ao

[...] desenvolvimento da educação permanente, a formação de profissionais especializados, treinamento em gestão em saúde e ainda servir como espaço para desenvolvimento de pesquisa e avaliação de novas tecnologias em saúde (ARAÚJO; LETA, 2014 p. 1265).

Para Gomes (2014 p. 05), há de se considerar a importância dos HU's para a rede de saúde do SUS, de modo que a missão dessas instituições se pautem na “formação de profissionais” e no “desenvolvimento de tecnologias”, fomentando o desenvolvimento de pesquisas e projetos de extensão em consonância com as diretrizes do SUS e com o atendimento às demandas da população.

Sancionou-se, com significativos avanços, um novo sistema de saúde, a partir do conceito ampliado de saúde. No entanto, importantes questões não foram discutidas a fundo para atender, eficientemente, aquilo preconizado pelo SUS, tais como: outras bases de financiamento¹⁶, formação de recursos humanos e estruturação de um modelo de gestão pública capaz de contemplar a nova realidade da saúde.

Esse panorama repercute diretamente na qualidade da assistência prestada, especialmente nos HU's. Centraliza-se o debate nesses serviços, por serem os espaços de formação de recursos humanos para a saúde e campos de prática obrigatórios dos programas de formação em serviço.

Do mesmo modo, apesar dos avanços na definição da saúde, as alterações no cuidado em saúde nos HU's, partindo do atendimento integral, da ação interdisciplinar e da atribuição desse serviço à rede, ainda encontram resistência, especialmente pela formação histórica dos HU's, bem como devido à introdução do projeto neoliberal, em defesa da privatização dos setores rentáveis da saúde.

¹⁶ A Lei 8.142, de 1990, indica como ocorrerá o financiamento do SUS, entretanto, não consegue ser capaz de regulamentar outros meios. As iniciativas, em prol da defesa de outras formas de financiamento do tamanho do SUS, são pauta constante dos movimentos sociais em defesa do SUS. Serve de exemplo a Emenda Constitucional 29, só regulamentada em 2011, com significativos vetos.

Como expressão dessa conjuntura para os sistemas de saúde, com ideais universalizantes e de transformação das condições sociais, destacam-se os Novos Modelos de Gestão e as contratualizações de serviços privados e/filantrópicos de saúde, que convencionalmente chama-se de “público não estatal” (SILVA, 2017, p. 05).

Notadamente, a “saúde vem se destacando como ‘carro-chefe’ dessas implementações”, a fim de validar a transferência da gestão pública para a administração privada dos HU’s. Para ter o apoio da sociedade, recorreu-se à mídia para disseminar a ideia da eficiência da gerência privada e da precariedade dos HU’s¹⁷, restringindo o déficit hospitalar à má administração pública, como se trocando a administração desses serviços, o problema dos HU’s e, conseqüentemente, da saúde fossem resolvidos (SANTOS, 2014, p. 77).

Para Pierantoni (2001, p. 342), essas novas modalidades de gestão na administração pública “introduzem como referencial a flexibilidade associada a conceitos que envolvem a capacidade de adaptação do Estado a diversificados tipos de mercado”.

Segundo a análise de Santos (2014, p. 87), essa lógica ainda expõe que “a privatização exige menores gastos públicos”. Entretanto, a autora afirma que, contrariando esse argumento do Estado, são identificados volumosos recursos financeiros destinados à administração privada dos serviços públicos de saúde. Nesse momento, faz-se necessário lembrar o capital social da Ebserh, Art. 2º do Estatuto Social da Ebserh, em que “A constituição inicial do capital social da EBSEH será de R\$ 5.000.000,00 (cinco milhões de reais), a ser integralizado pela União” (BRASIL, 2011).

Para Miranda (2011, p. 135), a adoção do ideário neoliberal repercute nos HU’s, “reduzindo sua resolutividade, a qualidade dos serviços oferecidos, e aumentando a precarização das condições e contratos de trabalho”.

O processo de desestruturação dos HU’s notado no subfinanciamento, na insuficiência de profissionais, na depredação dos prédios e na cisão com as Instituições de Ensino Superior, é reflexo do perfil do Estado brasileiro, marcado pelo

¹⁷ Serve de exemplo a reportagem do Fantástico que foi ao ar no dia 01 de Julho de 2012, com o tema “Hospitais Universitários públicos funcionam em condições precárias”. Disponível em: <<https://globoplay.globo.com/v/2020577/>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

autoritarismo, burocratização, privatização das políticas sociais e subserviência ao grande capital.

Como desdobramento dessa particularidade social, depara-se com a “existência de um padrão híbrido e competitivo de financiamento e regulação na assistência à saúde” (SESTELO; SOUZA; BAHIA 2013, p. 858). Constatase, para tanto, a concorrência de três projetos de saúde: o projeto de cunho democrático, produto do MRSB; o projeto do SUS possível, pautado nas flexibilizações – o que pode ser implementado –, e o projeto privatista (SILVA, 2017).

No que diz respeito aos HU's, o fenômeno da privatização tem acontecido por dentro, isso implica afirmar que ainda não houve a venda direta desses serviços, mas a entrega da gerência pública ao setor privado. Isso tem solapado continuamente a estrutura material e de recursos humanos desses serviços.

Toma-se essa conjuntura para analisar os impactos que os programas das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) – ferramentas pedagógicas de formação de recursos humanos em saúde, as quais possuem os HU's como principal campo de estágio – têm causado na organização do processo de trabalho, confrontando as conjunções e divergências entre as propostas das RMS e da Ebserh – já um mecanismo de privatização desses serviços.

Antes do SUS, havia experiências locais de RMS, porém, em termos legais, só passam a existir formalmente em 2005, com a Lei 11. 129. As RMS são programas de formação em serviço que, organizados segundo a PNEPS, servem como mecanismos pedagógicos e políticos de formação de trabalhadores em saúde, ao passo que contribuem para a implementação dos princípios do SUS.

O plano de reforma de Estado apresenta a substituição da administração pública por entidades de direito privado como a melhor gestão para os recursos financeiros e humanos da saúde pública, a exemplo da Ebserh nos HU's.

Essa nova direção da função estatal, materializada nesses mecanismos de gestão, tem provocado transformações profundas na organização do processo de trabalho nos HU's.

Segundo os preceitos do Plano de Reforma do Estado, as políticas sociais não deveriam ser executadas unicamente via Estado, instituição que se apresentou ineficiente para tal incumbência. A formalização de parcerias era crucial, pois além de transferir do Estado essa responsabilidade, “implantava” na prática pública os ideais presentes na legislação do mercado.

Notadamente, o aumento do financiamento e a capacitação na gestão pública não foram explicitamente alvo das seguidas administrações presidenciais, pós-Constituição de 1988. Observa-se a submissão dos governos, notadamente dos países periféricos, em atender aos preceitos neoliberais e, no caso brasileiro, concomitantemente, em fortalecer a classe conservadora burguesa.

No âmbito da Alta Complexidade (AC), apenas em 2006 foram anunciadas algumas medidas do governo federal no tocante à realidade dos HU's. No ano supracitado foi criado, no Ministério da Educação, um grupo de trabalho interministerial, a fim de avaliar a situação dos HU's ligados às IFES.

Infelizmente, como trata Bravo e Menezes (2011), o relatório, produto dessa avaliação, contribuiu para a criação jurídica das Fundações Estatais e da Ebserh. Além disso, passou-se a questionar a função social dos HU's, trazendo à tona como problema principal a gestão destes, classificando-a como ineficiente e onerosa. De fato, a gerência desses serviços é bastante complicada, porém não se pode esquecer que essa desqualificação foi produto das omissões do Estado e do despreparo na gestão pública.

Na avaliação dos HU's, ressaltou-se apenas a fragilidade na administração como indicador da situação dos hospitais, pauta que serviu para fortalecer a necessidade na mudança do modelo de gestão que se iniciou pela reestruturação, a partir do projeto liberal, e da qual certa discussão teria sido suscitada e mesmo financiada pelo Banco Mundial (BM), conforme sinalizou Cislighi (2011).

Para tanto, como desdobramentos desse processo de reestruturação, equiparou-se os HU's¹⁸ às demais instituições de ensino, classificando-os como hospitais-escola. Enquadram-se como espaço de formação todos os hospitais ligados às escolas médicas ou os hospitais auxiliares que desenvolvem alguma atividade de ensino.

É reconhecida a qualidade do ensino, da pesquisa e extensão desenvolvidas pelos HU's em articulação com as Universidades Federais (UF's) e busca-se o atendimento das demandas da sociedade e não do mercado; lógica a que os hospitais-escola e auxiliares estão subordinados.

Essa manobra de equiparar todos os hospitais com atividades de ensino está em consonância com o posicionamento da Organização Mundial da Saúde (OMS)

¹⁸ Portaria Interministerial nº 1000, de 15 de abril de 2004.

quanto à dispensabilidade dos HU's no processo de ensino (CISLAGHI, 2011). Põe-se no mesmo nível esses serviços de saúde e esvazia-se a importância política e social dos HU's que estão em conjunção com as pautas do MRSB. Para Cislighi (2011, p. 57),

Trata-se sim de uma extinção dos hospitais universitários, que passam a ser igualados a qualquer hospital que exerça atividades de ensino, favorecendo o ensino privado e abrindo portas para a privatização da gestão por meio dos chamados 'novos modelos'.

Em 2010, foi lançado o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários (Rehuf), por meio do Decreto 7.082, todavia, apesar de ter sido propalado como um projeto para recuperação dos HU's, não houve interesse político na espera pelos efeitos do programa em menção para reconstituição destes. O Rehuf existiu por pouco mais de um ano e, logo em seguida, ocorreu a criação da Ebserh.

Constava como objetivo do Rehuf buscar subsidiar condições plenas para o desenvolvimento das atividades das IFES, tais como: ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde. O documento oficial trouxe o percurso para a reestruturação dos HU's, que delineava desde condições materiais até institucionais e de financiamento – problema que se manteve nos dias atuais.

Considera-se que, em termos temporais, 2011 foi o marco para a desconstrução da administração pública dos HU's, quando ocorreu legalmente a criação da Ebserh, por meio da Lei 12.550/2011, constituída como uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado, dotada de patrimônio próprio e ligada ao Ministério da Educação. Nessa conjuntura, a administração do Rehuf passou a ser via Empresa Brasileira (DRUCK, 2017). Com relação à Ebserh, Druck (2017, p. 74) esclarece que

Trata-se de um claro processo de precarização do serviço público, de uma transferência de patrimônio público para o uso da iniciativa privada, como é o caso dos hospitais, de um alto custo financeiro para o Estado, com desvio de recursos num ambiente promíscuo onde se confundem privado e o público.

A Empresa Brasileira é uma das ferramentas da Administração Pública Indireta (BRASIL, 2017), entretanto, mesmo compondo o arsenal administrativo do Estado,

apresenta as marcas do mercado na sua gênese e a subsunção dos recursos públicos à manutenção dos ditames dos grandes capitalistas.

Nessa conjuntura, o próximo capítulo contemplará uma discussão sobre os HU's como locus de formação e trabalho em saúde, atrelando a especificidade do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) à formação dos trabalhadores, por meio dos programas de Residências Multiprofissionais.

Serão apresentadas as análises dos Projetos Pedagógicos das Residências Multiprofissionais em Saúde, documentos pedagógicos norteadores da formação em nível de pós-graduação, concatenando-os com as falas dos sujeitos partícipes da construção desses documentos incorporados no decurso do processo da Residência e tomando como parâmetro a coexistência da administração da Ebserh nos HU's.

CAPÍTULO 2 – A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O TRABALHO EM SAÚDE

*O trabalho em Saúde resgata seu sentido ontológico, pois a atenção integral em Saúde se volta para as necessidades do ser humano como sujeito da produção da existência e não como objeto da acumulação do capital.
(RAMOS, 2010)*

Apesar da relevância política, social e econômica que a política de saúde no Brasil assumiu na Constituição Federal de 1988 e da sua importância para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o eixo de formação de recursos humanos foi secundarizado, tornando-se alvo da ação governamental somente nos anos 2000, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) e com a organização de alguns seminários, priorizando a discussão dos recursos humanos.

Ademais, a política de saúde não esteve imune às transformações impostas pela nova organização produtiva do trabalho, as quais foram implementadas pela contrarreforma do Estado (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2006), fator que retardou e/ou fragilizou o desenvolvimento das propostas defendidas pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (MRSB) na constituinte.

Neste capítulo, optou-se, mesmo que de forma breve, por resgatar a centralidade da categoria trabalho e a sua particularidade no sistema capitalista, com base nos estudos de Marx e de autores marxistas, para se debruçar sobre a formação dos recursos humanos para o trabalho em saúde no Brasil.

Pretendeu-se com este capítulo, tomando como parâmetro a organização de dois Projetos Pedagógicos de Residências Multiprofissionais em Saúde ligados à Universidade Federal da Paraíba (UFPB), realizar ponderações no tocante a alguns conceitos, tais como: padrão taylorista-fordista e toyotista, e interdisciplinaridade e integralidade, a fim de apreender os desdobramentos desses processos “no” e “para” o trabalho em saúde.

Enquanto categorias centrais para a análise sobre as Residências Multiprofissionais em Saúde se apresenta a tríade formação, trabalho e saúde, desenvolvida neste capítulo.

2.1 Os hospitais universitários como um espaço de formação em saúde

Compreende-se, aqui, o trabalho a partir da abordagem teórico-crítica marxista e do seu caráter ontológico e educativo de constituição do ser social, cuja especificidade se objetiva na mediação entre a natureza e o homem.

Essa relação material, contudo, não acontece imediatamente, mas se vale de equipamentos/utensílios, além de requisitar, no decurso do processo, novos instrumentos e habilidades do trabalhador (NETTO, BRAZ, 2006 apud SILVA, 2016). Desse modo, entendeu-se que é por meio do trabalho que se alcançam as condições para a produção e reprodução do ser social em sociedade.

Nas palavras de Silva (2016, p. 194), o trabalho “[...] encerra em si uma dimensão reflexiva e criativa”; inicialmente, como trabalho concreto/simples, dotado de valor de uso para o produtor direto e, posteriormente, com o desenvolvimento do Modo de Produção Capitalista (MPC), assume outra conotação histórica e social por meio do trabalho abstrato/especializado, revelado enquanto valor de troca, condição que estabelece a relação desigual entre capitalista e operário (MARX, 2017; NETTO; BRAZ, 2012). Segundo Marx,

Enquanto o processo de trabalho permanece puramente individual, o mesmo trabalhador reúne em si todas as funções que mais tarde se apartam umas das outras. Em seu ato individual de apropriação de objetos da natureza por suas finalidades vitais, ele controla a si mesmo. Mais tarde, ele é que será controlado (MARX, 2017, p. 577).

O homem, na relação com a natureza, orientado por um fim, valia-se de meios (equipamentos), sendo possuidor desses e produtor direto. A responsabilidade do processo de trabalho era sua, mas, com o advento da sociedade capitalista, essa relação e esse controle mudam, uma vez que “[...] a força de trabalho, o objeto e os meios ou instrumentos bem como o produto de trabalho são de propriedade privada” (SILVA, 2016, p.195). Assim, o processo de trabalho passa a ser monitorado pelo capitalista, que busca incansavelmente a valorização do capital.

No século XIX, sobretudo, houve a expansão da venda da força de trabalho em atendimento às demandas do mercado. Essa nova conjuntura foi o alicerce da formação da sociedade pautada na propriedade privada dos meios de trabalho, do trabalhador assalariado e da consolidação da figura do capitalista (MIRANDA, 2011).

Pinto (2013) afirma que o trabalhador, na fundação da sociedade capitalista, detinha parcialmente o controle do ritmo e da intensidade de trabalho, pois era o único que sabia gerir e executar a atividade, enquanto o capitalista desconhecia esse processo, condição que mudou quase que completamente no século seguinte.

A intensidade do trabalho tem relação com o controle do ritmo da produção, quando o homem passou a ser controlado pelo capital constante e o labor assumiu a forma alienada (Marx, 2017).

Para Closs (2010, p. 24), as manifestações da alienação na saúde são percebidas nas “[...] relações desumanizadas, na banalização e indiferença frente ao sofrimento humano [...]”. Nesse sentido, o trabalho em saúde se deturpou quanto a sua finalidade, e as relações entre os sujeitos se objetivaram.

Dal Rosso (2008) alerta que o ato de trabalhar no MPC é realizado sob determinado grau de intensidade, exigindo do trabalhador mais esforço físico, intelectual e psíquico, acarretando em maior desgaste e envolvimento no decurso da produção e reprodução.

Segundo Antunes (2017), no século XX ocorreu o aprofundamento do trabalho alienado, o estranhamento entre o trabalhador e o produto final de seu trabalho, cujo distanciamento se amplia a cada manobra de acumulação do sistema, com subsequente subsunção real do trabalho.

Para Marx (2017, p. 690), “A acumulação do capital é, portanto, multiplicação do proletariado”. Assim, ao passo que se necessita de trabalhadores inseridos na produção, também se tornam igualmente funcionais os que estão “fora” desse circuito produtivo, pois seu número tende a crescer a cada crise do capital, se configurando como uma força de trabalho em potencial de consumo para o capitalista, que oferta esse trabalho na mesma medida em que pressiona os demais a “aceitarem” a flexibilização nas suas relações.

Dois episódios históricos, que despontaram no século XX, são oportunos para se entender as estratégias que os capitalistas lançaram mão para produção e reprodução do sistema: o padrão de acumulação taylorista-fordista e o padrão de acumulação flexível com o toyotismo.

A tese de Taylor se desenvolveu sobre o tempo desperdiçado no chão de fábrica e a solução proposta foi implantar a gerência no trabalho, cuja mudança estabeleceria, concomitantemente, mais produção em menos tempo, mais conhecimento do capitalista quanto ao processo produtivo e o equilíbrio entre as

classes sociais divergentes. Para o cientista Taylor, sem esse equilíbrio, o processo produtivo teria um considerável obstáculo (PINTO, 2013).

Ford utilizou os princípios da Administração Científica, desenvolvidos por Taylor, e os aplicou na Ford Motor Company, inovando em termos relativos ao perfil do trabalhador, que não necessitaria mais ser qualificado, nem ser detentor de conhecimento sobre todo o ofício, pois deveria se limitar à repetição de movimentos.

A gerência científica, como base do padrão taylorista-fordista, combinou divisão técnica dentro da produção intelectual com linha de montagem e consumo em massa. Esse modelo se pautou na tecnificação dos operários, instalando a parcialização e repetição dos processos de trabalho na procura pela racionalização do tempo de produção, com funções e cargos previamente determinados na estrutura da fábrica (KUENZER, 2016).

No período pós-Segunda Guerra Mundial, enquanto padrão de organização do trabalho, a gerência científica foi a área de conhecimento político e econômico em que os detentores do capital, no controle da força de trabalho e por meio de algumas concessões aos trabalhadores, conseguiram manter por três décadas altos índices de lucro, dando origem aos chamados anos gloriosos do capital (PINTO, 2013).

É oportuno lembrar a imprescindibilidade da presença do Estado como instituição que conseguiu manter, por um período, o “equilíbrio” entre as duas classes sociais antagonicas. Como asseveram Pinto (2013) e Alves (2007), conduzida pelo Estado de Bem-Estar Social, houve a pactuação entre proletariado e capital.

Na área da saúde, a lógica desse padrão no cuidado pode ser identificada na excessiva especialização, fragmentação do cuidado, divisão por departamento das profissões e padronização de procedimentos, o que resulta no controle da produtividade por metas (CLOSS, 2010).

Ademais, o trabalho em saúde deve ser concebido como uma prática social, que reverbera em si sua funcionalidade na manutenção e reprodução do sistema, como também na busca pelo atendimento das necessidades em saúde e como propulsor de mudanças societárias.

Nos anos 1970, houve grandes impactos de ordem política e econômica nos países centrais do capitalismo. No plano político, destacam-se o desmonte dos sindicatos que, em outros tempos, foram importantes organizações políticas de proteção aos trabalhadores e de reconfiguração do papel do Estado na ação subserviente ao capital (ANTUNES, 2012; ALVES, 1999; OLIVEIRA, 1998).

Segundo Pinto (2013, p. 44), no plano econômico ocorreu

[...] súbito aumento geral dos preços do petróleo [...] sucessivas valorizações e desvalorizações do dólar impostas pelos EUA [...] iniciaram-se as primeiras grandes variações nas taxas de câmbio das economias nacionais, acentuando a internacionalização [...].

A queda do padrão taylorista-fordista expressou nos anos 1970 uma crise estrutural de superprodução (ANTUNES; PINTO, 2017; ALVES, 1999), pois o consumo não mais acompanhava a produção. É importante destacar que não é uma relação exclusivamente entre oferta e demanda, mas uma condição que se encontra no circuito da circulação da mercadoria, que expõe a contradição entre produção e reprodução inerente ao capital.

Os limites do capital, cujo ápice se demonstrou na mencionada crise, deflagraram o processo de reestruturação produtiva pelo comando do capital financeiro. Os rebatimentos oriundos dessa crise, que despontou nesse século XX, culminaram com a passagem do padrão de acumulação taylorista-fordista para acumulação flexível do toyotismo, provocando, em escala global, alterações sociais, políticas e culturais (ANTUNES, 2017; ALVES, 1999).

Na lógica do capital financeiro, a exportação acontece por duas vias: produtiva e capital de empréstimo. A primeira na implantação internacional de indústrias e a segunda na forma de créditos, tornando os países periféricos mais dependentes e subordinados às instituições internacionais, propulsoras das regras do capital.

Nessa conjuntura, Silva (2016, p. 46) afirma que os Estados “[...] assumem o papel estratégico na mobilidade dos circuitos do capital. Este papel se desempenha nas esferas política, jurídica e ideológica”. O arcabouço do Estado foi readaptado em consonância com as necessidades do capital financeiro e, no tocante às demandas da sociedade, sabe-se que as respostas beneficiaram, direta ou indiretamente, as transformações basilares do sistema capitalista.

Esse novo contexto despertou o interesse por experiências alternativas no que diz respeito à organização do trabalho. A reestruturação produtiva, no contexto do capital transnacionalizado, cujo marco é o padrão toyotista, está assentada na acumulação flexível e na empresa enxuta, cujo rearranjo econômico exige, concomitantemente, outro perfil de trabalhador e de Estado. Com isso, para Closs (2010, p. 18): “a reestruturação produtiva acaba por reeditar a moralização e a

criminalização das expressões da questão social, reduzindo os investimentos para o atendimento as necessidades sociais”.

Com esse novo paradigma de acumulação, houve, nas palavras de Antunes e Pinto (2017), o “fenômeno da desespecialização”, que resultou na ampliação do ciclo de trabalho, no aguçamento da flexibilização das relações, como também em maior desconhecimento entre trabalhador e mercadoria.

Como principais características do toyotismo, tem-se: o redesenho da produção, tornada horizontal; a ampliação da terceirização das empresas; flexibilização jurídica e econômica; e a captura do “novo trabalhador” na dimensão técnica, atribuindo-lhe o cumprimento de diversas atividades e, na dimensão subjetiva, sendo tratado como “colaborador” dos objetivos da empresa.

No tocante à flexibilização jurídica das leis trabalhistas e do sistema de proteção social, a atuação política do Estado, orientada pela política e ideologia neoliberais, foi essencial para dar sustentabilidade ao novo momento do capital (PINTO, 2013).

Nas palavras de Alves (1999, p. 35), “[...] a ‘acumulação flexível’ revolucionaria não apenas os meios de produção, mas os meios de reprodução sociais”. E essa articulação entre o campo econômico e político, na fase global do capital, funcionou como alicerce para impetrar as mudanças que haviam sido bloqueadas pelas conquistas da classe trabalhadora nos “anos gloriosos do capital”. Alterou-se a forma de acumulação capitalista sem, entretanto, mudar a estrutura destrutiva do capital.

O conceito de flexibilidade é característico do sistema capitalista; inicialmente, com a separação do produtor direto dos equipamentos, obrigando-lhe a vender sua única mercadoria – a força de trabalho – e na alteração constante da composição orgânica do capital, diminuindo o percentual de capital variável, tornando progressivamente o homem adereço da máquina (MARX, 2017; ALVES, 1999).

Na conjuntura do capital financeiro, a flexibilidade se apresenta, também, em outros momentos e com outras características, porém, ainda é “[...] a flexibilidade da força de trabalho que continua sendo estratégica para acumulação do capital [...]” (ALVES, 1999, p. 88), e é através desta que a acumulação flexível atinge o seu clímax na reestruturação produtiva.

Com o padrão de acumulação flexível, a intensificação do trabalho tem se espreado a passos largos pelos diversos setores de produção e/ou de valorização do capital; a exemplo do setor da saúde, onde estão inseridos os Programas de

Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), que se relacionam a este estudo. Nesse sentido,

[...] o trabalho em saúde ao tempo que incorpora as novas determinações do setor serviços, integraliza preceitos que antes prevaleciam como orientadores da gestão da força de trabalho na produção industrial e isto se evidencia na incorporação dos processos de flexibilização e precarização do trabalho no setor saúde. (SOUZA, 2009, p. 55).

A acumulação flexível no Brasil, a partir do século XX, impôs consequências para a formação de recursos humanos em saúde, que, desde os 1960 até início de 1980, se voltou, com raras exceções, para o atendimento privatista na saúde.

Apreende-se o impacto do modelo flexível na organização do trabalho em saúde, especialmente nos hospitais, na supervalorização da figura do médico e desse serviço na atenção em saúde, no estímulo ao uso de tecnologias, de equipamentos médico-hospitalares e no crescimento da indústria farmacêutica, bem como na defesa pela entrada de capital em oposição ao acesso universal da saúde.

Todavia, com o Projeto de Reforma Sanitária, que desponta nos anos 1970 em diante, houve a proposta de redirecionar o processo de formação e de trabalho em consonância às necessidades do SUS. Igualmente, entendeu-se que os recursos humanos eram cruciais para a consolidação do sistema de saúde recém-instituído (MACHADO, 2008).

Ademais, nos anos 1980, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorreu a apresentação de medidas para construção do aparato legal e pedagógico de formação dos Recursos Humanos na Saúde, contemplando o contexto político de mudança dos paradigmas da época (SANTOS, 2010).

No centro do MRSB, a teoria social do marxismo influenciou o princípio educativo na saúde, cujo objetivo era recolocar o trabalho em sua dimensão educativa e transformadora, de superação da sociedade capitalista, articulando teoria e prática. Entende-se que a consciência sanitária, construída ao longo do MRSB, proveio do entendimento da relação entre produção material e relações sociais.

Como dito anteriormente, os programas de Residências Multiprofissionais são ferramentas pedagógicas de formação em saúde. A formalização dessa modalidade de ensino em serviço só ocorreu nos anos 2000, cujo processo foi produto da ação

conjunta dos Ministérios da Educação e da Saúde, em um quadro político e econômico adverso para a política de saúde, especialmente para os Hospitais Universitários.

Vale destacar as interferências teóricas, de cariz mercadológico, cuja inflexão distancia as RMS da teoria social que orientou a organização do MRSB, na qual a educação politécnica foi o marco. Quem criou esse modelo educativo foi Marx, concebendo-a enquanto crítica às relações sociais instituídas. Nesse sentido, Closs (2010, p. 25) atesta que “o campo da educação das profissões da saúde ainda se encontra fortemente arraigado ao modelo privatista e hegemônico [...] conformando um polo de tensão e resistência ao SUS [...]”.

Trata-se de campos ideológicos que abarcam intensa disputa de projetos sociais antagônicos, cujos impactos provocados por suas divergências repercutem na organização pedagógica, prática, política e social da educação em saúde (PINHEIRO, 2008).

No que diz respeito à educação na sociedade contemporânea, Antunes (2017, p. 100) assevera que “a educação requisitada atualmente pelo capital deve ser ‘ágil’, ‘flexível’ e ‘enxuta’, como são as empresas geridas pelo sistema toyotista”. O produto desse tipo de formação de caráter imediatista, que notadamente desponta do processo de contrarreforma no Brasil, é um profissional alienado, sem condições de analisar criticamente as relações sociais e econômicas vigentes (PEREIRA; LIMA, 2008).

Nisso reside a importância de se debruçar sobre o projeto ideológico e político da educação nos marcos da sociedade capitalista, uma vez que a educação na era do padrão taylorista-fordista se voltou para a especialização do saber; e, na pragmática da flexibilização, a educação tomou contornos flexíveis, disseminando-se o discurso da formação por competência.

Para Alves (2017, p. 93, grifos do autor), trata-se da “*pedagogia da competência*”, que exige do trabalhador novas capacidades laborais e morais atreladas à flexibilidade, rotina e disponibilidade do capital, requisitando um trabalhador com “*competência e resiliência*”, disponível a entregar sua “*subjetividade*”¹⁹ aos desejos do capitalismo flexível.

¹⁹ Com grifos nossos.

Desse modo, a pedagogia por competência se situa entre a adaptação do trabalhador às requisições emergentes do processo de trabalho e, concomitantemente, à manutenção do sistema.

Especialmente nos países periféricos, as contínuas reformulações nos projetos pedagógicos do sistema de ensino foram desdobramentos que tiveram como marco a contrarreforma do Estado, para garantir a reprodução ampliada do capital (ANTUNES; PINTO, 2017).

No caso da realidade brasileira, destacam-se as escolas do Serviço Nacional da Indústria (SENAI) e a oferta de cursos e especializações de aperfeiçoamento técnico, demandados pelo mercado, a distância ou semipresencial. Com essas ferramentas de ensino, buscou-se traçar um perfil de profissional flexível, criativo, de fácil adaptação às mudanças da produção ou do serviço e com capacidade de execução de várias atividades ao mesmo tempo (ANTUNES; PINTO, 2017).

Nesse contexto, reemergiu a teoria do capital humano, paradigma de disseminação da ideologia neoliberal, por meio da pedagogia utilitarista e subjetiva, sustentada na formação polivalente, no aprender-fazendo, no trabalhador colaborativo e flexível. A centralidade dessa teoria versa sobre a adaptação do sujeito aos problemas, e não em sua superação.

Para Alves (2017, p. 98), dessa teoria “involui-se”²⁰ para a “teoria da empregabilidade”, pois, sem qualquer garantia de estabilidade no mercado de trabalho, o trabalhador é fluído, “acompanha” a instabilidade sistêmica do capital financeiro, de quem se exige “[...] mais escolaridade e maior polivalência” (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2006, p.28).

Esses desdobramentos da teoria da empregabilidade, especialmente no campo da educação em saúde, para Closs (2010, p. 27), indicam

[...] processos educativos à formação de um trabalhador que responda às necessidades de acumulação capitalista [...] sendo um campo eivado de contradições, nele há espaços para disputa e adoção de processos formativos que dialoguem com as demandas das classes trabalhadoras [...].

Na saúde, cuida-se do corpo do trabalhador, mercadoria importante para “manutenção do sistema produtivo” (MERHY, 2007 apud SOUZA, 2009, p. 85) e para a qualidade de vida do trabalhador. Evidencia-se a particularidade e complexidade da

²⁰ Por isso, o autor não considera que a teoria da empregabilidade foi um avanço, em termos práticos, para o trabalhador.

saúde enquanto espaço de intervenção sobre a realidade e onde os recursos humanos são centrais para a finalidade social da política.

A fim de se debruçar sobre a formação dos recursos humanos em saúde, este estudo focalizou na análise de dois Projetos Pedagógicos de Residências Multiprofissionais em Saúde ligados à Universidade Federal da Paraíba, na cidade de João Pessoa, considerando que os trabalhadores das RMS estão inseridos no circuito de valorização do capital ao contribuírem no processo de produção e reprodução da vida social e interferirem na organização do trabalho.

São apropriadas as palavras de Miranda (2011, p. 36) quando diz que “é mister ressaltar que as mercadorias na sociedade capitalista devem possuir o caráter de objetos úteis, mas também de vínculos de valor, ou seja, devem encarnar valor que é produzido pelo trabalho humano”.

A importância da força de trabalho reside no fato de que o capital só se valoriza mediante a exploração da mais-valia, daí que, para manutenção de altos índices de lucro, busca-se dominar todos os ramos da produção que podem gerar mais-valia (SANTOS, 2013). Assim,

A produção capitalista não é apenas produção de mercadorias, mas essencialmente produção de mais-valor. O trabalhador produz não para si, mas para o capital [...] Ele tem de produzir mais-valor. Só é produtivo o trabalhador que produz mais-valor para o capitalista ou serve à autovalorização do capital (MARX, 2017, p. 578).

Apesar do consumo da força de trabalho depender de energia física, intelectual e espiritual, essa força é a única mercadoria capaz de gerar mais-valor. Mesmo quando o capitalista modifica a composição orgânica do capital, não há como eliminar o capital variável totalmente, pois “[...] valor tem a ver com tempo de trabalho e trabalhador. Valor é produzido pelo trabalhador gastando tempo de trabalho” (DAL ROSSO, 2008, p. 54).

Concorda-se com Antunes (2017) ao reiterar que não há crise quanto à centralidade do trabalho na sociedade contemporânea, visto que o labor é o único meio de se produzir valor. Ainda que se reconheça a existência das alterações que vêm ocorrendo na gestão do trabalho, somadas aos padrões de acumulação, notadamente o toyotismo, elas dialogam com a crise inerente ao capital, pois provocam perda de direitos sociais, desemprego e fragilização nas relações trabalhistas.

Nos setores em que não há produção de mercadoria, como no caso da saúde, mas há formas de valorização do capital, também se verifica a produção de valor com a intensificação do trabalho, resultante da organização do trabalho a partir dos princípios do toyotismo.

Tampouco, a ausência de mercadoria, no caso do trabalho imaterial, cuja produção e consumo acontecem concomitantemente, implica em ausência de mais-valor, pois, segundo Miranda (2011, p. 54), “[...] no setor saúde, embora haja o aumento contínuo do uso de tecnologias, isto não redundará na diminuição da importância do trabalho do homem e da aplicação de seus conhecimentos e técnicas [...]”.

Apesar da inovação das tecnologias, especialmente no campo hospitalar, devido à dinâmica da matéria-prima da saúde ser a vida, há o fomento e a necessidade pela contínua formação dos trabalhadores.

Na organização dos processos de trabalho, verificou-se a ampliação do trabalho produtivo imaterial na sociedade contemporânea, contexto que desponta desde os anos 1960, especialmente com a fase do capital global (SANTOS, 2013; MIRANDA, 2011; SOUZA, 2009).

Nas palavras de Dal Rosso (2008, p. 29), “[...] o trabalho imaterial também é profundamente transformado por práticas de intensificação [...]”. A organização do trabalho está atrelada ao processo de racionalização do cumprimento das atividades e ao aumento no desgaste de energia, produzindo o fenômeno que Dal Rosso chama de “reorganização com intensificação”, que significaria aumentar, a patamares superiores, o nível de exploração do trabalhador.

Como resultado da crise e mundialização do capital, o setor de serviços passou a ser controlado, em grande medida, pelo setor privado. Para Souza (2009, p. 58), esse espraiamento foi possível devido à “[...] desregulamentação dos serviços e privatização das grandes estruturas de serviços públicos [...]”, implicando no que Salerno (2001 apud SOUZA, 2009, p. 69) chama de “[...] ‘industrialização dos serviços’[...]”, que corresponde à aplicação de algumas normas da indústria nos serviços, comercializando-os de modo a atender às necessidades do usuário/consumidor, estabelecendo uma relação com fins mercadológicos entre as partes envolvidas.

Laurel (1989 apud COSTA, 2009, p. 308), a respeito do processo de trabalho coletivo na saúde, assevera que “[...] o processo de trabalho dos serviços se funda

em uma inter-relação pessoal intensa, constituindo-se em um processo de ‘intersecção partilhada’”, cuja finalidade pressupõe a satisfação das necessidades do usuário por meio do direito social.

Os PPR’s em estudo são documentos legais de dois programas de RMS, cujo Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) é cenário de prática obrigatória. Os HU’s, enquanto espaços de formação de recursos humanos, possuem uma tripla missão: desenvolver ações de saúde, educação e assistência à população, pois ofertam cursos de educação continuada e educação permanente e são referência no desenvolvimento de protocolos de atendimento e tecnologias para a saúde. Daí a relevância política, econômica e social que eles possuem no campo da gestão e da educação em saúde.

As RMS implantadas nos HU’s devem ser entendidas enquanto ferramentas de fortalecimento dos princípios do SUS e, conseqüentemente, dos HU’s, embora já existam residências antes da criação do SUS (SILVA, 2016; MIRANDA, 2011; CLOSS, 2010), bem como mecanismos que coadunam com as propostas dos hospitais, no tocante às práticas de educação permanente em saúde, assistência e formação.

Os Projetos Pedagógicos das Residências Multiprofissionais em Saúde, inseridos na Universidade Federal da Paraíba, sinalizam que o trabalho nos serviços do SUS suscita “[...] uma formação profissional com perfis de competência e habilidades na perspectiva da consolidação do sistema de saúde [...]” (BRASIL, 2010; 2015) e a Lei 8.080/1990 destaca a importância da formação de recursos humanos em consonância com os princípios do SUS, assentados na universalização, participação social e integralidade do cuidado (BRASIL, 1990).

Dentre as ferramentas estruturadas pelos eixos da RSB, chama-se a atenção para as RMS, pelo fomento à atuação em equipe, às ações interdisciplinares e ao cuidado integral, galgando contribuir com a lógica de cuidado em saúde proposta no SUS. Elas incidem sobre o modelo biomédico, cujo domínio da hierarquia enrijecida de profissões e assistência fragmentada persiste. Sobre tal hierarquia, Lopes (2014, p. 154) argumenta que

[...] o trabalho em saúde convive com a divisão técnica e parcelar dos atos de cuidado [...] com a conseqüente valorização social diferenciada entre uma profissão e outra, mediada pelo jogo do mercado. De acordo com essa valorização se estabelecem relações hierárquicas diversas entre as profissões, cargos e salários.

Entre os entraves que dificultaram a implantação do SUS está o perfil de trabalhadores antes da formação do sistema de saúde. As ações desses profissionais eram baseadas no modelo flexneriano, marcado por ações curativas e poderio médico em relação às demais profissões (OLIVEIRA; BALARD, 2013; MIRANDA, 2011) que, mesmo após quase trinta anos de SUS, ainda resistem, especialmente no âmbito hospitalar.

Santos (2010, p. 14) discute ainda a necessidade da reforma na grade curricular das universidades, visto que os cursos estão embasados ainda no modelo de saúde por especialidades e “[...] concentram-se no cuidado individual e hospitalar [...] centrado no doente”.

Pretendia-se com as RMS formar outro tipo de trabalhador da saúde, assentado no ideal da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que Oliveira e Balard (2013, p. 70) chamam de “modelo de integralidade”. Esse modelo, em contraposição ao flexneriano, organizou as “ações em saúde” a partir do “fortalecimento do cuidado e da promoção à saúde”, buscando alterar as relações entre os profissionais e entre profissionais e usuários/comunidade, de modo que possibilitasse à equipe “[...] entendimento e controle sobre o processo de cuidar [...]” (PIRES, 2008, p. 134).

A respeito do princípio da integralidade, que norteia os PPR das RMS, Machado *et al* (2007, p. 339) concluem que

Dentro da concepção de integralidade, destacam-se ações de educação em saúde como estratégia articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças a partir de cada profissional de saúde, do trabalho em equipe e dos diversos serviços que buscam uma transformação no quadro da saúde da população.

Com as ações interdisciplinares das equipes multiprofissionais, objetiva-se desenvolver um trabalho integral, com maior qualidade e em atendimento às demandas daqueles que procuram os serviços de saúde (MIRANDA, 2011).

A RMS é uma modalidade de pós-graduação, que se realiza mediante o treinamento em serviço estruturado na “[...] relação entre trabalho e formação profissional para o SUS [...]” (SILVA, 2016, p. 13), representando um tipo de especialização que acontece no e para o trabalho, a partir do eixo da integralidade e sob a égide da sociedade capitalista na particularidade da realidade brasileira.

O “elemento progressista” da RMS estava implícito quando se priorizou a ocupação em áreas do SUS, porém não houve articulação com “a política de formação para o SUS” (SILVA, 2016, p. 17). Entende-se que, apesar de priorizar a rede pública do sistema de saúde, nota-se a absorção desses profissionais no setor privado de saúde.

Nesse contexto, não houve articulação de modo a garantir que esses profissionais estivessem na rede de serviços públicos de saúde, mas em garanti-los como uma mão de obra qualificada disponível às requisições do mercado.

Os ministérios envolvidos na organização das RMS não provocaram o Ministério do Desenvolvimento e Gestão, para absorver esses profissionais no SUS por meio de concursos públicos. Apesar de ser pauta de luta dos residentes, inclusive com o Fórum Nacional dos Residentes em Saúde defendendo essa bandeira, quando lançados editais de concursos públicos são ofertadas vagas com quantitativos inferiores à demanda, submetendo os residentes aos processos seletivos com vínculos empregatícios fragilizados, de modo que estes trabalham no setor privado da saúde ou desenvolvem outro tipo de atividade aquém da sua formação, por não encontrarem oportunidade de trabalho.

Quanto ao caráter contraditório das RMS, Silva (2016, p. 17) reflete que

[...] sob uma ótica, contribuir para uma formação multiprofissional no sentido da efetivação do SUS a partir das necessidades de saúde da população e da leitura de uma realidade atravessada por desigualdade e inacessibilidade a direitos, como também, [...] a formação pode ser utilizada como forma de substituição e precarização das condições de trabalho no SUS.

Como expressões da crise do capital, há privatização e precarização das relações e condições de trabalho, que repercutem diretamente no processo de formação dos trabalhadores da saúde. Nesse processo, destaca-se a condição dos residentes que, na realidade dos serviços públicos de saúde, têm sido absorvidos como meio de substituição de trabalhadores concursados.

É importante ainda destacar o rigor no cumprimento da carga horária prática em detrimento da teórica e teórico-prática, em que o residente, para obtenção do título, é obrigado a cumprir integralmente a carga horária prática e oitenta e cinco por cento, no mínimo, de teórico-prática e teórica (BRASIL, 2014).

Entende-se que as RMS são concebidas e ideologicamente discutidas enquanto dispositivos geradores de mudanças na gestão, qualificação, formação e no trabalho em saúde, mas, mesmo com essa ideologia progressista de formação e trabalho em saúde, os PPR sofrem rebatimentos da crise do sistema capitalista, que se expressam também na reestruturação da organização do trabalho na saúde.

O próximo ponto trará o momento de construção coletiva dos PPR's da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (Rimush) e da Residência em Saúde Mental (Resmen), tomando como parâmetro a vivência de sujeitos políticos que participaram da sua gênese/elaboração ou que foram incorporados no decurso desse processo, buscando analisar os principais elementos políticos, pedagógicos e sociais presentes na construção desse projeto de formação, que também é projeto político de sociedade.

2.2 Ponderações sobre os projetos pedagógicos das residências multiprofissionais em saúde: um estudo de caso

Nesse tópico, analisam-se os Projetos Pedagógicos das Residências Multiprofissionais em Saúde, correlacionando os dados empíricos com os marcos conceituais da formação e organização dos processos de trabalho, como preconizados nos Projetos Pedagógicos das Residências (PPR's), quais sejam: transformação de práticas profissionais; implementação de ações interdisciplinares, promovedoras da interconexão entre saberes e práticas; problematização dos processos de trabalho; Educação Permanente em Saúde como processo de ensinar e aprender, compreendendo as demandas em saúde em sua dimensão subjetiva, social e biológica.

Os programas de especialização em análise são da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar e em Saúde Mental, os quais estão ligados ao Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Para compreender como foi o movimento de criação e implementação das RMS para inferir sobre os fundamentos políticos e sociais dos PPR's, documentos legais norteadores das Residências, recorreu-se à História Oral como metodologia de coleta de dados. Essa parte da pesquisa empírica aconteceu com as pessoas que estiveram diretamente integradas ou foram ingressando no decurso da implantação e/ou implementação das Residências. Teve como partícipes: coordenação geral, apoio

pedagógico, tutores e preceptores. Destaca-se que, no momento da pesquisa, todos os participantes estavam integrados a um dos programas.

Nas palavras de Halbwachs (2006 apud BATISTA, 2010, p. 45), o exercício de se reportar ao passado é “[...] refazer, reconstruir, repensar com ideias atuais as experiências do passado”, reinterpretar o passado no vislumbre de desvelar as manifestações atuais do objeto em análise.

A escolha pelo recurso da História Oral decorreu da pretensão em analisar o processo de articulação pedagógica e política dos sujeitos para organização dos PPR's, que são construídos a partir de concepções ideológicas. Entender tal direção possibilitou apreender a orientação política e social das RMS em estudo, bem como a função social idealizada nos respectivos programas.

O lugar que o sujeito ocupou também foi levado em consideração, pois a função repercute na forma como este vê os acontecimentos e as relações com os demais integrantes do processo, tendo em vista que “[...] a história de cada um contém a história de um tempo dos grupos a que pertence e das pessoas que se relaciona” (HALBWACHS, 2006 apud BATISTA, 2010, p. 31). Daí a opção por selecionar participantes que estiveram na origem e que foram incluídos na processualidade das RMS.

A pesquisa ocorreu com membros da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (Rimush) e da Residência em Saúde Mental (Resmen), obedecendo aos seguintes critérios: participação na formulação do PPR e vínculo à Residência ou por ingresso no decurso da implementação da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) e exercício da função de tutor e/ou preceptor e coordenador.

Foram entrevistados quatro sujeitos, dois de cada programa, os quais serão apresentados pela sigla Núcleo Central (NC), na ordem de 01 a 04, aleatoriamente identificados e enumerados. O número de participantes obedeceu aos critérios de seleção da pesquisa, como já mencionado.

No que diz respeito ao perfil dos entrevistados, o Quadro 1 possibilita uma melhor observação. Participaram da pesquisa profissionais de enfermagem, serviço social, nutrição e terapia ocupacional, os quais desenvolviam funções de apoio pedagógico, preceptoria, coordenação e tutoria, respectivamente.

Dos sujeitos da pesquisa, apenas um tem especialização em Residência Multiprofissional, enquanto os demais possuem especialização nas suas respectivas áreas de formação ou em áreas transversais.

Tabela 01 – Perfil dos entrevistados do Núcleo Central

| Perfil dos entrevistados | | | | |
|--------------------------|------------------|-------------|----------------|---------------------|
| | Enfermagem | Nutrição | Serviço Social | Terapia Ocupacional |
| | Apoio pedagógico | Coordenação | Preceptoria | Tutoria |
| ■ Total | 1 | 1 | 1 | 1 |

Fonte: Dados primários, 2017.

Com relação ao tempo destinado às atividades da Residência, apenas a entrevistada, com função de tutoria, disponibilizava 4 (quatro) horas, enquanto os demais profissionais ajustavam as atribuições da Residência com o cotidiano de trabalho. Não existe liberação para cumprimento das funções nas RMS em nenhum dos casos, então, conseqüentemente, os profissionais são impelidos a permanecerem mais tempo em seus espaços de trabalho.

Desse modo, infere-se que o envolvimento em atividades da Residência ocorreu por compreender o caráter pedagógico e político desse tipo de formação, em razão de atividades de militância e devido à dinâmica do HULW, enquanto espaço de formação de profissionais.

Quanto ao processo de inserção e motivação em permanecer nas atividades das RMS, a entrevistada Núcleo Central-02 declara que:

*Meu processo de **inserção partiu de um convite tanto da tutora atual, que ela é também é preceptora do serviço, a Ludmila, e de Lenilma, por conta da necessidade mesmo que a residência tem de conseguir tutores [...] e aí é uma forma também de eu, como eu estou no departamento de terapia ocupacional, montar esse vínculo do departamento aqui com o NESC. A motivação vem do fato de já ter sido, obviamente que aí a gente se identifica, [...] do Coletivo de Residentes da Paraíba, do Fórum Nacional e aí você se aproxima da luta e não tem como não se apaixonar e não se envolver. Então, eu acho que dessa história também de **compromisso com o SUS, porque eu acho que a residência é um grande dispositivo de apoio e potencialização do SUS.** (NÚCLEO CENTRAL-02, 2017, grifos nossos).***

A entrevistada Núcleo Central-03 (2017) disse que “[...] não teve nada de seleção para participar, quem tinha interesse participava”. No que diz respeito a se manter colaborando com a Residência, a entrevistada continua “[...] o que me instiga a ficar ligada à residência é essa troca, eu acho extremamente bom para a gente, principalmente para mim, que eu já estou na ativa há muitos anos, já saindo [...]”.

Para o entrevistado Núcleo Central-01,

*[...] foram convites, [...] cada um com o seu motivo, se sentiram interessadas em **construir o projeto**. Essa discussão de seleção na época tinha sobre como se tivesse que pagar, como não há pagamento para o trabalho de coordenar até hoje, nem quem coordena, nem quem apoia, nem quem é preceptor ou tutor. [...] é exatamente isso, essa **movimentação política** [...] o percentual de que a gente esteja apoiando a construção de sujeitos implicados e eu vejo com muita satisfação [...] Agora, as dificuldades são monstruosas, [...] primeiro desde a **compreensão pedagógica, da compreensão política**, [...] aliás, política primeiro, pedagógica na sequência, da compreensão de saúde e de trabalhar com algumas estratégias como por exemplo, equipe matricial ou equipe técnica ou o que seja, de compreender um grupo de gestão como fundamental, ao invés de seguir a burocracia de que tem alguém coordenando. (NÚCLEO CENTRAL-01, 2017, grifos nossos).*

*Eu gosto muito de trabalhar com pessoas, de ver as coisas acontecerem e a residência é muito motivadora [...] **não houve critério de seleção**, simplesmente estavam precisando de preceptores, de coordenadores, depois de coordenação geral, de vice-coordenação e eu fui (NÚCLEO CENTRAL-04, 2017, grifos nossos).*

Todos os entrevistados registraram que não houve processo seletivo para construção dos PPR's, que consistiria na formação das equipes para implantar e implementar as Residências. Devido à falta de financiamento para o desenvolvimento dessas atividades, a inserção e permanência nas Residências ocorreram por identificação da função social desses programas, qual seja de provocar mudanças nos cenários e rotinas, em vislumbre de promover um cuidado em saúde humanizado e em atendimento às necessidades dos usuários.

Vale dizer que não há menção, pelo Ministério da Educação, do ingresso dos sujeitos colaboradores das RMS (tutores, preceptores e coordenadores) via seleção. Nota-se que esse processo fica a cargo da instituição formadora, prevalecendo o convite como meio mais utilizado para inserção das diversas categorias profissionais.

Desse modo, tais colaboradores ingressam nos processos mediante aproximação, identificação com o projeto das Residências Multiprofissionais.

No que diz respeito aos PPR's, buscou-se apreender aspectos, como: formato pedagógico adotado, função política e social, bem como os impactos das Residências na tríade saúde-formação-trabalho em saúde.

A partir da mobilização pela Reforma Sanitária no Brasil (RSB), propunha-se um novo modo de pensar e fazer saúde. Uma das propostas foi reordenar o cuidado em saúde, bem como a formação dos recursos humanos (MACHADO, 2008), “[...] por isso torna-se imprescindível que o Projeto de Reforma Sanitária se faça presente no campo da intencionalidade dos processos de trabalho em saúde [...]” (CLOSS, 2010, p. 13).

Santos (2010, p. 16), quanto à estruturação do setor de recursos humanos em saúde, argumenta que além das normatizações legais, é importante consolidar a articulação entre os setores e profissionais, com vistas “à integralidade almejada”.

Nesse sentido, ao se reportar à educação em saúde, tem-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como mecanismo da política pública de recursos humanos para o SUS. Assim, A PNEPS

[...] é uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial [...] (BRASIL, 2018, s/p).

Com isso, vale lembrar que as RMS são dispositivos da EPS para o SUS (SANTOS, 2010), cujos programas em análise têm como campo de estágio obrigatório o Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Nesses termos, é oportuno fazer uma breve caracterização do Hospital.

De acordo com a Lei 8.080/1990, o HU está no nível terciário de assistência em saúde no SUS, contribuindo com a efetividade do princípio da integralidade do cuidado e com a rede integrada de serviços (BRASIL, 1990), tornando-se um importante e complexo campo de produção de saber.

A edificação do HULW teve início na década de 1960, porém, só foi inaugurado nos anos 1980, momento concomitante de mobilização da sociedade organizada em prol de outro modelo de saúde e de sociedade.

Desde os anos 2000, o HULW

[...] representa estrutura de saúde de referência para o estado da Paraíba. Polariza atendimento para todos os municípios do estado, e referência para atenção ambulatorial especializada, entretanto, em determinação ao desempenho do Plano Diretor de Regionalização do Estado (PDR), e a Programação Pactuada e Integrada (PPI), deverá obedecer as referências pactuadas para o município de João Pessoa, verificando a quantidade física e financeira encaminhada (BRASIL, 2018, s/p).

O HULW está localizado no Campus I da UFPB, no bairro do Castelo Branco, em João Pessoa, no estado da Paraíba. Atualmente, a capital é uma das cidades mais populosas do estado e conta com doze Gerências Regionais de Saúde (GRS), voltadas à administração dos serviços públicos de saúde nas macrorregiões (BRASIL, 2018).

O hospital-escola é vinculado ao Ministério da Educação, formado por uma área ambulatorial e hospitalar, de modo que serve enquanto campo de estágio, projetos e pesquisa para os cursos de Graduação e Pós-Graduações da UFPB (BRASIL, 2018; MIRANDA, 2011). Para Miranda (2011, p. 166), “[...] Hospital-Escola tem por finalidade a articulação entre ensino, pesquisa, extensão, e assistência, voltando-se prioritariamente para a formação e capacitação dos recursos humanos da área da saúde”.

A diversidade de serviços e variedade de categorias profissionais, constituintes do referido hospital, proporciona uma formação diferenciada no campo técnico e da formação, compreendendo a dimensão política e social do espaço. Ademais, presume-se que os HU's, campo rico para o desenvolvimento de pesquisas e assistência em saúde, estejam a serviço da comunidade e em prol da defesa da saúde e educação pública e de qualidade.

Apreende-se a relevância dos HU's no processo de conhecimento assistencial e formativo para a saúde. Desse modo, a partir desse tópico, centrou-se o debate, tomando como parâmetro o HULW, lugar da Rimush e Resmen nesse espaço e na formação de trabalhadores em saúde.

2.2.1 O processo de implantação dos programas de Residências Multiprofissionais

No que diz respeito à implantação do programa de Residência Multiprofissional, enquanto mais uma modalidade de formação no HULW, a entrevistada Núcleo Central-03 afirma que

Olha, eu acho que pela própria questão do que vinha sendo já feito a nível de residências no Brasil [...] eu não vou dizer que eu tive essa participação intensa, porque eu não tive, mas a necessidade de aqui, por aqui ser um hospital escola, as residências já vinham acontecendo, fazendo parte do programa no Ministério de implantar as residências e isso fazia com que o hospital pontuasse também[...]. (NÚCLEO CENTRAL-03, 2017).

A entrevistada acredita que as RMS surgem como uma demanda do governo federal, de incentivo aos HU's, reconhecendo-os como principal instituição de formação em serviço, cotejando ao modelo biologicista de saúde e o formato curricular dos cursos superiores.

Na época da formalização das RMS, o país adentrou em uma conjuntura política de esperança com relação à possível retomada dos princípios norteadores do SUS. E, diante dessa abertura política, por meio do governo federal, houve uma explosão de propostas de projetos de RMS enviadas ao MEC, em meados dos anos 2005, quando se formalizou, juridicamente, as Residências.

O entrevistado Núcleo Central-01, que participou da construção dos programas da Rimush e Resmen, detalhou sobre o movimento de criação:

[...] a gente passou quase um ano dialogando, infelizmente as pessoas não continuam as mesmas [...] A gente trabalhou dentro das equipes, inclusive ajuda às equipes, discutindo as competências da profissão de forma articulada, onde os diversos núcleos se reúnem para fazer uma troca entre as suas competências, o que o assistente social faz, o enfermeiro [...] a gente discutia as competências como forma de pensar o projeto, então a gente primeiro discutiu as competências das profissões, com isso, a gente formulou o perfil. Algumas pessoas, talvez, na época, não sabiam, essa era uma orientação de pensar um componente pedagógico a partir das competências olhando as competências, habilidades e as atitudes numa discussão em grupo, então a gente construiu isso na compreensão daquele outro projeto, a gente construiu do zero. E a partir daí, a gente começou a fazer uma discussão de como implementar essa questão, pensando nos projetos. A gente fazia umas reuniões semanais para discutir isso, de construir isso para compor o projeto e depois a gente começou a discutir como ele seria implementado, como seria forma também, principalmente da teoria, utilizando metodologias ativas e fazendo avaliações, mudando também o perfil, a forma de avaliar. O que foi uma dificuldade, porque as pessoas não têm conhecimento sobre o

uso de metodologias ativas e quase sempre tentam reproduzir as suas formações [...] (NÚCLEO CENTRAL-01, 2017, grifos nossos).

Nos PPR's em estudo, usou-se a Matriz Curricular, proposta pedagógica de organização das atividades e do cumprimento da carga horária. Ao analisar a Matriz Curricular, tem-se o plano de trabalho a ser desenvolvido durante os 24 (vinte e quatro) meses de especialização. É por meio dessa ferramenta que se objetiva desenvolver as competências e as habilidades nos residentes, na “perspectiva da consolidação do SUS” e em consonância com a orientação da Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS) (BRASIL, 2015, p. 08).

Na análise dos PPR's de ambas RMS, notou-se que o documento, por meio do currículo por competências almejava capacitar o Residente ao trabalho em equipe, ao diagnóstico da realidade em saúde, ao desenvolvimento de pesquisas e a aptidão em dar respostas eficientes no cotidiano.

Sobre o caráter contraditório do currículo, com base em competências, Ferreti e Ramos (2002 apud CLOSS, 2010, p. 31) refletem que:

[...] dotadas de dimensão contraditória, as competências são atravessadas pela tensão entre a lógica de adaptação às mudanças do mundo do trabalho e uma perspectiva de qualificação para o trabalho mais ampla, como construção e relação social.

Para Gontijo *et al* (2013, p. 527), a função da Matriz de Competências “[...] é expressar os consensos coletivos acerca do que é imprescindível e o conteúdo que nenhum estudante deverá deixar de saber ao se formar”, composta por conteúdos não enrijecidos, mas adaptáveis às necessidades dos serviços e do cuidado em saúde. Quanto ao caráter imprevisível, chama-se atenção que essa capacidade de resposta e prontidão é desdobramento da reestruturação produtiva, cujo resultado é formar um trabalhador flexível e polivalente ou, em outras palavras, imediatista.

Para Antunes e Pinto (2017); Alves (1999), disseminou-se o currículo por competências enquanto crítica à fragmentação das disciplinas, visando superá-la. Entretanto, assevera-se que esse currículo está em consonância com a organização do trabalho em saúde, a partir das imposições do modelo flexível de produção.

Quanto à formação baseada em competências, Santos (2010, p. 31) indica que

[...] a exigência atual de produtividade, além do mercado de trabalho instável e flexível, ampliam cada vez mais os requisitos de qualificação

e generalização da implantação de modelos de formação baseados em competências profissionais.

Assim, importa não só a formação técnica do trabalhador, mas sua capacidade de resolução dos problemas diários, mas potencializa-se a evolução individual e a utilidade do conhecimento via atendimento às exigências do mercado.

Apesar da divergência conceitual e social, alguns processos formativos se valem desse tipo de pedagogia. Ambos os programas, Rimush e Resmen, trabalham na implantação dessa ferramenta, pautando a ampliação das competências e habilidades coletivas e individuais, respectivamente.

Os PPR's dos programas supracitados se baseiam na aprendizagem significativa e na pedagogia por competências, ambas construídas sob a nova lógica do capital, vislumbrando tornar aptos os profissionais às mudanças do mercado (CAMELO; ANGERAMI, 2013).

Igualmente, é importante destacar que a aprendizagem significativa está centrada em dois eixos: a problematização do processo de trabalho e a articulação entre o sentido que os sujeitos outorgam à aprendizagem e/ou às experiências. Nesse ponto, segundo esse pressuposto pedagógico, só contribui com a aprendizagem o que tiver significado para os envolvidos. Esse movimento acompanha a vivência na prática, no aprender a aprender, nas intervenções locais, desdobrando-se na aceitação e participação dos trabalhadores às mudanças dentro da lógica capitalista, visto que não se observa o fomento ao debate de superação desse modelo de sociedade vigente.

Chama-se atenção para o caráter micro da proposta, pois não há espaço para a problematização no campo macro da política, mas apenas do cotidiano. Concorde-se com Andrade (2015, p. 86), em considerar a saúde como um campo “profrícuo para difusão de ideologias que arrematam para o trabalhador um papel deslocado dos condicionantes macroestruturais da política”, resultando na desarticulação entre o trabalho em ato e as relações de produção.

Nesse sentido, percebe-se o distanciamento do projeto da RSB, cuja pauta era oferecer um processo de formação em que se atrelasse “as dimensões técnica e ético-políticas” ao processo de implantação e implementação do SUS. (ANDRADE, 2015, p. 88).

Ainda sobre aprendizagem significativa, esse processo encontra-se referenciado sobre diversas metodologias de aprendizagem, tais como: Metodologias Ativas, aprender a aprender e o currículo por competências.

Considera-se importante se voltar para o entendimento dos sujeitos da pesquisa a respeito da função político-social que estruturou a organização das RMS em questão e apreender qual projeto de cuidado em saúde está defendido nesses programas de formação em serviço.

O entrevistado Núcleo Central-01 esteve à frente da criação de ambos os programas e, segundo sua percepção, os PPR's expressam

*[...] a própria construção do SUS, o fato da necessidade social de formação de especialistas, [...] e o principal é apoiar, melhorar a dificuldade que a graduação tem dessa articulação interprofissional para dar conta dos **princípios do SUS** [...] essa compreensão é o que realmente está na argumentação. O outro é (sic) as **inovações das tecnologias pedagógicas**, não é, **metodologias de ensino** que possam estar **problematizando o ensinar em saúde**, o fazer em saúde. E, por último, é a questão do desenvolvimento do conhecimento científico, também olhando para o SUS [...] (NÚCLEO CENTRAL-01, 2017, grifos nossos).*

Os PPR's surgem com a finalidade de contribuir com a implantação do SUS via formação de recursos humanos, a partir da nova organização dos serviços de saúde no Brasil. Entretanto, esses projetos estão em conformidade com a PNEPS, cuja política se encontra baseada na pedagogia por competências de matriz construtivista. Nota-se que os PPR's implementam práticas pedagógicas, cujos recursos teóricos usados são divergentes dos que nortearam o MRSB.

2.2.2 As práticas pedagógicas das RMS

Concorda-se que a principal proposta da PNEPS é “a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho” (ANDRADE, 2015, p. 84), porém, no campo da micropolítica. Ambos os programas de Residência, analisados em seus PPR's, sinalizam esse objetivo, visto que as duas RMS se referenciam à PNEPS. A organização das atividades pedagógicas, atreladas à aprendizagem significativa, expressa também a direta orientação com a supracitada política (BRASIL, 2015; 2010).

A entrevistada Núcleo Central-02 trouxe alguns mecanismos disparadores de transformação das práticas e do cuidado em saúde:

*[...] a **questão multiprofissional** [...], contribui muito para que a gente se aproxime [...] se torne concreto [...] assim, como, por exemplo, a **transdisciplinaridade**, sabe, é um conceito que se parece distante, mas que a residência, eu acho que ela aproxima isso na medida que a gente trabalha muito com o **Projeto Terapêutico Singular**, [...] com os objetivos do SUS, com as ferramentas que o SUS oferece [...] Além disso, a questão da **formação a partir da lógica da educação permanente** que o programa traz [...] no Projeto Pedagógico da Resmen, há um incentivo muito grande a essa questão do **desenvolvimento político** do residente [...] porque a gente pensa que a residência nasce no sentido de formar aquele trabalhador em serviço, isso é uma lógica que vem da Constituição, da **democratização do SUS** [...]. (NÚCLEO CENTRAL-02, 2017, grifos nossos).*

Santos (2010) defende que as práticas pedagógicas devem estimular a participação crítico-reflexiva dos residentes e, posteriormente, quando forem trabalhadores da saúde, contribuindo com a percepção crítica e técnica do egresso e buscando formar um preceptor e/ou tutor em potencial, que a posteriori também contribua com esse movimento de formação em serviço.

Notadamente, nos PPR's em análise, há estímulos à organização multiprofissional das equipes com ações interdisciplinares, participação política em espaços de fomento ao SUS, alterações nos serviços e práticas profissionais e o uso da Educação Permanente no cotidiano dos serviços.

Para Silva (2016, p.136), a interdisciplinaridade deve ser compreendida “como uma proposta de metodologia de trabalho que se opõe à lógica da especialidade técnica isolada”, que, na interação entre as diversas categorias profissionais, respeita as particularidades, ao passo que se propõe a inovar o modo de cuidar em saúde.

Ademais, esses eixos são disparados em ferramentas como discussão de caso; construção de Projeto Terapêutico Singular PTS; Clínica Ampliada; vivência em espaços de controle e mobilização social; prática na gestão e desenvolvimento de projetos nos serviços, em consonância com a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2015).

É importante avaliar que a formação de equipes multiprofissionais não garante o desenvolvimento de ações interdisciplinares. Deve-se refletir o impacto desse

processo no decurso do trabalho em saúde, compreendendo que é um desafio posto às RMS, agudizado pelo contexto de privatização da saúde (SILVA, 2016).

Em virtude do paradoxo que representam, é necessário aprofundar os estudos sobre os PPR's e apreender os elementos políticos e sociais que norteiam esses projetos de formação, que são também expressões de projetos de sociedade, tendo em vista que as RMS são também meios de incitar as mudanças na educação, especialmente, dos cursos da saúde, de modo que possam atender as reais necessidades da população.

Sobre as concepções presentes na elaboração da proposta do projeto pedagógico das RMS, as falas a seguir atestam divergências em relação ao processo.

Para a entrevistada Núcleo Central- 03,

*Eu não lembro de ter nenhuma discussão sobre o projeto pedagógico, não....se teve eu não participei, o que até hoje eu até nem vejo se tem, nunca chegou para a gente, posso estar de fora, entendeu, mas não, era essa mesmo, era trazer o residente aqui para dentro para ser um campo a mais para eles, não é, não teve não [...] **trazer processo de formação** [...] é um campo de especialização que traz o profissional aqui para dentro e eu sempre vi como uma troca muito boa, muito grande para a gente, a gente se envolveu mais com essa parte, é bem melhor (NÚCLEO CENTRAL-03, 2017, grifos nossos).*

Para o entrevistado Núcleo Central-01

*[...] a gente tem compreendido que a atenção individual daria uma amplitude adequada do ponto de vista da construção dos objetivos. A atenção no cuidado coletivo seria um segundo [...] O outro seria o da gestão do trabalho e da educação da saúde que exatamente seria para dar conta [...] E no projeto também tem isso, a **articulação entre educação e saúde**. O último objetivo que a gente poderia estar colocando e que também se articula, é a produção do conhecimento [...]. (NÚCLEO CENTRAL-01, 2017, grifos nossos).*

Para Santos (2010, p. 40), a construção pedagógica do PPR não se resume à elaboração de um plano a ser engavetado, não deve ter um fim meramente burocrático, pois a elaboração pedagógica é bem mais que a organização curricular, expressa uma “[...] questão política e ideológica, na qual são confrontados valores, objetivos e concepções sobre educação e sociedade”. Notou-se pelas falas que, apesar de estar no início da construção do PPR, a entrevistada Núcleo Central-03 não tinha conhecimento desse documento.

Entretanto, como se percebe nos registros das entrevistas, alguns sujeitos não compreenderam que estão em um processo de construção de projeto dessa envergadura, elemento que pode explicar o desconhecimento ideológico e político das RMS, bem como o desconhecimento dos papéis de cada sujeito nos programas.

As necessárias articulações imprimem uma relação contínua de reflexão-ação, para efetivar e/ou redimensionar o que está posto nos PPR's. No caso, da Rimush e Resmen, em seus documentos pedagógicos, é afirmada a presença de princípios filosóficos, metodológicos e diretivos da PNEPS, tendo em vista que a Educação Permanente em Saúde (EPS) tem como finalidade a “aprendizagem significativa” e a “possibilidade de transformar as práticas profissionais” (BRASIL, 2015, p. 09), da interconexão entre saber e prática, por meio do ensino em serviço. Contudo, essa amplitude não foi apreendida pelos sujeitos envolvidos na construção dos PPR's.

Chama-se atenção para as contribuições das ações das Residências, de modo que a entrevistada Núcleo Central-04 assevera que

[...] a cada espaço que o residente passa, seja a nível de núcleo ou seja a nível multiprofissional, de ênfase, eles sempre deixam contribuições com projetos de acompanhamento de visitantes, de projetos com funcionários, como a gente tem, cuidando do cuidador, que é uma coisa que cuida do próprio preceptor, dos técnicos, [...] nas várias áreas que eles trabalham e fazem projetos e no dia a dia, mostrando o trabalho multiprofissional entre eles e com o conjunto dos profissionais do hospital, isso aí é uma grande contribuição. (NÚCLEO CENTRAL-04).

Nota-se que a entrevistada destaca a implementação dos projetos multiprofissionais e das ações interdisciplinares, promovidas notadamente pelos residentes, seja no campo da categoria profissional, seja nas equipes dos serviços, por serem vistos como promovedores de importantes mudanças nos serviços, repercutindo sobre a organização do trabalho e o cuidado.

Ainda referente à contribuição, a entrevistada Núcleo Central-02 destaca reflexões sobre a EPS:

*Eu acho que principalmente aqui na Resmen, porque eu não conheço os outros programas, mas por a gente trabalhar muito na lógica da **educação permanente**, isso acaba sendo um potencial muito grande, porque o residente está ali não para reclamar do que está acontecendo meramente, ou para só reproduzir o que está acontecendo, ele é estimulado a refletir aquela prática dele e ver como um ator que está*

passando por aquele cenário, como ele pode transformar aquele espaço (NUCLEO CENTRAL-02, 2017, grifos nossos).

A entrevistada chama atenção para a proposta transformadora da EPS enquanto disparadora de mudanças no cuidado em saúde, o que repercute na prática profissional e na organização dos serviços, concebido como processo contínuo, que envolve trabalhadores, gestores e usuários.

Ainda de acordo com o relato da entrevistada, infere-se que se outorga ao residente a função de sujeito político problematizador e propositor de mudanças da realidade, enaltecendo o protagonismo dos residentes no “[...] *processo de ensino-aprendizagem-trabalho* [...]” (CLOSS, 2010, p. 62).

Percebe-se, nos dois registros, que o residente fica responsável por deixar algum produto no serviço, porém, não se discute acerca dos impactos desses processos nos cenários e nas práticas profissionais, nem tampouco se problematiza a realidade estrutural e política desses serviços.

O entrevistado Núcleo Central-01, referindo-se à importância do residente nos serviços e na mudança de práticas, afirma que

[...] a gente trabalha via o residente mesmo, então a gente construindo com ele, a gente vai acumulando ao longo do tempo instrumentos e ferramentas que eles vão colocar nos serviços [...] (NÚCLEO CENTRAL-01, 2017).

É importante chamar atenção para o caráter neutro, empregado nos serviços, como se a dinâmica do cotidiano profissional e dos usuários não interferisse nos resultados das ações dos residentes.

Contudo, para Closs (2010), “as metodologias ativas de aprendizagem” viabilizam o emprego, por meio de práticas, do conceito ampliado de saúde, desenvolvem a colaboração coletiva dos trabalhadores e proporcionam o diálogo constante, de modo que subsidia a organização das ações interdisciplinares.

Segundo essa análise, prioriza-se metodologias de ensino em serviço problematizadoras que, além de questionarem a organização do processo de trabalho e a pedagogia de educação em saúde adotada, incorporam o estudante como sujeito ativo, tendo o tutor e o preceptor como facilitadores desse processo.

De acordo com relato da entrevistada abaixo, há o desconhecimento, por parte dela, da organização das atividades que fomentem a relação ensino-aprendizagem e,

consequentemente, o cumprimento da modalidade teórica. Percebe-se ainda que a organização dessa dimensão nas Residências fica a cargo de um grupo, de modo que não se promovem, dentro da organização das RMS, os espaços esperados de conversação das atividades articuladas à dimensão teórica, teórico-prática e prática. Com isso,

[...] as reuniões de planejamento, a organização da residência eu não estou presente [...] Eu não participo dessa parte de organização das obras, aí eu de fato não sei, mas o que eu sei é que sempre se colocam, se traz muitas políticas, agora, os autores específicos, eu não sei como se faz essa seleção, acho que quem está mais à frente disso é o pessoal da coordenação pedagógica, na residência. (NÚCLEO CENTRAL-02, 2017).

Em consonância com a proposta dos PPR's, busca-se cumprir a carga teórica de horas das Residências, atendendo as demandas de saúde. Quanto a isso, a entrevistada Núcleo Central-04 expõe que

[...] os módulos teóricos sempre foi (sic) uma dificuldade, mas estamos convidando os professores, os facilitadores, eles estão entendendo mais esse processo da Residência, nós sempre dizemos que a questão da metodologia é importante na residência, mas nem todas essas pessoas foram formadas nessa perspectiva e algumas conseguem; outros, não, mas sempre a gente mostra essa importância (NÚCLEO CENTRAL- 04, 2017).

Percebe-se, segundo a fala da entrevistada Núcleo Central-04, que os facilitadores dos módulos não conhecem o uso das Metodologias Ativas, preconizadas nos PPR's. As atividades/intervenções, para atingir o percentual de horas destinadas à dimensão teórica, são as mais diversas. Isso fragiliza o processo de articulação das dimensões das RMS, supervalorizando somente a aprendizagem no ato em serviço.

Sobre Metodologia Ativa, Mitre *et al* (2008, p. 2135) a definem como um processo de aprender a aprender, em que os sujeitos envolvidos devem estar “abertos” às novas possibilidades de trabalho. Os autores em questão a concebem como uma “prática de educação libertadora”, cujo desdobramento se percebe em um profissional mais partícipe e ativo.

Esse tipo de corrente pedagógica suscita que tanto o profissional do serviço como o residente devem estar em processo de aprendizagem contínuo. Esse princípio

se encontra nos PPR's de ambas as Residências ao se pautarem na EPS como processo de ensinar e aprender.

Entretanto, os PPR's não trazem como farão isso no cotidiano da Residência. Destaca-se que são poucas as iniciativas de formação de tutores e preceptores nesses moldes. Em 2016, o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) organizou um curso de especialização para os sujeitos de todos os programas de RMS de João Pessoa, na propositura de discutir o uso dessas metodologias e o papel de cada sujeito (coordenador, tutor, preceptor e residente) nas Residências.

A metodologia adotada nos PPR's foi a Espiral Construtivista (EC) “[...] como uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem” (LIMA, 2017, p. 421), a qual se centra na aprendizagem em serviço a partir da problematização nos processos de trabalho (BRASIL, 2015; 2010). Segundo o conceito dessa metodologia, ampliam-se as possibilidades de aprendizagem e percepção das demandas.

A EC é um processo de ensino, que considera o saber do sujeito, de forma que, no decurso dos processos formativos, ele deva se expandir individual e coletivamente (LIMA, 2017). A matriz de competência se embasa nessa formação circular que, ao longo do processo, a partir dos estímulos certos, tende a se ampliar. Contudo, esses estímulos devem, segundo a EC, contar com a abertura dos residentes e profissionais, sem, entretanto, tratar das interferências externas.

Para o entrevistado Núcleo Central-01,

[...] o projeto é também baseado num entendimento de uma espiral construtivista, que é uma metodologia de educação de que o contexto em que o residente se insere vão demandando as necessidades de formação, então obviamente você não pode passar previamente com um rol de disciplinas com uma burocracia do MEC [...] Agora, aí é que está (sic) a questão, na formalidade lá do Ministério está as caixinhas, mas a gente vem tentando implementar ele, olhando essas unidades pedagógicas (NÚCLEO CENTRAL- 01, 2017).

Para Closs (2010, p. 31), “a articulação entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho em saúde desafia a construção de estratégias pedagógicas [...]”, pois as ferramentas educacionais devem estimular a formação de um trabalhador que entenda o projeto de saúde do SUS, compreendendo a saúde enquanto direito e não mercadoria. As RMS surgem dessa concepção de saúde e o uso das Metodologias Ativas, segundo Mitre *et al* (2008), coadunam com esse preceito. No entanto, não se

encontra o caráter revolucionário nessas metodologias, nem nos PPR's, como se almejava nas propostas do MRSB.

2.2.3 A relação ensino-aprendizagem

Na gestão presidencial de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2003, criou-se a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que é dividida entre o Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS). O primeiro diz respeito ao processo de formação, cujas RMS são acompanhadas e o carro-chefe desse departamento é a PNEPS; no segundo, tem-se como centralidade o desenvolvimento do processo de trabalho e da importância do trabalhador enquanto implementador dos princípios do SUS.

É importante expor que, enquanto programas que visam integrar ensino-serviço, tem-se, além da PNEPS, o VER-SUS; Pró-Vida; PET-Saúde e Residências Multiprofissionais e Uniprofissionais e a PRÓ-Residência (formação médica), bem como os cursos para especialização e capacitação de profissionais na saúde.

Como os programas de formação em serviço se estruturam na intrínseca relação ensino-aprendizagem, questionou-se os sujeitos da pesquisa como isso é proposto nos PPR, a partir do desenvolvimento de suas atividades nas RMS.

Para a entrevistada Núcleo Central-02:

*Eu acho que no projeto pedagógico, ele está muito organizado e bem potente, porque o projeto pedagógico da residência, eu enxergo ele muito **na abordagem construtivista**, mas, assim, de que tudo pode ser discutido e pode ser transformado ao longo do tempo e o que é mais importante é essa **abordagem significativa do sujeito**, então isso é muito rico para a prática, para a formação do sujeito. A minha avaliação é positiva, acho que por um lado, porque quando a gente pensa nessa **construção do sujeito** [...] E aí esse processo de construção eu acho muito bacana e fortalece muito, mas eu acho que às vezes, também, em alguns momentos as coisas **aparentam estar meio soltas** e aí como é uma coisa que vai **se construindo** a cada dia, às vezes que se não tem ninguém junto lá para amarrar essa construção ou para dar um direcionamento a essa construção, às vezes ela fica meia (sic), bamba, fica meio fragilizada, mas faz parte, também, porque quando a gente está pensando numa aprendizagem que o sujeito é o protagonista do seu conhecimento, ele é uma escolha também, às vezes aquela **pessoa pode evoluir** muito e participando do mesmo processo formativo uma outra pessoa não evoluir tanto assim ou não ser atingida, ou não ser afetada tanto assim, porque*

depende muito dessa via de mão dupla do sujeito (NÚCLEO CENTRAL- 02, 2017, grifos nossos).

Nesse contexto, o entrevistado Núcleo Central-01 reflete acerca dessa relação:

[...] no projeto ela é muito boa e ela está lá contida, na hora em que você coloca que tem questão do cuidado, da gestão, da educação, prevê que a integração ensino/serviço é necessária. A gente tem bons passos com o exemplo mesmo, da história do Café com Prosa, da discussão dos problemas da residência em participar, a partir dos residentes das discussões dos serviços, então a gente tenta fazer. É porque na prática é que a gente não tem docente que possa estar nos serviços, porque a gente não tem essa carga horária, então tem essa questão, mas com certeza. (NÚCLEO CENTRAL-01, 2017).

Nos PPR's, essa relação é usada como parâmetro para implementar a aprendizagem significativa, a qual se contrapõe ao aprender mecânico, presente nos sistemas de ensino instituídos. Pauta-se ainda no apreender diferenciado, de modo que se preocupa com a transformação do saber do sujeito e do espaço que ocupa (LIMA, 2017).

É importante apresentar que essas teorias de aprendizagem assentam na abordagem da psicologia cognitiva, cuja teoria busca trazer sentido para o sujeito, bem como a “pergunta” sobre as demandas em saúde, concebidas como disparadoras do processo de aprendizagem.

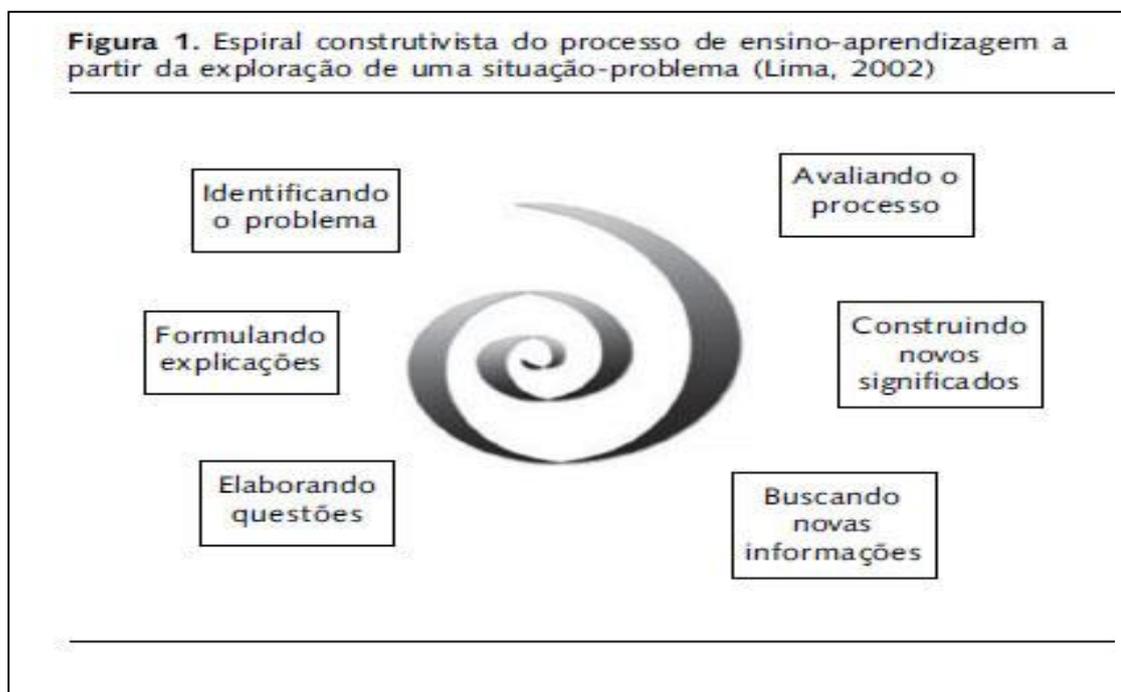
Se o processo de educação e trabalho, de acordo com essa perspectiva, não causar impacto no sujeito, não se atingiu a proposta da relação ensino-aprendizagem. Contudo, é importante ressaltar que esse processo de aprendizagem não faz articulação com a conjuntura macro, limitando o profissional à reflexão no campo do micro, do cotidiano.

A concepção construtivista se apoia na aprendizagem significativa, que é um modelo de aprendizagem por competência, no qual saberes “prévios são considerados determinantes na construção de novos saberes, devendo ser passíveis de problematização” (LIMA, 2017, p. 425) e na metodologia da problematização, que é uma aprendizagem ativa diante dos problemas (LIMA, 2017).

O trabalhador é convidado a mudar sua forma de executar uma determinada atividade, uma vez que a abordagem construtivista “[...] enfatiza a historicidade dos sujeitos e seu papel nas mudanças institucionais e sociais [...]” (AGUIAR; RIBEIRO, 2009, p. 374).

O percurso pedagógico da EC tem como premissa a evolução do sujeito. O modelo de EC apresentado foi traduzido por Lima (2017, p. 427) como esse movimento que acontece se pautando pela ação coletiva. Primeiro, identifica-se o problema (I), formula-se possíveis hipóteses (II), depois, questiona-se sobre essas explicações (III), pesquisa-se sobre as indagações (IV), único momento solitário, socializa-se os achados da pesquisa (V) e, depois, avalia-se todo o processo de construção do saber (VI). Não existe, contudo, um ponto final, já que esse processo pode acontecer diversas vezes, sem tempo fixado ou sem objetivo inflexível, fazendo com que essas pactuações devam ser coletivamente decididas. Na figura 01, a seguir, destaca-se a espiral construtivista do processo ensino-aprendizagem.

Figura 01: Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem



Fonte: Lima, V.V. 2017

Para as entrevistadas Núcleo Central-03 e Núcleo Central-04, respectivamente, a relação ensino-aprendizagem

É extremamente proveitoso, é rico, é rico para a gente, é rico muito mais para vocês, porque ter a oportunidade de passar dois anos dentro de uma instituição que com toda precariedade ainda é um campo rico, principalmente dentro de João Pessoa, não existe outro, eu não acredito que tem algum outro tão rico quanto esse, que você tem a oportunidade de ver com a prática, de interagir com um grande número

de profissionais, de discutir questões, independente da forma que, lógico, isso também é muito pessoal de cada profissional, de você saber interagir, às vezes o profissional é bom, mas ele não sabe isso, é tímido, é o perfil. (NÚCLEO CENTRAL-03, Out. 2017).

[...] a gente está com muitas pessoas que estão com outros olhares e principalmente a questão de educação em saúde, políticas públicas, epidemiologia, está vindo com muita coisa boa para os residentes, a própria metodologia da pesquisa, está vindo com muita prática, muito aprendizado, muita coisa para o dia a dia deles, as disciplinas estão sendo voltadas muito para a prática dos residentes também, informatização da saúde, gestão da saúde, está sendo voltado para projetos dentro do hospital e dentro da prática deles em termos de saúde [...]. (NÚCLEO CENTRAL-04, 2017).

Os relatos apresentam enfoques diferentes quanto à relação ensino-aprendizagem nas Residências. A primeira expõe a riqueza da prática em um hospital-escola, com diversidade de demandas e interação com profissionais qualificados, apesar do contexto de precarização da saúde. A troca de saberes, notadamente entre residentes/tutores/preceptores, é enaltecida.

Para a entrevistada Núcleo Central-04, a articulação entre teoria e prática vem se solidificando e essa relação possibilita uma melhor inserção dos residentes nos espaços e retorno aos serviços, visto que são fomentados projetos em consonância com as demandas dos serviços. Essa combinação, para a entrevistada, contribui com a relação ensino-aprendizagem, proposta no PPR.

Nesse processo, apresentaram-se algumas ferramentas que as RMS disparam nos serviços, tais como: o trabalho multiprofissional com ações interdisciplinares, que são componentes primordiais para construção da integralidade do cuidado.

2.2.4 Equipe Multiprofissional e Interdisciplinar

Segundo Andrade (2015), outro eixo de ação da PNEPS se debruça sobre as relações de trabalho. Esse processo ocorreria por meio da formação das equipes multiprofissionais, cujos profissionais compartilham de responsabilidades para promover o cuidado em saúde, tomando como objetivo o princípio da integralidade.

Apreende-se a interdisciplinaridade enquanto ferramenta capaz de atender as demandas em saúde, valendo-se de vários recursos. No caso, são as categorias profissionais que, coletivamente, estabelecem estratégias de resolução/encaminhamento dessas demandas.

Destaca-se, ainda, o caráter articulador entre ensino-aprendizagem disparado pela interdisciplinaridade. Nos PPR's, tomou-se a interdisciplinaridade como processo de compartilhamento de conhecimento, a partir da relação entre saber e prática.

Nota-se a ênfase nas intervenções interdisciplinares, o “trabalho de equipe, a discussão de papéis profissionais, o compromisso na solução de problemas e a negociação na tomada de decisão” (BATISTA, 2012, p. 26). Nesse processo, leva-se em consideração o que for significativo para o coletivo e para o profissional individual, a partir da vivência no cotidiano.

Para a entrevistada Núcleo Central-04, o impacto da equipe multiprofissional e interdisciplinar nos serviços acontece no dia a dia,

[...] mostrando o trabalho multiprofissional entre eles e com o conjunto dos profissionais do hospital, isso aí é uma grande contribuição. Então, um dos principais impactos que a gente diz é a questão quando chegam a multiprofissionalidade, porque geralmente nos serviços é cada um, por mais que diga que trabalhe em conjunto, mas você não vê muita atividade, você vê uma conversa, uma troca de ideias, mas não é aquela coisa que você traça o tratamento do paciente, vendo todos os profissionais. Então, sempre quando a residência chega, e isso é todo ano, muitas vezes chega no mesmo cenário, mas a gente ainda sente isso, então, a gente diz que todo ano é plantado e vai colher, vai colhendo, vai plantando, vai regando, até a gente vê que realmente um dia esses cenários se modificaram, mas como os residentes passam e a maioria do tempo esses profissionais não estão com eles, então a gente vê que é a cada ano mesmo que vai mudando, mas o tempo em um hospital é muito pouco, pelo menos nos cenários externos (NÚCLEO CENTRAL-04, 2017).

Nos PPR's, não se conceituam a formação das equipes multidisciplinares, mas, paralelamente, chama-se atenção para as ações interdisciplinares, pois, com essa ferramenta, busca-se formar um profissional capaz de “reconhecer a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade como política educativa” das práticas profissionais (BRASIL, p. 16).

De acordo com Silva (2016), na formação das equipes multiprofissionais, deve-se levar em consideração o princípio da integralidade do cuidado, ou seja, não é somente reunir profissionais de áreas diferentes, mas estabelecer como parâmetro esse princípio do SUS.

Os profissionais dos serviços, ainda de acordo com a autora, são mais afetados com essa nova proposta de trabalho, uma vez que ela provoca inquietudes quanto à prestação do cuidado em saúde.

A entrevistada Núcleo Central-04 problematiza o pouco tempo das equipes multiprofissionais nos cenários externos, o que retarda e fragiliza os efeitos desse trabalho coletivo no que concerne à possibilidade de transformação das práticas e organização dos serviços.

No que diz respeito à ação interdisciplinar, esse saber possibilita aos profissionais uma visão sobre o sujeito de forma mais ampla, favorece o trabalho coletivo e proporciona uma melhor assistência, colaborando com a operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS. Para Carvalho (2010, p. 153), a interdisciplinaridade

[...] não se encontra como debate central, apenas na ordem das práticas, da formação e orientação dos serviços em mutualidade, passa a exigir relações horizontais, capacidade de gestão participativa, mecanismos gerenciais democráticos, intersetorialidade, processos de relações pedagógicas e educativas.

Referente ao trabalho em equipe com ações interdisciplinares, a entrevistada Núcleo Central-02 faz a seguinte reflexão:

Eu acho que ela sensibiliza a equipe, tanto a equipe quanto os usuários no sentido de perceber que é possível, que às vezes a gente chega, a equipe está meio desacreditada de que é possível articular outros serviços, é possível executar e tornar assim concreto aquilo que é nosso objetivo maior, eu acho que esses movimentos, esses processos de reflexão nos aproximam de onde a gente quer chegar com as nossas ideologias (NÚCLEO CENTRAL-02, 2017).

Além da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade como componentes da organização do processo de trabalho, destaca-se a integralidade como princípio que estrutura o SUS idealizado, para atender às necessidades dos usuários, desviando-se da lógica biologicista e deficitária do cuidado.

Aguiar e Ribeiro (2009, p. 377), ao tratarem da integralidade nos cursos de formação com uso da pedagogia de competências, destacam que “a integralidade na atenção implica no desenvolvimento das diferentes habilidades que garantem determinada competência”.

Para o entrevistado Núcleo Central-01, os impactos da integralidade na organização da assistência estão ligados à implantação de algumas ferramentas:

[...] quando você fala em gestão da clínica, olhar o cuidado integral, universal e com equidade, a graduação tem dificuldades de construir sujeitos que operem com esse entendimento, inclusive tem uma dificuldade imensa e a residência tem isso como projeto mínimo, que a gente entenda o cuidado integral, quando você fala em interprofissional não dá para descolar uma coisa da outra. Então, a residência tem contribuído, sim, embora que aí dentro da mesma questão, ele ainda não impacta no serviço pela quantidade, mas nos lugares onde a gente está ver avanços, ainda acho que tem (NÚCLEO CENTRAL-01, 2017).

Para a entrevistada Núcleo Central-04, os desdobramentos da integralidade repercutem principalmente na dinâmica do serviço, na relação entre profissionais e os usuários:

A maioria das vezes, quando os residentes chegam em um local, eu acho que o principal impacto é a questão humana, a questão assistencial de humanização, de ver a individualidade de cada paciente, de ver não só o paciente, mas o paciente, o acompanhante, o visitante, o profissional que está cuidando desse paciente. Então, é uma coisa que o ar do local muda, flui tudo melhor tinha um problema com um acompanhante, você não tem mais porque ele vai ter a assistência do psicólogo, do serviço social e dos outros profissionais, então flui melhor o cuidado com o paciente (NÚCLEO CENTRAL-04, 2017).

É oportuno tratar de outro processo que tem acontecido nos HU's, que inflexiona sobre o processo de organização dos serviços e que, inevitavelmente, repercute sobre as RMS: a implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) na administração desses hospitais.

2.2.5 Propostas das RMS e da Ebserh: conjuninâncias e divergências

O HULW assinou contrato com a Ebserh em dezembro de 2013, documento cuja validade estabelecida foi de vinte anos. A implantação da Ebserh ocorreu no ano subsequente, quando se começou a assumir cargos de chefia e, conseqüentemente, redimensionou-se a estrutura do hospital. Para o primeiro ano, foram estabelecidas algumas metas, como a contratação de novos trabalhadores, visto que, na realidade nacional, os HU's estavam defasados de recursos humanos (EBSERH, 2013).

Na Cláusula Primeira do contrato, inciso II, expressa-se o “apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública” (EBSERH, 2013). A Ebserh é uma empresa pública regida pelo

direito privado e a ideologia que conduz seus objetivos é divergente das bandeiras de luta da RSB, sob a qual a RMS tem sua base política e social.

No que diz respeito às divergências e conjunções entre as propostas das RMS e a finalidade da Ebserh, os entrevistados Núcleo Central-01, Núcleo Central-02, Núcleo Central-03 e Núcleo Central-04, sequencialmente apresentados, expõem que:

*[...] o projeto da Ebserh nacional, como ele foi concebido era de extremo **apoio a residentes** e uma coisa inclusive articulada. Eu retomo o problema como o da condução da Ebserh local, de que não é nos princípios se você for olhar os planos, eu estive na construção do primeiro plano e estive na construção do plano diretor, todos fazem amplamente a discussão sobre a integração do centro assistencial, fomentar as residências, formação de preceptor. Só que na hora do fazer, que são os atores que estão indicados, não implementam, porque não consideram prioritário, construíram para o plano ficar, como se diz, bonito, dizer que está politicamente correto, mas o que interessa é como isso é feito depois. Eu, inclusive, tenho discutido com esses atores, tem, inclusive, uma instância de direção que é do alto escalão, que é para cuidar disso (NÚCLEO CENTRAL-01, 2017, grifos nossos).*

*Eu acho que eu já disse quando eu falei que a gente tem uma **abordagem transversal** e a Ebserh vem muito nessa **lógica hospitalar de visão de setores**, cada setor tem uma coordenação (NÚCLEO CENTRAL-02, 2017, grifos nossos).*

Acho que não tem diferença. [...] a diferença da proposta da Ebserh hoje é uma questão de produção, aumentar a produção que isso para o residente é ganho, tanto para o residente da Rimush, quanto para o residente médico, quando essa produção não acontece, quem deixa de ver é o residente como [...] Então, eu não vejo que tenha tido divergência, não... Pode até ter na visão do residente, mas na minha visão, enquanto profissional, eu acho que não. (NÚCLEO CENTRAL-03)

É, eu não vejo isso, não. Agora, assim, realmente o que a Ebserh faz é se, quanto mais o funcionário, o preceptor se engajar na residência, eles vão ter incentivo, então, assim, a Ebserh vai ter incentivo, já está o projeto aí aprovado para a remuneração de preceptores, para a remuneração de se você está orientando um TCC, não é preceptores só na parte da assistencial, quanto mais você participa da residência com orientação aos TCCs, com atividade de núcleo, com atividade de ênfase, mais esses preceptores vão ser pontuados para chegar até uma gratificação da Ebserh (NÚCLEO CENTRAL-04, 2017).

Os entrevistados Núcleo Central-01, Núcleo Central-03 e Núcleo Central-04 avaliam que há mais convergência ao se reportarem aos objetivos da Ebserh com os dos PPR's. O projeto da Empresa Brasileira, para o Núcleo Central-01, está em

consonância com o PPR e o entrave seria a ocupação de cargos de confiança por pessoas que não priorizam a formação em serviço, pois veem os programas de RMS apenas como projetos de especialização e não compreendem os impactos que as Residências podem disparar nos serviços e nas práticas em saúde.

Para a entrevistada Núcleo Central-03, a questão produtivista da Ebserh é benéfica para os residentes, pois, segundo ela, vem mais casos. A entrevistada Núcleo Central-04 vê como positivo, destacando, inclusive, o incentivo da Ebserh no envolvimento dos trabalhadores da Empresa Brasileira com as atividades das Residências. Nos documentos legais²¹, de fato, há expresse o apoio da Ebserh ao desenvolvimento das RMS nos hospitais-escola, contudo, não existe especificação de como ocorreria esse estímulo.

A entrevistada Núcleo Central-02 é a única que indica a divergência entre os dois projetos, tendo em vista que a Ebserh tem outra estrutura de modelo de saúde, com uma lógica ainda hospitalocêntrica, enquanto as RMS fomentam a transversalidade do saber, a mudança de práticas e do cuidado em saúde e a problematização dos processos de trabalho, do cuidado em saúde e da relação entre saber e prática na saúde.

Os entrevistados, com uma única exceção, não compreendem a Ebserh como um meio de privatização dos HU's, nem que o projeto da Empresa Brasileira destoa do que está instituído nos PPR's. Esse entendimento pode estar associado à participação nos processos de elaboração do projeto da Ebserh local, aos benefícios estruturais e de recursos humanos que o HULW angariou pós-Ebserh. Porém, não se analisou politicamente os reflexos desses impactos no cuidado e formação em saúde, de modo a entender a saúde e a educação como direito e não como mercadoria.

A entrega da administração dos HU's à Ebserh, conforme Silva (2016), fragiliza a autonomia das universidades, institui a entrada da lógica privada nesse setor, priorizando as necessidades mercadológicas. Ainda de acordo com a autora, nota-se que, por meio da Ebserh, tem-se o controle da formação e da gestão do trabalho nesses espaços que são essenciais à formação dos recursos humanos em saúde.

De acordo com Andrade (2015, p. 47), a aprovação da Ebserh como mecanismo de privatização da saúde “compromete os vínculos dos trabalhadores,

²¹ Trata-se da Lei 12.550, de 2011, que criou a Ebserh e do Regimento Interno da Ebserh (3ª revisão). 2016.

ameaça à autonomia universitária e permite a mercantilização de serviços de pesquisa e extensão [...]”. Esse foi mais um mecanismo adotado pelo governo federal, de apoio à burguesia nacional.

Em uma conjuntura de privatização da saúde, com a entrega dos serviços públicos ao setor privado, de precarização das condições de trabalho e de flexibilidade nos vínculos empregatícios, perguntou-se sobre a avaliação dos entrevistados sobre os PPR e o que lhes mantinham nas RMS, diante de um contexto tão complicado para a saúde pública de modo geral.

Os entrevistados Núcleo Central-01 e Núcleo Central-04 avaliam os PPR's das RMS do seguinte modo:

Não, é de luta, ainda, eu enxergo que ainda é de implementação, a gente tem uma consolidação de existir, mas não tem uma consolidação do espaço político, em todo lugar é aquela história, é como se fossem seres de outro planeta, a gente é estranho (risos). Não, mas como a gente é diferente, a gente pensa diferente educação e existe até os que pensam saúde como a gente, mas não pensam residência igual, interessante, tem isso, essa compreensão. Obviamente, entre tudo que a gente gostaria, entre tudo que a gente consegue fazer tem um hiato, lógico. Interessante como tem até algumas pessoas que são da luta, mas não concordam com a residência [...] (NÚCLEO CENTRAL-01, 2017).

A gente tenta levar a residência dentro da proposta original, certo? E, assim, a cada dia a gente vai pensando e usando estratégias para que essas propostas sejam mais utilizadas ainda. Foi um projeto muito bem feito, a gente vê que a cada dia a residência pode crescer mesmo dentro do projeto que foi feito [...] (NÚCLEO CENTRAL-04, 2017).

Para as entrevistadas Núcleo Central-02, Núcleo Central-03 e Núcleo Central-04, o que lhes mantém parceiras da RMS é o fato de

Por ser militante do SUS, por ser militante da saúde mental, por ser militante da saúde pública, de forma geral, eu defendo os projetos da residência por conta disso, porque eu acho que de fato a residência tem uma capacidade de potencializar aquele trabalhador da saúde, de transformar, de diminuir a distância entre essa relação entre ensino e serviço [...]. (NÚCLEO CENTRAL-02, 2017).

[...] com todas as dificuldades, eu acho que hoje a residência, ela está muito bem estruturada [...] a questão da produção hoje, não só a produção para a conclusão, quantos artigos a residência está fazendo e a gente junto, não é, essa visão, isso assim, [...] aumentou muito, os artigos publicados, apresentados em congressos, a gente já fez. (NÚCLEO CENTRAL-03, 2017).

É um processo de trabalho que eu gosto, sempre tem coisas novas, sempre tem ideias novas, os residentes sempre, todas as turmas, eles surpreendem com a questão de ideias, de trabalhos novos, de atenção com o paciente, com tudo inovando. Então, assim, eu adoro, gosto muito, porque eu sei que no final quem vai ganhar é o paciente e também os residentes, de estarem ali passando todos esses momentos de crescimento. A questão de dificuldades, nós temos várias dificuldades, tanto material, como humano, você está lidando com pessoas diferentes e isso é uma coisa difícil, muitas vezes, mas assim, a gente tenta e vai conseguindo e vai vencendo estamos passando. A questão de carga horária, não remuneração, às vezes os próprios colegas que trabalham conosco na outra atividade, que é a atividade assistencial, que nós não somos só atividade de residência, assistência também está presente, então, muitas vezes você pode ser mal interpretado em algumas atividades que você faz em conjunto, então, assim, é difícil, mas a gente vai levando e tentando conseguir e tentando mudar e tentando acertar, mas não é uma receita de bolo, é tentando acertar mesmo. (NÚCLEO CENTRAL-04, 2017).

Percebe-se o interesse político dos entrevistados na continuidade dos programas e, mesmo sem qualquer incentivo financeiro, esses sujeitos contribuem voluntariamente nas funções das RMS, assumindo, na maioria dos casos, mais de uma atividade nas Residências e ultrapassando a carga horária de trabalho, de modo a se sobrecarregarem de atividades.

Essa dedicação em manter o idealizado nos PPR's pode ser percebida nos relatos dos entrevistados quando falam que estão envolvidos por acreditarem nos impactos dos programas na prestação do cuidado, tal como proposto e formalizado no bojo do SUS.

O próximo capítulo versará sobre o trabalho em Saúde, de modo a analisar como as RMS se organizam, a partir da avaliação dos residentes dos dois programas.

CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: DO PROJETO PEDAGÓGICO AO COTIDIANO PROFISSIONAL

As Residências Multiprofissionais não devem simbolizar uma saída para todos os males da formação em saúde [...] É preciso reconhecer seu potencial transformador sem, contudo, superestimar seu campo de ação. (SANTOS, 2010)

Neste capítulo, há a análise dos impactos provocados pelas Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), na organização do trabalho e na formação profissional, em um cenário de outro modelo de administração do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Para tanto, recorreu-se à compreensão dos residentes e à estrutura dos Projetos Pedagógicos das Residências (PPR's).

Como dito anteriormente, as Residências estudadas são as seguintes: a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (Rimush) e a Residência em Saúde Mental (Resmen), sendo ambos os programas articulados ao Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Destarte, considera-se importante articular o debate das RMS ao processo de implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh)²², responsável pela administração do HULW, a partir de 2014.

Desse modo, durante o capítulo, são apresentados os resultados da pesquisa de campo, que se propôs a descrever a organização das práticas e rotinas dos residentes durante a especialização; discutir as divergências e conjunções da proposta da Ebserh e das RMS, bem como identificar qual a função político-social das RMS para os residentes, com referência aos PPR's de ambos os programas.

Além disso, há a discussão das bases teóricas dos PPR's que organizam as atividades das RMS, contrapondo essa influência teórica com os preceitos do Projeto de Reforma Sanitária Brasileiro (PRSB).

²² Considera-se que a Ebserh é produto do documento orientado pelo Banco Mundial, "Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: fortalecendo a qualidade do investimento público e da gestão de recursos humanos".

Sabe-se que as Residências são incorporadas como mecanismo em prol do PRSB, entretanto, a implementação dessa especialização ocorre em um contexto adverso para saúde, cuja ofensiva neoliberal se espalhou a passos largos, inclusive nos processos formativos, redimensionando-os em favor do mercado.

3.1 As RMS e a Ebserh: apontamentos sobre a organização do trabalho no HULW

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) são programas de formação em serviço que se pautam na “aprendizagem pelo trabalho²³” – entendido como unidade indissolúvel e criativa entre teoria e prática. Ademais, devido ao formato das Residências e, conseqüentemente, à inserção no âmbito dos serviços de saúde, a maior porcentagem em horas foi direcionada às atividades assistenciais; o que corresponde a 80% prática e teórico-prática e 20% teórica.

Para isso, incorporou-se à rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) como espaço de aprendizagem e reflexão desses programas. Nota-se que se estabeleceu a tríade saúde-trabalho-educação nas RMS, cujas políticas interagem no desenvolvimento de estratégias que viabilizem o alcance da integralidade no cuidado em saúde. Da mesma maneira, ao SUS foi atribuída a função de capacitar seus recursos humanos e na Lei 8.080/1990 teve-se a formalização dessa responsabilidade.

A estrutura pedagógica das RMS foi influenciada pela Medicina Comunitária, que surgiu nos anos 1970 no Brasil. Como principais critérios de implementação nas RMS, enfatiza-se a formação de “equipes multiprofissionais; a integração ensino-aprendizagem; utilização de tecnologias apropriadas e a participação comunitária” (LIMA, 2010 apud ANDRADE, 2015, p. 58).

Ademais, o arcabouço legal da Residência Médica também interviu na normatização da RMS, sendo, para Andrade (2015, p. 53), “[...] referência tanto em termos pedagógicos quanto na organização para os demais programas de outras áreas da saúde implantados a partir da década de 1970, em sua maioria em hospitais universitários”.

Os hospitais universitários, até a implantação do SUS, eram concebidos como espaços de ensino e pesquisa, notadamente, médicos. Não se preocupava com a

²³ O Projeto Pedagógico das Residências, objeto de estudo, utiliza a terminologia “aprendizagem no trabalho” ao se reportar ao processo formativo no e pelo trabalho.

prestação do atendimento de saúde em si, mas, sim, com o desenvolvimento do conhecimento médico e de toda estrutura farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares.

Silva (2018) sinaliza que a primeira experiência de RMS no Brasil ocorreu em 1976, no Rio Grande do Sul, e essa proposta surgiu enquanto resistência ao modelo de saúde instituído no país. À época, vivenciou-se a conjuntura de ditadura e de arbitrariedade do Estado e, por esse motivo, os modelos de Residência fecharam e só retornaram pós-constituente²⁴.

Na década de 1980, instalou-se o contexto de luta pela democracia e pelo estabelecimento de outro tipo de assistência em saúde. Dentre as novas exigências, requisitou-se um novo perfil de profissional para a saúde. Entendia-se que, para angariar o SUS idealizado, o eixo de formação de recursos humanos deveria ser transformado e, por conseguinte, a proposta foi a de assentar o cuidado com base na saúde preventiva, no atendimento integral e na formação das equipes interdisciplinares.

A retomada às experiências de RMS, mesmo sem aporte jurídico e teórico nos anos 1990, surgiu da vontade dos profissionais dos serviços e da necessidade em saúde em “modificar o padrão de cuidado” que, mesmo com o SUS, ainda apresentava características opostas desse novo sistema, tais como: domínio da figura do médico, fragmentação do cuidado e supervalorização do hospital em detrimento dos outros níveis de atenção em saúde.

Por mais de uma década, pós-constituente, existiram experiências de RMS sem nenhuma normatização pedagógica. Logo, as Residências ocorreram sem processo teórico estruturado e isso abriu precedente para a hegemonia da abordagem “aprender – fazendo”, em que a dimensão prática e a concepção pragmática do conhecimento se tornaram preponderantes, bem como para a fragilidade da implementação e integração ensino – serviço.

Como tratado, as Residências Multiprofissionais foram incorporadas ao processo de formação dos trabalhadores na saúde, enquanto ferramenta que visou superar o modelo biomédico de cuidado e em defesa das bandeiras de luta do Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (MRSB). Para Closs (2010, p. 16): “[...] situamos a importância da área de Recursos Humanos em saúde, campo no qual se

²⁴ As RMS surgiram com foco de ação na Atenção Básica (ANDRADE, 2015).

insere a Residência Multiprofissional, como uma política de formação em saúde que contribui para a consolidação do SUS”.

Destarte, procurou-se traçar um perfil profissional condizente com as necessidades do SUS, que soubesse disparar, em seu cotidiano de trabalho, ações interdisciplinares, trabalho em equipe, discussão da realidade local, como também problematização do processo de trabalho e inserção da Educação Permanente em Saúde (EPS) como política norteadora da prática profissional em saúde (BRASIL, 2010; 2015).

Contudo, as RMS só adquiriram concretude jurídica e definição da estrutura no período de contrarreforma do Estado, especialmente na primeira década do século XXI. Nessa conjuntura, apreende-se a introdução da teoria do Capital Humano²⁵, via projeto neoliberal, que, no Brasil, angariou espaço junto aos processos de formação, e com a qual a essência dessa teoria está atrelada na adaptação do profissional às necessidades do sistema capitalista.

Ruela (2013 apud ANDRADE, 2015, p. 55) ratifica que o conceito de Capital Humano camufla “as relações de exploração capitalista”, direcionando ao profissional à responsabilidade pela capacitação profissional constante.

Nessa lógica, o trabalhador deve estar apto a concluir as tarefas que, no campo da saúde, centraram-se na imprevisibilidade das demandas, desarticulando-as da relação entre produção material e relações sociais. Observa-se a influência dessa teoria nas Metodologias Ativas de ensino-aprendizagem, cuja proposta é tornar o trabalhador habilitado às intervenções do cotidiano e das necessidades dos serviços – entendidos em sua estrutura local.

Ressalta-se que, ao chamar atenção para a ênfase na dimensão local, não se está desconsiderando o necessário atendimento às demandas dos serviços em espaço micro, mas pontuando a fragilização com a articulação entre as dimensões micro e macro.

A expansão do número de programas de Residência e de especializações a distância foi também resultado dessa urgente capacitação, pois aumentou a procura por especialização para responder às novas exigências do mercado, visto que se requiritava um novo trabalhador para o SUS. Demonstrem-se dois direcionamentos

²⁵ Essa teoria foi abordada no segundo capítulo do presente trabalho. Ressalta-se que não se teve a pretensão de esgotar o debate, mas apontar elementos necessários à reflexão dessa interferência na construção dos PPR's.

teóricos que influenciaram na organização das RMS: a saúde como direito – cujo precursor foi o MRSB – e a saúde como bem comerciável – atrelada ao projeto neoliberal.

Embora haja a defesa pelo pluralismo, Bravo e Menezes (2011, p. 27) advertem para a possibilidade da pluralidade de teorias ocasionar ecletismo: “O pluralismo não pode implicar o ecletismo ou o relativismo. O debate das ideias é fundamental, mas não se pode pensar em conciliar pontos de vista inconciliáveis em nome do pluralismo”. Nesse sentido, considera-se que o pluralismo não deve ser compreendido como abandono de uma direção teórica hegemônica.

Conforme analisaram Bravo e Menezes (2011, p. 21-22), essa mudança de direção teórica

[...] vai influenciar na direção da Reforma Sanitária, que passa a ser orientada pela social-democracia, perspectiva de autores referidos que não tem a preocupação com a superação do capitalismo. A concepção anterior, construída a partir de meados dos anos setenta, tinha como horizonte a emancipação humana, que só seria alcançada com o socialismo.

É imprescindível trazer essa reflexão para entender também o processo de construção dos mecanismos de formação dos estudantes e trabalhadores em saúde nos HU's e, assim, sua organização político-pedagógica. Tem-se percebido nessas formações a sobrecarga do trabalhador enquanto provocador de mudanças, sem, contudo, correlacionar a realidade dos processos de trabalho e dos serviços às imposições do grande capital.

A política de formação de recursos humanos, adotada no SUS, foi a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída por meio da Portaria nº 198/GM/MS, de 2004²⁶, a qual está inserida no eixo trabalho, saúde e qualificação do Ministério da Saúde (MS).

A PNEPS se encontra embasada, como já elucidado, no currículo de competências, na aprendizagem significativa e na pedagogia da problematização, cuja propositura foi “desenvolver estratégias e processos para alcançar a integralidade” do cuidado, articulando à participação da sociedade (BRASIL, 2007,

²⁶ Em 2007, foi lançada a Portaria 1.996, readequando as diretrizes e estratégias da PNEPS com o Pacto pela Saúde.

s/p), conceitos e práticas inseridas no campo das Metodologias Ativas de ensino-aprendizagem.

Mitre *et al* (2008) afirmam que são instrumentos das Metodologias Ativas de ensino-aprendizagem esses disparadores de aprendizagem que se encontram presentes nas diretrizes pedagógicas dos PPR's da Rimush e da Resmen, os quais são desenvolvidos a partir da matriz de competências e habilidades.

Considera-se importante resgatar esse debate tratado no capítulo anterior e fazer algumas ponderações com relação às bases teóricas e metodológicas da PNEPS, visto que este capítulo se centra a partir da compreensão dos residentes.

O modelo de competências ressurgiu nos anos 1990, com a crise do paradigma fordista de produção e, assim, foi uma resposta ao processo de reestruturação produtivista de cariz toyotista.

Ademais, esse modelo se embasa no conceito de organização qualificante do trabalho, cuja proposta se apropria do “conhecimento técnico do trabalhador associado à ideia de iniciativa e responsabilidade”, articulando a capacidade de resposta desse profissional à inconstância das demandas em saúde (ANDRADE, 2015, p. 91).

Vale dizer que a aprendizagem significativa se embasa no conhecimento prévio dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado, bem como na apreensão das informações externas (realidade posta), levando em consideração como esses sujeitos, a partir dessa interação, responderiam às demandas.

A Espiral Construtivista²⁷, instrumento pedagógico usado nos PPR's, se embasa na pedagogia da problematização. Segundo essa proposta, não há como os envolvidos permanecerem do mesmo jeito, pois se faz necessário problematizar a realidade, articulando-a a ampliação do conhecimento dos envolvidos, de modo cíclico e em formato de espiral (LIMA, 2017). Esse é o arcabouço político-pedagógico presente na PNEPS que, conseqüentemente, se encontra na estrutura dos PPR's das Residências analisadas.

A legalização das RMS e Uniprofissionais ocorreu um ano depois da aprovação da PNEPS, por meio da Lei 11. 129 em 2005, em conformidade com as proposições do SUS (BRASIL, 2005). As RMS são definidas como pós-graduação lato sensu, voltadas para o ensino em serviço, cuja formação incorpora as seguintes

²⁷ Mecanismo pedagógico usado nos PPR's, de modo a possibilitar ao residente o envolvimento e a ampliação na assistência em saúde e no conhecimento, respectivamente.

profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, em consonância com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 287 (BRASIL, 1998).

Considera-se importante chamar atenção para a demora na implementação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), que aconteceu somente em 2009, com a Portaria Interministerial²⁸ nº 1.077.

Essa comissão era responsável pela organização, a nível nacional, das RMS, bem como no incentivo à construção coletiva dos programas de Residências. A CNRMS ficou incumbida de avaliar, acreditar, credenciar e registrar os programas de RMS, em consonância às demandas locais em saúde e de estrutura do SUS (BRASIL, 2009).

As RMS são empreendidas como ferramentas da PNEPS, responsáveis por organizar as práticas profissionais em saúde e as rotinas, promovendo a articulação entre saber e a prática, com base no princípio da integralidade do cuidado, cujas ações interdisciplinares, a fim de disparar esses processos, são estrategicamente incorporadas aos PPRs.

No que tange ao dia a dia do serviço, a integralidade expande “o olhar do profissional sobre o sujeito para além da doença ou da demanda por ele apresentada” (ANDRADE, 2015, p. 125). Entende-se que, ao buscar suprir as necessidades em saúde, que são sociais e individuais, os homens estabelecem contínua relação.

Desse modo, compreende-se que no cotidiano são também estabelecidas as formas de cuidado, as quais podem fortalecer o trabalho pautado nas práticas multiprofissionais, objetivando a implementação da integralidade do cuidado ou, contrariamente, reforçando o uso de técnicas centradas na figura do médico.

Para Andrade (2015, p. 139), a integralidade como cuidado de vida deve ser tomada, concomitantemente, “como possibilidade de construção de outra realidade social” e não, exclusivamente, no campo do cotidiano. As ações em saúde estão atreladas a um projeto de sociedade, mesmo que isso não seja identificado pelo profissional a priori.

No tocante à abordagem multidisciplinar, a composição de uma equipe deve levar em consideração as demandas em saúde, concomitantemente às

²⁸ A CNRMS é coordenada pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

particularidades daquela região. No entanto, a reunião desses profissionais não é condição *sine qua non* para estabelecer um projeto de saúde coletivo, mesmo sendo um importante dispositivo.

Com relação ao trabalho interdisciplinar, nota-se “a complementaridade e a interdependência dos trabalhos especializados e a criação de um novo campo de conhecimento a partir das trocas de saberes” (SHIKASHO, 2013, p. 28), cujos profissionais pleiteiam o mesmo objetivo.

Ademais, Silva (2018, p. 206) concebe a interdisciplinaridade como uma “metodologia de realização do trabalho e da formação em saúde”, o que faz se destacar a presença dessas abordagens nos PPR’s da Rimush e da Resmen.

Nota-se que, para se ter um trabalho interdisciplinar, há a necessidade da composição da equipe multiprofissional. É nessa interface que os PPR’s propõem mudar a lógica do cuidado, pois não basta ter várias categorias profissionais, mas conceber que os trabalhadores precisam interagir, de modo a desenvolverem uma proposta de cuidado em saúde coletiva e potencializadora de mudanças.

Apreende-se que, além dos paradigmas de multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, a integralidade do cuidado em saúde se assenta na capacidade de resolução das demandas, a qual exige a articulação com outros setores da saúde e de outras políticas (POTYARA, 2014).

Para tanto, a inserção dos hospitais na rede regionalizada e hierarquizada do sistema de saúde foi crucial nesse processo. O SUS foi dividido em atenção primária, secundária e terciária. A fim de garantir a integralidade, criou-se, como dispositivos, a referência e contrarreferência entre os níveis de atenção, os quais coadunam com a proposta de atendimento integral e viabilizador do acesso ao direito da saúde. A primeira ocorre em um nível crescente de atenção e a segunda se refere aos encaminhamentos em nível decrescente de atenção em saúde.

Todavia, em decorrência do subfinanciamento crônico da saúde, que na constituição do SUS já sinalizava a necessidade de um aporte financeiro maior, os HU’s, embora relevantes para execução das propostas do sistema público de saúde, foram escamoteados pelo poder público. Esse panorama resultou em um completo descaso com a missão estabelecida e provocou impacto dos HU’s na assistência, fragilizando o processo de articulação e resolutividade em rede.

O marco legal do SUS, que trata das transferências intergovernamentais, foi a Lei 8.142/1990, porém, não houve leis que detalhassem, de modo satisfatório, essas

demandas na área da saúde. Nos anos 2000, a Emenda Constitucional (EC) 29/2000 foi um avanço quanto à movimentação política, mas não produziu profundas alterações do ponto de vista prático, especialmente para o HU's, que ficaram “soltos” entre as deliberações do Ministério da Educação (MEC) e MS (MENDES, 2016).

Considera-se importante reportar à gestão de Luiz Inácio Lula da Silva, cuja administração, no primeiro mandato, gerou expectativas aos defensores do projeto de RSB. O presidente convidou atores políticos de referência no MRSB para ocupar cargos de confiança no MS, entretanto, a partir de 2005 os cargos de alto escalão da saúde foram ocupados por defensores do projeto privatista da saúde (SILVA, 2013).

Não obstante, de acordo com Bravo e Menezes (2011, p.16), a gestão de Lula continuou “com políticas focais em detrimento da lógica do direito e da Seguridade Social universalizada”. As normatizações e a continuidade da implantação de outros modelos de gestão no campo da saúde foram sinais explícitos dessa postura política, iniciada nos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC).

É importante destacar que, num contexto de reestruturação dos HU's, em que havia uma defasagem nos recursos humanos, houve a expansão do financiamento das bolsas dos programas de Residência Multiprofissional destinados para as Residências nos Hospitais Universitários (HU's).

Nessa conjuntura, o MEC, em 2010, foi o principal financiador, pois, até então, as bolsas eram pagas com recursos do MS. No ano seguinte, foi autorizada a criação da Ebserh e administração do programa de reestruturação passou a ser de incumbência da Empresa Brasileira (DRUCK, 2017; SILVA, 2017; 2016).

Essa flexibilização representou a entrega das obrigações do Estado – instituição que deveria defender o bem-estar da coletividade – ao mercado. Quanto a esse episódio, Cardial (2013) chama tal movimento de “privatização não-clássica”, quando não ocorre a venda e entrega direta dos serviços públicos ao mercado.

Ainda em 2010, na gestão de Lula, foi lançada a Medida Provisória 510, que autorizava a criação da Ebserh. Essa medida foi resultado da elaboração do MEC e do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MOPG) que, contudo, foi rejeitada pelo senado.

Apesar da 14ª CNS, em seu relatório final, ter negado a terceirização da gestão, defendendo um SUS 100% público e de qualidade, a Ebserh foi aprovada, contrariando a orientação da CNS e sem amplo debate com a sociedade.

Vale lembrar que a Ebserh foi uma reedição da proposta das FEDP's²⁹, lançadas ainda na gestão de Lula, a qual propunha melhorar o atendimento do Estado em áreas sociais (CARDIAL, 2013). Tal autor assevera que as FEDP's são mecanismos da privatização não-clássica, que observa a “diminuição” da função do Estado e que se distancia das suas obrigações enquanto executor, tornando-se mero financiador e regulador; essas características se encontram presentes no Plano de Reforma do Estado.

No governo da presidenta Dilma Rousseff, a marca da administração presidencial foi de um governo mais privatista, com manutenção do modelo econômico e político do seu antecessor, ratificando a continuidade do acordo estabelecido entre a gestão petista e o grande capital. Foi na gestão da presidenta, especificamente, que ocorreu o maior ataque aos HU's (BRAVO; MENEZES, 2011).

Como continuidade do afronte aos HU's, em 2011 foi reenviada a MP 510 como Projeto de Lei (PL) 1749, sem alteração textual da proposta inicial. O PL foi aprovado na câmara, mas rejeitado no senado. Outra tentativa para aprovação ocorreu com o PL 79/2011, já com mudança no texto, cuja proposta migrava de Sociedade Anônima para Unipessoal – pertencente unicamente ao governo. Contudo, essa situação pôde ser alterada, permitindo a entrada de capital.

Somente em 15 de dezembro de 2011, por meio da Lei 12.550, foi autorizado ao poder Executivo criar a Ebserh, configurada como uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado, sendo dotada de patrimônio próprio e Unipessoal. Os argumentos para outra figura jurídica se pautavam na busca pela agilidade da máquina estatal.

Ainda no mesmo mês, no dia 28, via Decreto 7.661 aprovou-se o Estatuto Social, que regulamentou o funcionamento da Empresa Brasileira que está articulada ao MEC. Outorgou-se à supracitada empresa administrar os Hospitais Universitários (BRASIL, 2018).

O modelo de gestão da Ebserh está assentado na experiência do Hospital de Clínicas em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul (RS), quanto à sua implantação do Aplicativo de Gestão Hospitalar (AGH) (BRASIL, 2018). Ressalta-se que, nos HU's, usa-se o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), que começou a

²⁹ As Fundações Estatais de Direito Privado são dispensadas de licitação e da submissão da Lei de Responsabilidade Fiscal, assim como a Ebserh. Ressalva-se que ambos os mecanismos (FEDP e Ebserh) possuem em sua essência preceitos mercadológicos.

ser aprimorado em 2009. Assim, compreende-se que não foi um benefício trazido pela Ebserh, mas uma continuidade de uma melhoria iniciada anteriormente à sua criação.

Existem 50 (cinquenta) HU's ligados a 35 (trinta e cinco) IFES. Desses hospitais, 39 (trinta e nove) firmaram, até 2017, contrato com a Ebserh. Entretanto, esse processo de adesão dos HU's ao contrato da Ebserh não aconteceu de modo pacífico. Serve de exemplo, para esses casos, o processo com o HU de Santa Catarina, em Florianópolis, e os de Campina Grande e João Pessoa, ambos da Paraíba, em que os reitores aderiram ao novo modelo de gestão, mas só após contrariar a comunidade acadêmica.

Para Oliveira (2014, p. 130), a Ebserh possui relação direta com o projeto de reforma gerencial do Estado, de modo que as características do Plano Diretor são facilmente percebidas na estrutura da Empresa Brasileira, a saber: “flexibilização da gestão”; “valorização dos resultados em detrimento dos processos”; “orientação por metas”; “introdução de mecanismos de mercado”, “unir público e privado numa ação conjunta” e “processos de privatizações”.

Sodré *et al* (2013, p. 372) asseveram que a Ebserh foi uma opção do governo em implantar o processo de privatização de forma lenta “menos aguerrida e mais tímida para evitar abrir um diálogo com a sociedade”. Os autores destacam como características desse processo a privatização de “equipamentos, exames” e a terceirização na “contratação de pessoas – considerado o primeiro passo da privatização direta”. Assevera-se que os HU's são alvo da privatização clássica e não-clássica.

Para Silva; Bezerra; Silva (2017, p. 04), a entrega dos serviços, antes de incumbência do Estado, ao setor privado ou a transferência da administração direta são manobras do capital no campo da saúde. Apesar da Ebserh fazer parte da administração indireta, a personalidade jurídica da empresa é híbrida, contrariando as orientações da Constituição Federal de 1988, em que os trabalhadores do serviço público devem ser regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU). A Ebserh, sendo mais uma expressão do adentro mercadológico nos HU's, adota a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Ademais, Silva; Bezerra; Silva (2017) afirmam que “embora o financiamento, os recursos humanos e materiais sejam públicos, são regidos pela iniciativa privada” e que, por meio da Ebserh, abriu-se caminhos para a lógica mercadológica da saúde no interior do SUS.

Acerca da Ebserh, Oliveira (2014, p. 133) argumenta que ela “[...] está relacionada ao pensamento da reforma gerencial e portanto se relaciona com a ideia de um Estado Ultraliberal que se defende o enxugamento do Estado através do repasse dos serviços públicos para instituições privadas”.

A implantação no HULW ocorreu em 2014, período concomitante ao ingresso da turma de residentes da qual a pesquisadora integrava. Ressalta-se, assim, como ainda são recentes os impactos dessa nova administração. Para Gomes *et al* (2014, p. 288), com relação à Ebserh nos HU's

Tal proposta possui caráter ambivalente, pois pertence, ao mesmo tempo à esfera pública e à esfera privada. Além disso, ao ser gerida com fundamento no direito privado, amplia a lógica do mercado no andamento dos serviços sociais públicos, como é o caso da saúde.

Para Andrade (2015, p. 63, grifos da autora), a racionalização das práticas em saúde, preceitos da lógica administrativa nos serviços hospitalares, tem submetido às Residências Multiprofissionais à manutenção do “**modelo assistencial baseado no hospital**”, cujos desdobramentos se percebem na “**privatização do SUS** e de **precarização** do trabalho”. Nota-se o empenho do mercado em dominar a “**gestão da assistência**” e a oferta de “**pesquisas** no âmbito dos **Hospitais Universitários**”.

No Estatuto Social, a Ebserh (2011), em seu artigo 8º, inciso III, como também no Regimento Interno (2016), reporta-se ao apoio que será concedido aos processos de formação, destacando as Residências e os planos de pesquisa, a partir das necessidades do SUS. Chama-se atenção para o fato de que não há indicativo de como se dará esse suporte, nem há menção de como a relação entre esses processos se concretizará com as universidades.

Sabe-se que a Ebserh é uma empresa pública, de direito privado, e que o arcabouço teórico das RMS³⁰ provém do Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (MRSB). Das bandeiras defendidas no MRSB, frisa-se a democratização do acesso à saúde pública, compreendida como um bem público.

Entretanto, a proposta pedagógica que norteia a organização dos PPR's, a PNEPS, se vale de outra corrente teórica, de cunho adaptativo às realidades sociais.

³⁰ Sabe-se que antes da formação do Sistema Único de Saúde (SUS), existiram programas de RMS. Pretendeu-se, contudo, chamar atenção ao fato das RMS estarem estruturadas, pós-constituição federal de 1988, nos eixos do Movimento de Reforma Sanitário Brasileiro (MRSB).

Observa-se que na estrutura dos PPR's há elementos da corrente teórica do MRSB, bem como da inflexão teórica construtivista.

Igualmente, analisaram-se como as RMS estruturam as atividades, a partir dos questionários entregues aos residentes e da leitura dos PPR's, articulando à conjuntura de ataques aos HU's. A proposta é apreender se as RMS têm contribuído com a organização do trabalho em saúde, em consonância com a sua função social.

Presumiu-se oportuno se reportar ao estudo desses projetos de saúde que, em sua base, são notoriamente diferentes, por entender que na dinâmica dos serviços ocorrem interferências na organização e na formação do trabalho em saúde.

Para Shikasho (2013), o desafio central das Residências é, a partir da articulação ensino e aprendizagem, contribuir com a transformação do processo de formação e de cuidado em saúde; o que faz se reportar ao projeto do MRSB.

O próximo ponto tratará dos efeitos da RMS na organização do trabalho, a partir da percepção dos residentes de ambos os programas.

3.2 Os impactos da Residência Multiprofissional em Saúde na percepção dos residentes: achados da pesquisa

Por compreender que os residentes são trabalhadores formados no e pelo trabalho no SUS, este capítulo busca apreender a concepção desses profissionais sobre o impacto das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) na organização do seu trabalho, tomando por base a análise dos Projetos Pedagógicos das Residências (PPR's) e os achados da pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa foram os residentes dos programas de Residências Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (Rimush) e da Residência Multiprofissional em Saúde Mental (Resmen). Da Rimush, participaram o total de 16 (dezesesseis) sujeitos, que corresponde a 44,44% da amostra, e da Resmen, participaram 05 (cinco) entrevistados, compondo 25% do universo. Ao total, tem-se uma amostra de 21 questionários. Para identificação dos sujeitos, utilizou-se abreviaturas para Saúde Hospitalar (SH) e Saúde Mental (SM).

Como critérios de inclusão, elegeu-se: ter desenvolvido estágio no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW); ingressado pelo edital de nº 014, de 2015, da Resmen ou pelo edital nº 001, de 2016, da Rimush; ter integrado a turma 2016/2018;

e, à época da pesquisa, estar ligado aos programas de Residência Multiprofissional do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

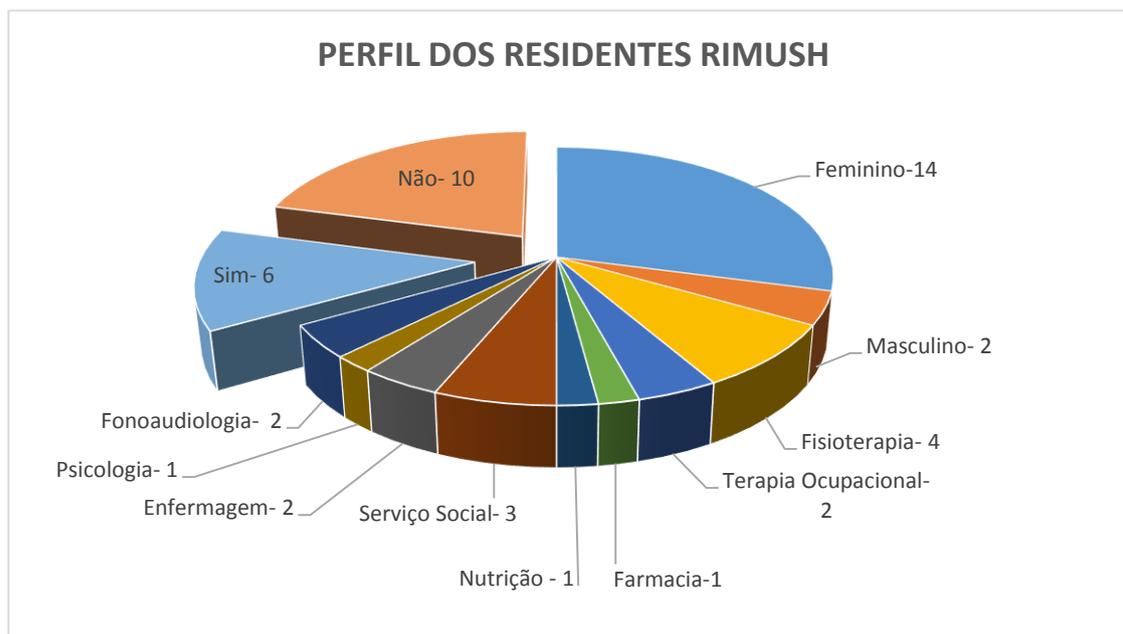
Quanto aos critérios de exclusão: ter ingressado em outra seleção; não estar vinculado ao edital nº 014, de 2015, da Resmen ou ao edital nº 001, de 2016, da Rimush; não ser da turma 2016/2018; pertencer a outro programa de residência multiprofissional da cidade de João Pessoa; e ser residente da Resmen, sem ter desenvolvido estágio no HULW.

Diferente da Rimush, cujos residentes no primeiro ano de especialização permanecem no referido serviço, os residentes da Resmen, a cada três meses, mudam de cenário de prática e, por isso, foram selecionados, apenas os que já tivessem estagiado no HULW.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro e dezembro de 2017. Para entrega dos questionários, seguiu-se o cronograma de atividades das Residências. Para os residentes da Rimush, foram entregues e recolhidos nos cenários de prática e no Seminário Integrador – atividade que acontece mensalmente e cuja finalidade é discutir as intervenções/ações desenvolvidas pelos residentes em seus respectivos cenários de prática. Nesses espaços, participam residentes, coordenação geral e de ênfase e os preceptores.

O gráfico abaixo apresenta o perfil profissional com recorte de gênero dos residentes da Rimush que aceitaram participar da pesquisa. Os participantes responderam, com sim ou não, se já tinham outra especialização.

Gráfico 01: Perfil dos residentes da Rimush



Fonte: Dados primários, 2018.

A maioria dos entrevistados foi do sexo feminino, em um total de 14 (catorze), e do sexo masculino foram 2 (dois). Participaram da pesquisa as profissões que, devido ao “caráter humanístico”, historicamente são ocupadas por mulheres (MIRANDA, 2011, p. 231). As categorias profissionais contempladas foram: fisioterapia com 04 (quatro); serviço social 03 (três); fonoaudiologia, enfermagem, terapia ocupacional com 02 (dois) cada e, por fim, psicologia, nutrição e farmácia com 01 (um) participante de cada.

Destaca-se que a Rimush, até 2017, era o programa que mais tinha categorias profissionais em suas equipes, cuja oferta anual corresponde a 36 vagas (BRASIL, 2010). A Rimush, em sua estrutura interna, foi subdividida por ênfases, que seguem as propostas de linha de cuidado, a saber: ênfase em Paciente Crítico, Idoso, Criança e Adolescente.

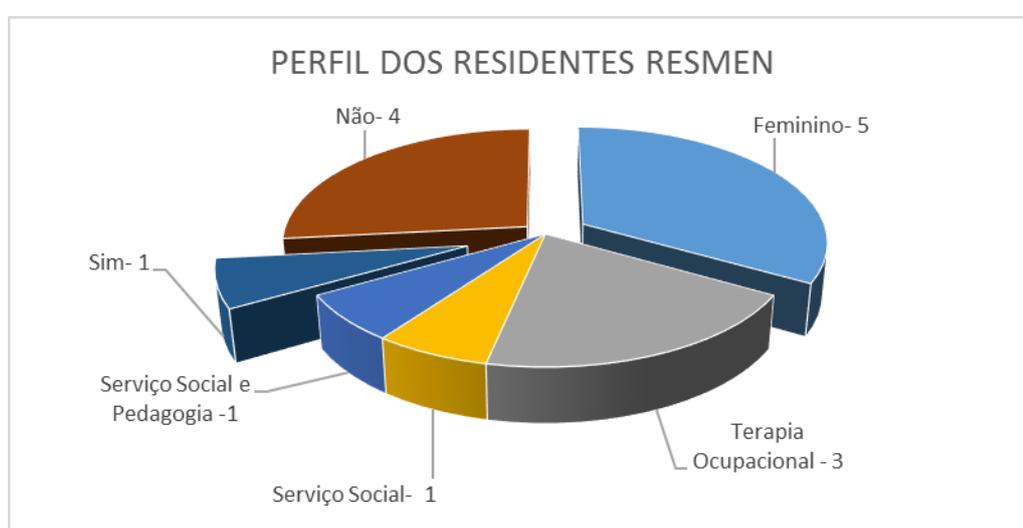
Na categorização do perfil, perguntou-se se os sujeitos tinham outra especialização: 10 (dez) responderam que “Não”, e 06 (seis) disseram “Sim”; desses, apenas 01 (um) tinha especialização na área hospitalar.

Em João Pessoa, são poucos os cursos de especialização ofertados gratuitamente ou com financiamento público (oferta de bolsas). Ademais, o programa da Rimush é o mais antigo, e por ser localizado no próprio campo de estágio, que é

cenário de prática dos graduandos e estudantes de pós da UFPB, é mais conhecido pela comunidade acadêmica.

Na Resmen, semanalmente, ocorrem módulos teóricos. Nesses encontros, é que foram entregues e recolhidos os questionários. Nesse programa, há divisão por equipe multiprofissional, composta por quatro profissionais de diferentes categorias. De modo ilustrativo, apresenta-se o perfil profissional com recorte de gênero. Ainda foram questionados se já tinham outra especialização, com resposta sim ou não.

Gráfico 02: Perfil dos residentes da Resmen



Fonte: Dados primários, 2018.

Participaram da pesquisa 05 (cinco) residentes, sendo todos do sexo feminino. Na Resmen, a oferta é de 20 (vinte) vagas por ano e não há um número fixo de vagas para cada profissão. Essa destinação é pactuada a cada edital. Das entrevistadas, 04 (quatro) não possuem especialização, sendo apenas 01 (uma) detentora de especialização na área de educação e assistência social.

O programa da Resmen teve seu primeiro edital lançado em 2015 (BRASIL, 2015). Como os cenários de campo são os serviços de saúde mental, os profissionais são distribuídos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de João Pessoa e de Cabedelo/PB (BRASIL, 2015)³¹.

As coordenações das duas RMS acordam anualmente os serviços que serão campo de prática para os residentes. Apesar dos PPR's sinalizarem o percurso na

³¹ Os serviços de Cabedelo/Paraíba são considerados referência no cuidado em saúde mental (BRASIL, 2015).

rede, essa pactuação precisa ser reafirmada e o único campo de prática fixo é o HULW.

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica desenvolvida por Bardin, que se centra na análise das mensagens, interpretando-as e buscando entender seu significado (SEVERINO, 2016). Para buscar compreender o que pensavam os interlocutores, debruçou-se sobre as respostas, as quais foram categorizadas por núcleos temáticos, previamente definidos nos questionários semiestruturados. Assim, passou-se a analisar as respostas e apreender o movimento do conceito central em estudo.

A análise de conteúdo “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO 1998, p. 209). Com a análise de conteúdo, busca-se articular mensagens aparentemente dissonantes, mas que, ao serem interpretadas, auxiliam na apreensão do objeto da pesquisa.

Valendo-se dessa técnica, em termos gerais, seguiram-se as etapas de: pré-análise, momento de indagação entre os objetivos e a elaboração dos questionários; processo de coleta de dados, em que ocorreu a sua leitura devida; tabulação dos dados em consonância com os objetivos da pesquisa; tratamento de dados, analisando os resultados com base teórica e, por fim, a apresentação dos dados consolidados (ANDRADE, 2015).

As categorias de análise selecionadas, em consonância com os objetivos do trabalho, foram: os impactos que a RMS tem produzido sobre a organização do trabalho, a partir do princípio da integralidade; as ações idealizadas nos PPR's, para a formação e reestruturação dos serviços; as principais conjunções e divergências entre as propostas da Ebserh e das RMS; e a descrição das práticas e rotinas das RMS.

A hipótese era a de que ações idealizadas nos PPR's, em um contexto de implantação de um novo modelo de gestão dos Hospitais Universitários, produziram não somente reformas pontuais na organização do trabalho, ainda que, em termos ideais, ensejassem produzir transformações alusivas à sua missão.

3.2.1 O impacto da integralidade do cuidado sobre a organização do trabalho

A implementação das diretrizes do projeto de Reforma Sanitária ficou sob responsabilidade do Ministério da Saúde, de modo que ao Sistema Único de Saúde (SUS) outorgou-se a formação de recursos humanos. Buscou-se implantar mecanismos que contribuam com a integralidade do cuidado, princípio esse que norteia a construção dos PPR's e, conseqüentemente, as rotinas e práticas das RMS.

Para Matos (2001 apud SHIKASHO, 2013, p. 96), a “integralidade tem sido reconhecida como um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, pois, se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária”. Necessariamente, a prática profissional está atrelada à defesa de um projeto de saúde e de sociedade. Como se sabe, a integralidade do cuidado foi uma proposta do MRSB, que vislumbrava outro tipo de organização social.

Questionou-se sobre os impactos das RMS na organização do trabalho, a partir do princípio da integralidade. Das 05 (cinco) residentes da Resmen, 01 (uma) não respondeu e, quanto aos residentes da Rimush, todos os 16 (dezesesseis) responderam.

Das 04 (quatro) residentes da Resmen, 02 (duas) mencionaram o estímulo ao **trabalho multidisciplinar, aos estudos de caso** e a perspicácia no reconhecimento e na problematização dos **determinantes sociais da saúde** (BRASIL, 2010; 2015).

As outras 02 (duas) residentes citaram o **trabalho humanizado**, a **diminuição das internações** psiquiátricas e o **trabalho de todos**. Ressalta-se que, mesmo se reportando de outra forma, pontuou-se o trabalho em equipe e a reestruturação da rede, tal como está sinalizado no PPR da Resmen, como também nos dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003 e a qual propõe contribuir com a efetividade da implantação do SUS.

Silva (2018); Santos (2010) arrazoaram em suas análises o lugar da RMS no processo de formação pelo trabalho em saúde. Feitas as necessárias ressalvas, quanto à particularidade desse setor, cuja matéria-prima de trabalho é a vida, frisa-se a importância da saúde do corpo do trabalhador para o processo produtivo. Justifica-se a preocupação no tocante à formação do perfil do trabalhador da saúde, que, em sua prática, vai implementar os princípios de um modelo de saúde.

As diretrizes pedagógicas dos PPR's estão estruturadas em dois eixos: “situações-problema” e “relatos da prática profissional” dos residentes (BRASIL, 2015;

2010). Para desenvolver essas ferramentas, os projetos utilizam o currículo de competências e habilidades. Essa é uma proposta pedagógica que redimensiona o trabalho coletivo, na busca pela flexibilização dos limites de cada núcleo profissional e pela adaptabilidade dos trabalhadores à realidade dos serviços.

Como sinalizou Antunes (2017), essa requisição está assentada na formação flexível e ágil, em que se exige do profissional: capacidade de resolução, pró-atividade e versatilidade no cumprimento das demandas em saúde.

Nota-se que na estruturação, os PPR's expõem o modelo de saúde que se busca concretizar com essa formação profissional. Ademais, no que diz respeito à identificação do residente com os itens do PPR, das 05 (cinco) residentes da Resmen, 01 (uma) deixou em branco, 01 (uma) disse “**desconhecer o que significa PPR**”; e as 03 (três) restantes pontuaram as reuniões multiprofissionais, as tutorias, discussão de casos e a horizontalidade da gestão.

No que diz respeito aos residentes da Rimush, a maioria sinalizou o “**olhar integral**” sobre as demandas dos usuários, seguido do fomento ao “**trabalho multidisciplinar**” e das “**ações interdisciplinares**”. Contudo, 02 (dois) residentes explicitaram que a Residência tem provocado “**impactos pontuais sem relação ao macro**”; e outro ainda afirmou que o “**programa não tem trabalho como preconiza o SUS**”.

Quanto ao PPR da Rimush, dos 16 (dezesesseis) participantes, 01 (um) deixou em branco; 07 (sete) foram categóricos ao afirmar que **não têm acesso, desconhecem o significado da sigla** ou ainda que **inexiste o documento**; os 08 (oito) restantes responderam “atividades e propostas”; “matérias relacionadas ao SUS”; “carga horária”; “atividades multiprofissionais”, “tutorias”, atuação em serviços externos” e “rodízio optativo”.

É perceptível o desconhecimento dos residentes no tocante à proposta pedagógica e política do PPR, o que justifica as respostas desconexas ao teor teórico e político do documento. Deve-se levar em consideração o expressivo número de profissionais que não têm acesso, mesmo que solicitado, ao PPR.

Os dois PPR's sinalizam que os programas desenvolverão as atividades de acordo com as diretrizes do SUS. É importante enfatizar que a maioria expressou, de forma pontual e isolada, alguns elementos-chave, descritos nos PPR's. Porém, se afirma que esse documento possui como função social uma formação que ultrapassa

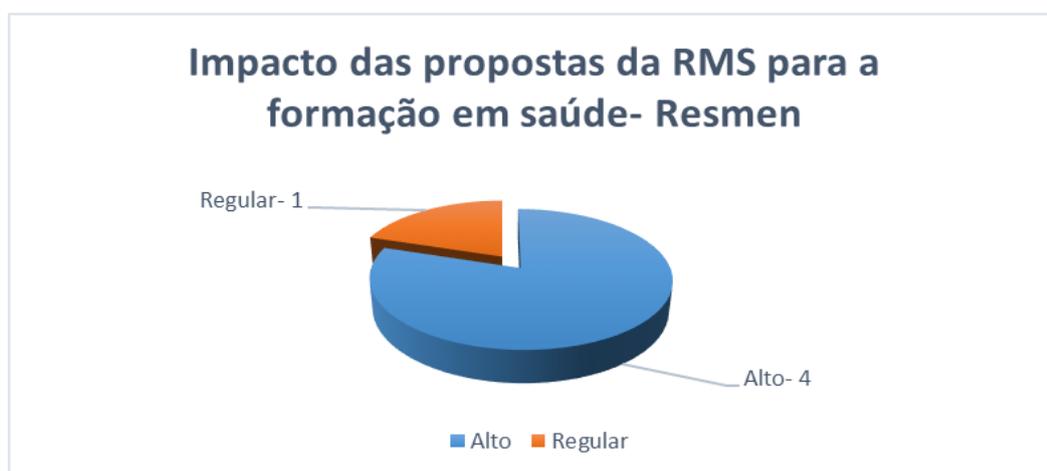
o campo assistencial; não é somente a de saber “executar bem”, mas entender que no processo de trabalho se efetiva um projeto de saúde, logo, de sociedade.

Percebe-se que profissionais estão num processo de formação que desconhecem a finalidade política do documento que estrutura e oferta ferramentas de efetividade de um modelo de cuidado. Similarmente, se reduz a capacidade inovadora das RMS ao exercício assistencial, contrapondo-se à ideia original de “promover a reflexão sobre o cotidiano de execução da política e contribuir para o estranhamento de relações institucionais verticais, naturalizadas e cristalizadas” (MENDES, 2013 apud SILVA, 2016, p. 136).

3.2.2 As ações idealizadas nos PPR: repercussões na formação em saúde e reestruturação dos serviços

No tocante ao item formação em saúde, questionou-se sobre o alcance das ações de formação, propostas nos PPR's. Havia como alternativas: “Alto”; “Regular”; “Baixo” e “Não contribui”.

Gráfico 03: Impacto das propostas da RMS para formação em saúde – Resmen



Fonte: Dados primários, 2018.

Para as residentes da Resmen, 04 (quatro) afirmaram que o nível de impacto é alto e 01 (uma) marcou a opção regular. Há uma particularidade nessa questão, apesar da avaliação ter sido expressiva quanto ao impacto, 01 (uma) residente, ao ser indagada sobre quais as propostas, deixou a alternativa em branco, 01 (uma) disse **desconhecer** o PPR, 03 (três) indicaram **“formação política; Interdisciplinaridade;**

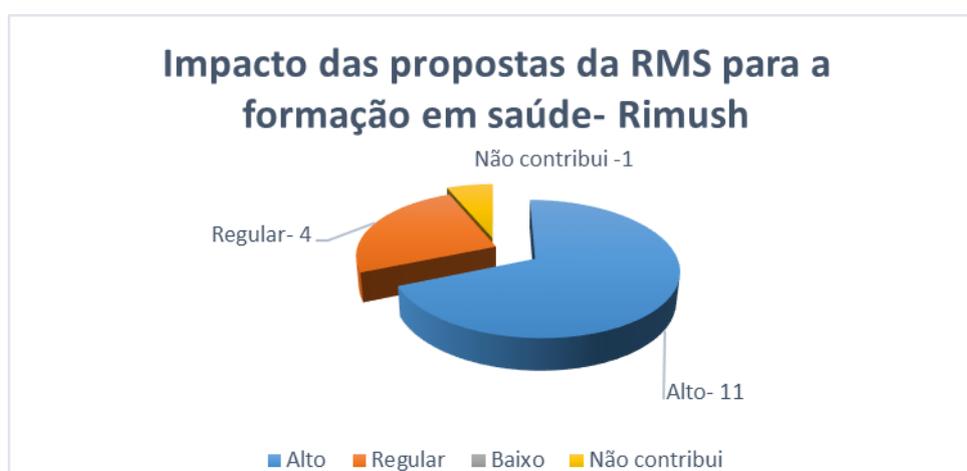
Intersetorialidade”, o uso de “metodologias ativas”, “reuniões de tutoria”, “planejamento de encontro pedagógico”, “rodízio na RAPS”; “estudo de casos; ênfase ao trabalho em Rede; elaboração de Projeto Terapêutico singular” e “ações de território”.

Nota-se, ainda, que nenhuma das participantes avaliou o impacto das propostas da Residência com “Baixo” ou “Não contribuiu”. Todas percebem a Residência como uma formação que traz um saldo positivo, apesar das particularidades apresentadas.

Constata-se que há uma confusão entre quais as propostas dos PPR e quais os mecanismos disparadores dessas propostas. As residentes que responderam, elencando as propostas, não souberam identificar as propostas nos PPR’s e citaram elementos que são utilizados como ferramentas de trabalho.

No que diz respeito à percepção dos residentes da Rimush, apresenta-se a avaliação destes sobre os efeitos das propostas da RMS para a formação.

Gráfico 04: Impacto das propostas da RMS para formação em saúde – Rimush



Fonte: Dados primários, 2018.

Observa-se que 11 (onze) residentes da Rimush avaliaram como alto o impacto das propostas da RMS na formação; 04 (quatro) como regular e 01 (um) assinalou que não contribuiu. A maioria considerou que as propostas têm impacto positivo na formação dos profissionais, entretanto, um percentual significativo as considerou “regular”.

Quando questionados a respeito de quais propostas conheciam, 02 (dois) não responderam; 06 (seis) afirmaram não ter acesso ao PPR; 04 (quatro) enfatizaram o

trabalho multidisciplinar, 03 (três) a pesquisa científica e 01 (um) a participação em eventos e módulos teóricos.

Chama-se atenção para alguns pontos.

Primeiro: a compreensão da dimensão formativa da residência ser reduzida à participação em eventos, pesquisa científica e ao trabalho multidisciplinar – essa é uma estratégia pedagógica que, para promover uma prática pautada em outro modelo de saúde, assenta-se em outros princípios. Entende-se que a propostas das RMS vão além da formação de equipes multidisciplinares. As Residências são ferramentas que buscam “sintonizar formação e trabalho” e que podem “situar as necessidades de saúde” ao processo formativo, em que teoria e prática estão intimamente articuladas (SILVA, 2016, p. 20).

Outro ponto foi a não identificação das ações. Afere-se, daí, a redução da Residência no “aprender na prática”, supervalorizando, pelas condições postas, o cotidiano profissional assistencial em detrimento do processo reflexivo/formativo. Nessas exposições, recorda-se a contribuição de Silva (2016, p. 16), que chamou atenção para a particularidade das RMS, como “formação que se realiza através do trabalho em saúde” na sociedade capitalista.

Para as residentes da Resmen, no que diz respeito à contribuição da RMS para a reestruturação dos serviços de saúde, apenas 01 (uma) disse que não acreditava que a RMS contribuía com a reestruturação dos serviços e 04 (quatro) responderam sim.

Com relação às ações propostas nos PPR's, as residentes da Resmen destacaram o **estímulo a outras propostas de atuação; cursos para os profissionais da rede; rodízio dos residentes nos serviços**, trabalho multidisciplinar, desenvolvimento de projetos.

Observa-se que o que foi sinalizado por esses profissionais está pautado no PPR da Resmen, que propõe, através da Residência, fortalecer “o desenvolvimento do trabalho em equipe”, “ampliar a parceria entre a instituição formadora e os serviços de saúde”, expandir o “processo de reestruturação da rede assistencial dos municípios parceiros”, bem como contribuir com o desenvolvimento da “reorganização do processo de trabalho para a produção de cuidado” (BRASIL, 2015, p 8-9).

Há programas de Residência em que os residentes permanecem todo o processo no mesmo cenário de prática³². Nas duas Residências analisadas, ambos os residentes são inseridos na rede dos serviços do município de João Pessoa e da região metropolitana – no caso da Resmen, cuja proposta é aproximar os serviços ao campo acadêmico, bem como contribuir com o redimensionamento da rede. Contudo, não está expresso nos PPR's como ocorreriam essas ações, apenas está sinalizado que, para as intervenções nas práticas e nos serviços, se recorrerá à metodologia Espiral Construtivista, cujas intervenções são selecionadas, a posteriori, no decurso da vivência.

Para os residentes da Rimush, 15 (quinze) avaliaram que a Residência contribui com a reestruturação dos serviços de saúde e apenas 01 (um) disse que não. Quando questionados sobre quais ações são idealizadas nos PPR's, ficou indicado que: 02 (dois) pontuaram a presença de uma equipe multiprofissional nos serviços, 05 (cinco) destacaram ações multidisciplinares, 01 (um) ressaltou o fomento ao envolvimento entre residentes e profissionais no desenvolvimento de ações interdisciplinares.

No entanto, os demais sinalizaram o desconhecimento do impacto na reestruturação dos serviços de saúde. Desses, 05 (cinco) residentes responderam que não tiveram acesso ao PPR, 01 (um) afirmou não saber responder; 01 (um) disse que não existe ações e 01 (um) deixou em branco. Ressalta-se que a Rimush, no segundo ano de especialização, direciona os residentes à rede de serviço de saúde e que, mensalmente³³, as equipes devem apresentar um produto do trabalho que está sendo realizado nos respectivos cenários de prática, socializando o produto da ação.

Esse expressivo quantitativo mostra que os profissionais em formação não conseguem visualizar, durante seu processo de trabalho, as mudanças que as Residências se propõem a provocar na rede, como sinalizado no PPR (BRASIL, 2010). Chama-se atenção para a função social da Residência, qual seja: provocar mudanças nos cenários de prática e rotinas.

Em uma formação da qual 80% das horas são destinadas às atividades práticas e teórico-práticas, e 20% às teóricas, de acordo com a Resolução de nº 5 de 2014, a relação ensino-aprendizagem deveria possibilitar ao residente, assim como

³² Serve de exemplo da Residência Multiprofissional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)-Rio Grande do Sul, cujo programa se estrutura somente no HCPA.

³³ Essa atividade chama-se Seminário integrador.

preconizado no PPR, a capacidade de entender e contribuir com as mudanças. Com isso, nota-se uma fragilidade no binômio estruturante desse programa de formação em serviço.

Ademais, se no processo de trabalho o residente não identifica a contribuição da Residência nas mudanças das práticas e nos serviços, ou as reduz à formação de equipes multiprofissionais dos residentes, denota-se que a proposta da Residência tem se dado, apenas, para os residentes e não ao contexto dos serviços de saúde e profissionais.

3.2.3 A RMS e a Ebserh: aproximações ou divergências nas propostas?

Nesse ponto, tomou-se como pano de fundo o contexto de mudança administrativa que os HU's, em termos gerais, estão sendo submetidos. Como já apresentado, a Ebserh começou a assumir a gestão desses serviços desde 2011 e, no HULW, em 2014.

A partir da realidade local, buscou-se apreender, com base na análise dos PPR's e na percepção dos residentes da Rimush e Resmen, se há compatibilidades ou incompatibilidades entre o projeto de saúde da Ebserh e das RMS.

Para os residentes de ambos os programas, foi questionado quais as aproximações e/ou divergências entre os projetos da Ebserh e da RMS. Optou-se, nesse ponto, por trazer as respostas na íntegra para possibilitar uma melhor apreensão acerca do entendimento dos residentes sobre os impactos da Ebserh na implementação das atividades das RMS.

Sabe-se que a Empresa Brasileira tem apenas 2 (dois) anos de atividade no HULW. Devido a isso, essas são análises aproximativas sobre as inflexões desse modelo de administração no HULW e, conseqüentemente, sobre os programas de formação em serviço, em âmbito de pós-graduação, como é o caso das RMS em estudo.

No que diz respeito aos residentes da Resmen, foram destacadas as divergências de metodologias: “Uma com olhar ampliado, já a hospitalar mas (sic) focalizada” (SM-01, 2017); 02 (duas) residentes não responderam e 01 (um) disse desconhecer.

Para o residente (SM-05, 2017, grifos nossos):

Aproximações: bem-estar ao indivíduo que procura os cuidados (sic); busca de um melhor acompanhamento possível. **Divergências com a Ebserh:** centralização no cuidado Ebserh; **ações pontuais;** um profissional para várias especialidades; dificuldades em compreender a importância do olhar multi; **Divergências da residência com a Ebserh:** dificuldades em repassar informações e prontuários; limita ao residente o acesso a determinados pacientes, limita o acesso dos residentes as formações e capacitações.

Das residentes que responderam, ambas expuseram as “ações pontuais” e “focalizadas” da Ebserh como contrapontos ao modelo de saúde defendido pelas RMS. Nos PPR’s, fomenta-se o atendimento integral, o olhar ampliado sobre o usuário e a atuação multi; já na Ebserh, de acordo com a entrevistada SM-01, segue-se a lógica hospitalar do atendimento focalizado.

Como discutido no primeiro capítulo, a formação dos HU’s foi fortemente influenciada pelo relatório Flexner, cuja figura do médico era central, assim como era superior apenas a assistência hospitalar. Percebe-se que, de acordo com os relatos, tem-se um reforço desse modo de cuidar em saúde.

A entrevistada SM-05 trouxe mais elementos, tais como: a “limitação de formação e capacitações” para os residentes e a dificuldade em compreender a importância do trabalho multidisciplinar – abordagem que mais foi destacada no processo pedagógico da Residência no cuidado em saúde.

Ao se reportar ao Regimento Interno da Ebserh (3ª ed), destaca-se a menção de que a Ebserh irá criar condições para o desenvolvimento dos programas de Residência. Entretanto, segundo relato dos residentes, na dinâmica do processo de trabalho e em um nível organizativo, não há apoio para tanto e os residentes têm enfrentado dificuldades na implementação de mecanismos elementares à finalidade das Residências.

Dos 16 (dezesesseis) entrevistados da Rimush, 04 (quatro) não responderam e 01 (um) afirmou que não sabia responder. Quanto aos demais, seguem algumas colocações.

Como conjuminâncias, a “Educação Permanente, com participação frequente em eventos internos” (SH-04, 2017) e o “Incentivo à formação de profissionais de saúde e mais interdisciplinariedade” (SH-05, 2017).

É importante chamar atenção para o entendimento do residente acerca da Educação Permanente, como sinônimo de participação em eventos internos do HULW. A política que norteia as RMS é a Educação Permanente. Os PPR’s fazem

menção à referida política, entretanto, a concepção do que seja a política, é divergente da sua proposta. Justifica-se essa incompreensão pela fragilidade no cumprimento da modalidade teórica, realidade da maioria dos programas de RMS³⁴, e no desconhecimento do PPR, bem como da função social das RMS.

Para o residente (SH-01, 2017, grifos nossos),

*Fica difícil responder, pois **não reconhecemos o projeto da residência**, mas sabemos que a EBSERH está focada na redução de gastos, o que tem impacto na assistência em saúde. **A EBSERH trabalha na perspectiva de metas qualitativas, não levando em consideração a qualidade do serviço prestado, nem os princípios que regem o Sistema Único de Saúde.***

Mais uma vez, a falta de conhecimento acerca do PPR é exposta pelos residentes. Nota-se que essa informação apareceu em todas as respostas dos residentes, ou seja, os entrevistados não conseguem avaliar o impacto provocado pelas RMS na organização do trabalho, pois desconhecem quais os objetivos dos programas e finalizam o processo sem ter acesso ao documento.

Para o residente (SH-02, 2017, grifos nossos) “O organograma da EBSERH contempla uma gerência de ensino que dedica seu trabalho para consolidação do ensino no hospital, apoiando as ações da residência, no entanto ainda **não é tão sólido esse apoio**”.

Na estrutura da Ebserh, no HULW, há a Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) que, em termos gerais, é o setor responsável pela implantação das normatizações pedagógicas da UFPB no que diz respeito ao ensino, à pesquisa e à extensão, nos cursos técnicos de graduação e pós-graduação.

O entrevistado (SH-03, 2017, grifos nossos) traz mais elementos para análise: “[...] a EBSERH por vezes, em sua incapacidade, ou melhor, insuficiência de profissionais, **já nos pressionou a exercer funções de cargos efetivos**, o que nos faz crer que exista **grandes divergências** entre ambos os projetos”.

A partir de 2014, o programa da Rimush lança anualmente edital, convocando profissionais ao ingresso e demarca a implantação da Ebserh no HULW. Antes, os editais eram lançados a cada dois anos. Chama-se atenção também para o fato de

³⁴ V Encontro Nacional das Residências Multiprofissionais em Saúde, realizado em Florianópolis no ano de 2015. No grupo de residentes, foi discutida a fragilidade das RMS no tocante às atividades teóricas.

ser o programa que mais passa tempo nos serviços do HULW, bem como pelo número de profissionais em cada equipe, em que algumas categorias não possuíam preceptoría por não ter o profissional no quadro fixo do HULW³⁵.

Silva (2018; 2016) chama atenção para a apropriação da força de trabalho das turmas de Residência no suprimento das demandas dos serviços, ao passo que não são lançados editais convocando profissionais para postos efetivos e os residentes são utilizados no decurso do processo de especialização, valendo-se, inclusive, da fragilidade no cumprimento da carga teórica e da sobrecarga das horas prática e teórico-práticas.

Acha-se oportuno enfatizar que o acesso ao PPR não garante implementação dos preceitos, seguindo as diretrizes do SUS, mas garante apropriação do percurso pedagógico e da finalidade das RMS na formação em saúde, formação essa voltada à realidade dos serviços de saúde, de modo a reestruturá-los segundo os eixos do MRSB.

3.2.4 O cotidiano profissional: a organização das rotinas e práticas dos residentes

A Resolução da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS) nº 5, de 07 de novembro de 2014³⁶, trata da carga horária, duração, faltas e avaliação das RMS e Uniprofissionais.

Os programas de Residências Multi e Uniprofissionais, segundo a normatização, devem ter uma duração mínima de 24 (vinte e quatro) meses, que corresponde a 5.760 (cinco mil setecentos e sessenta) horas, distribuídas em 60 (sessenta) horas semanais. Semanalmente, o residente deve ter um dia de descanso. Desse total de horas, 80% (oitenta por cento) é destinado ao cumprimento de atividades práticas e teórico-práticas, e 20% (vinte por cento) de teóricas (BRASIL, 2014).

Na Resolução anterior, a modalidade teórico-prática estava enquadrada nos 20% e, conseqüentemente, as intervenções pedagógicas, de cariz teórico, eram

³⁵ Com o concurso lançado pela Ebserh, passou-se a ter essas categorias profissionais, porém, o quantitativo ainda é reduzido.

³⁶ Foi revogada a Resolução da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde de nº 4, de 2010.

reduzidas, sendo maior o tempo assistencial (no cenário de campo com intervenções puramente técnicas).

Pela Resolução nº 5 de 2014, as estratégias educacionais consideradas práticas, teóricas e teórico-práticas, são respectivamente:

§ 1º Estratégias educacionais **práticas** são aquelas relacionadas **ao treinamento em serviço** para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das categorias profissionais da saúde [...] § 2º Estratégias educacionais **teóricas** são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de **estudos individuais e em grupo** [...] § 3º As estratégias educacionais **teórico-práticas** são aquelas que se fazem por meio de simulação em laboratórios, **ações em territórios de saúde** e em **instâncias de controle social**, em ambientes virtuais de aprendizagem, **análise de casos clínicos** e **ações de saúde coletiva**, entre outras [...] (BRASIL, 2014, s/p. grifos nossos).

O PPR da Rimush foi lançado em 2010 e desde então não passou por nenhuma revisão formal, apesar de ter ocorrido a publicação dessa nova Resolução, anteriormente supracitada. De acordo com o projeto, as atividades teórico-práticas são incorporadas ainda dentro das horas dos 20% de carga horária. A Resmen, apesar de ter sido publicada a posteriori da norma, se encontra com a mesma organização, valendo-se da Resolução antiga.

Como reflexo dessa estruturação das horas da RMS, tem-se uma porcentagem bem maior destinada às estratégias educacionais de âmbito assistencial e isso reforça o caráter puramente “prático e/ou técnico” dos programas, em detrimento da formação teórica.

Para disposição das atividades por hora e finalidade educativa, os dois programas utilizam a Matriz Curricular, em que as estratégias educacionais são organizadas por módulos teóricos, teórico-práticos e práticos. Essa matriz se encontra nos PPR's, aos quais um quantitativo expressivo de entrevistados afirmou não ter acesso. Então, entende-se que os residentes ficam sem conhecimento do percurso pedagógico das RMS.

De acordo com a definição da Resolução nº 5 de 2014, as atividades teóricas são “as que se desenvolvem por estudos” (BRASIL, 2014, s/p). Como se observa nos gráficos abaixo, as atividades sinalizadas estão em consonância, também, com as estratégias pedagógicas teórico-práticas.

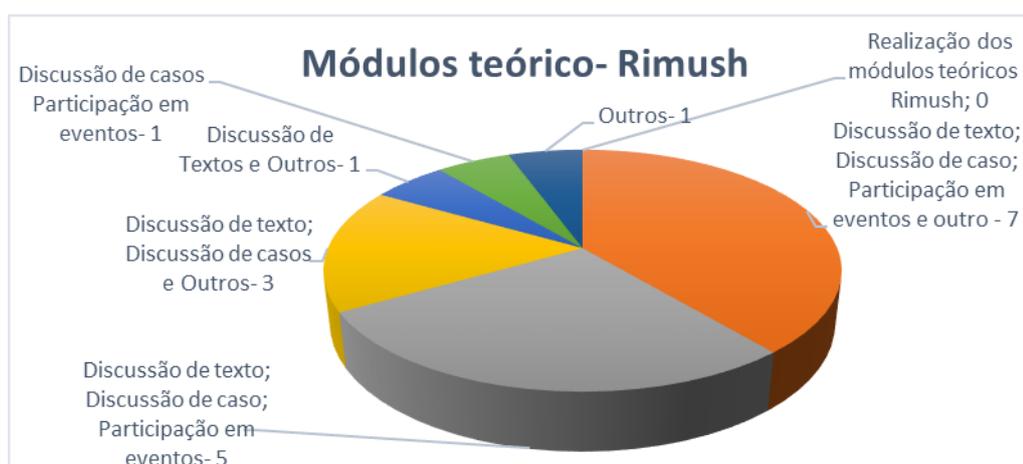
Gráfico 05: Módulos Teóricos - Resmen



Fonte: Fonte: Dados primários, 2018.

Em termos gerais, os residentes da Rimush responderam sobre as questões relacionadas à estrutura teórica, concebendo discussão de casos, texto e participação em eventos como atividades teóricas. Entretanto, para a supracitada Resolução, não há referência a esse tipo de evento acadêmico, nem mesmo nos PPR's, enquanto modalidade que deve ser incorporada às horas teóricas. Sabe-se, também, que a participação em eventos não abarca o processo formativo proposto para uma especialização da amplitude das RMS.

Gráfico 06: Módulos Teóricos – Rimush



Fonte: Dados primários, 2018.

Constata-se que, apesar de já haver uma resolução específica, que trata do reordenamento das horas destinadas às estratégias educacionais, os PPR's se

organizaram, mesmo no caso das Resmen, com edital lançado posteriormente, mas se valendo da disposição antiga.

Concorda-se com as ponderações de Abid (2012 apud ANDRADE, 2015, p. 79), ao tratar dos desdobramentos dessa não “atualização dos PPR’s”. Para o autor, os “programas espalhados pelo país também apresentam discrepâncias na distribuição das 60 horas semanais, reforçando a precarização do trabalho e da formação do residente”.

Nota-se que, além de uma carga horária extenuante, que ultrapassa, inclusive, as normatizações legais de jornada de trabalho, a maior porcentagem de horas ocorre com práticas assistenciais. Essa quantidade de horas, contudo, demonstra algumas particularidades dos programas de Residência: o uso da força de trabalho voltado aos preceitos mercantilistas e uma distorção da formação educativa.

Notadamente, é importante compreender que, embora tenha sido proposto e instituído um novo modelo de saúde pública, não foram traçadas estratégias suficientes para provocar mudanças sensíveis na formação em saúde, de modo a adequá-la efetivamente aos novos processos de organização do trabalho consonantes às diretrizes do Projeto de Reforma Sanitária.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo tratou do impacto da criação e implementação dos Projetos Pedagógicos das Residências (PPR's) na organização do trabalho em saúde em um contexto de privatização dos Hospitais Universitários (HU's).

Devido à atualidade da temática, recorreu-se à abordagem qualitativa, valendo-se da revisão bibliográfica, documental e empírica. Foram entrevistados os participantes da criação e implementação dos PPR's, recuperando o processo de articulação e interferências, bem como foi preciso recorrer aos residentes do segundo ano de especialização, para apreender os desdobramentos das RMS no cotidiano.

Para os primeiros entrevistados, utilizou-se a História Oral e, para o segundo perfil, um questionário semiestruturado. Como metodologia de análise dos dados, esta pesquisa lançou mão dos estudos de Bardin, com aporte teórico pautado no materialismo histórico dialético.

Apreendeu-se como os PPR's, da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (Rimush) e da Residência em Saúde Mental (Resmen), têm colaborado com a reestruturação das relações de trabalho, vislumbrando esse movimento a partir da organização das práticas profissionais no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), campo de estágio obrigatório dessas Residências.

Partiu-se do entendimento de que as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), enquanto processos de formação em serviço, não podem ser analisadas sem articulá-las aos rebatimentos da emersão da sociedade capitalista sobre o trabalho, a partir da particularidade da realidade brasileira.

Ademais, percebe-se que o trabalho em saúde possui dupla interface, qual seja: atendimento às necessidades sociais e funcionalidade ao processo de produção e reprodução capitalista. Desse modo, nota-se que os momentos cíclicos de ápice e declínio do sistema capitalista afetam diretamente a consolidação do sistema público de saúde, fragilizando o acesso universal à saúde, concebido como direito social, a partir da promulgação da Constituição Cidadã de 1988.

Enquanto em escala internacional, nos anos 1970, viveu-se freneticamente a reestruturação produtiva, no Brasil, havia uma mobilização pela democratização do país, cuja saúde foi pauta do Movimento de Reforma Sanitária (MRS).

Desse modo, o MRSB foi um marco histórico na inclusão dos determinantes e condicionantes sociais, na proposta de mudança social, na resistência à privatização

dos serviços de saúde e no fomento às formas inovadoras do trabalho em saúde. Nesse ponto, destaca-se a preocupação na mudança do perfil profissional dos trabalhadores da saúde, pós-constituição, do Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil, os HU's têm arraigado, em sua estrutura, a lógica do aprender pela experiência e a centralidade da figura médica. Essa configuração tanto tem relação com o processo histórico de construção desse serviço, como pela hierarquização das relações profissionais, as quais foram instituídas por forte influência do relatório flexneriano.

Contudo, os programas de formação em serviço foram construídos em contraponto a essa estrutura de aprender e cuidar em saúde. Por isso, é indispensável qualificar o debate em torno do binômio: ensino-pesquisa e atrelar esse debate à função social das Residências, sem perder de vista a formação social da política de saúde no Brasil.

No final do século XX, já apresentando sinais de esgotamento no âmbito internacional, chegou-se ao Brasil as orientações neoliberais, que foram implementadas por meio da reforma gerencial, demarcando um novo momento na disputa entre a saúde pública e privada. Conseqüentemente, marcando, em muitos momentos, a coexistência dos interesses privados sobre os públicos.

Com o advento do modelo toyotista, os rebatimentos dessa conjuntura na organização do trabalho nos hospitais são identificados na supervalorização da figura médica, no resgate à Teoria do Capital Humano, a qual se embasa na formação polivalente, no aprender-fazendo e no trabalhador colaborativo e flexível, bem como na ênfase da visão positivista da saúde – de adaptação aos problemas. Nessa propositura, o currículo de competências foi fortemente empregado e vários processos de formação estão utilizando-o por influências teóricas, as quais são assentadas nas orientações neoliberais.

Nota-se que passa a existir duas concepções teóricas de formação de trabalhadores de saúde. A primeira enraizada nas tradições teóricas de adaptabilidade e responsabilização do trabalhador. E, a segunda, como nova abordagem do cuidado em saúde, que foi produto da mobilização político-social de caráter progressista, cuja absorção das RMS ao processo de formação surgiu da busca pela superação da forma como ocorria o atendimento às necessidades de saúde.

Para isso, sustentou-se o princípio da integralidade do SUS e das ações interdisciplinares, visando superar o cuidado parcelar na saúde. Enfatiza-se que a

concepção da integralidade, nessa vertente teórica, está atrelada à análise sobre a realidade e à busca por estratégias disparadoras de mudanças.

As Residências que têm os HU's como campo de estágio, expandidas para esses serviços, notadamente, desde 2010, via financiamento do Ministério da Educação, são instituídas na propositura de transformar as relações profissionais estabelecidas, integrar os processos formativos e instaurar um novo paradigma de assistência.

Reconhece-se o esforço nas regulamentações, na expansão da oferta de bolsas e programas, porém, não se identifica o mesmo empenho na organização educativa da aprendizagem pelo trabalho. Como já sinalizado, as Residências são compostas por três dimensões: prática, teórico-práticas e teórica.

Durante a análise dos PPR's, identificou-se a divergência com a proposta do MRSB e a vertente teórica das estratégias educacionais utilizadas. O SUS foi instituído numa conjuntura de transição, enquanto bandeira de luta do MRSB. Entretanto, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), orientadora dos processos de formação no SUS, foi produto de outro contexto, cuja ofensiva neoliberal ditava as novas regras e redimensionava o aparelho estatal.

Apesar da PNEPS se referir às diretrizes do SUS, suas ferramentas educativas se pautaram em teorias reformistas. Contatou-se a “tentativa” de combinar caráter revolucionário e reformista nos objetivos da PNEPS, conseqüentemente, dos PPR's. Mesmo que em termos ideais, as RMS busquem implementar os princípios do SUS, a partir da filosofia do MRSB, os documentos norteadores direcionam para reformas pontuais.

Os PPR's possuem como proposta central a organização do processo de trabalho, em vista de suscitar novas formas de trabalho em saúde, valendo-se do emprego da Educação Permanente em Saúde (EPS), que se propõe a estabelecer no cotidiano do trabalho a articulação entre saber e prática.

A Espiral Construtivista, Metodologia Ativa de ensino-aprendizagem, usada nos PPR's, pauta-se pelo conhecimento prévio dos sujeitos envolvidos, de modo que a esses cabe a responsabilidade pelo percurso da aprendizagem, que, nos PPR's, assume a conotação de “aprendizagem significativa”, ou seja, que deve ser estudado e/ou discutido o que for significativo para os sujeitos e no aprender fazendo. É importante problematizar esse processo, tomando como premissa o por que se faz e como se faz e não se limitar ao ato em si.

Ademais, a aprendizagem significativa se apoia na problematização do processo de trabalho como estratégia pedagógica disparadora da reflexão crítica, porém, essa problematização não se pauta na saúde como prática social, mas como meio de responder a imprevisibilidade das demandas, o que deve ser discutido/refletido se limita aos ajustamentos. Esse movimento de aprendizagem se daria conforme um espiral, de modo que, durante a vivência, se ampliaria o conhecimento dos envolvidos.

Os PPR's se valem do uso do currículo de competências e habilidades profissionais para avaliar o grau de desempenho dos residentes e implementar as diretrizes pedagógicas, assim como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

Como produto desse recurso pedagógico, nota-se a sobrecarga direcionada ao trabalhador, desconsiderando as condições reais e objetivas do trabalho nos marcos da sociedade capitalista, a correlação de forças existente e a privatização da saúde. Buscou-se apreender ainda, nesta pesquisa, se esse novo modelo de gestão possui objetivos divergentes das propostas das RMS.

Dos sujeitos entrevistados, os que sinalizaram maior divergência foram os residentes. Essa identificação pode ser justificada, pois são esses profissionais que estão inseridos diretamente na assistência e sentem os rebatimentos desse processo no trabalho.

Aos sujeitos partícipes da construção/implementação dos PPR's, apenas um entrevistado, que foi residente, sinalizou discrepância, os demais foram categóricos ao verem conjunções entre os objetivos das RMS e da Ebserh.

É pertinente ressaltar que a chegada de profissionais no HULW foi um saldo positivo, porém, as relações que foram estabelecidas, através desse outro modelo de gestão, divergem da proposta do SUS para os trabalhadores da saúde e para o processo de formação.

Nos achados na pesquisa, ao se reportar aos sujeitos envolvidos na elaboração/implementação dos PPR's, percebeu-se, expressivamente pelos relatos, o desconhecimento do objetivo ideológico e concreto desses documentos para os serviços de saúde.

No que diz respeito aos residentes, essa apreensão foi ainda mais expressiva. Em todas as respostas, o desconhecimento/não acesso ao PPR foi sinalizado, a fragilidade no cumprimento da modalidade teórica, a confusão na identificação dos

impactos das RMS na organização do trabalho e nos serviços foram importantes elementos identificados.

Destaca-se que numa formação de quase 6 (seis) mil horas não conseguir apreender os impactos na organização do trabalho ou ter o cumprimento das horas teóricas em participações em eventos é preocupante, assim como sobrevalorizar a dimensão prática em detrimento da teórica.

Os sujeitos da pesquisa entendem que as RMS devem estar em consonância com o SUS, mas que esses programas são limitados, por vezes, à formação de equipes multiprofissionais, ações interdisciplinares, intervenções locais e no aprender pautado na repetição, como se o PPR ficasse reduzido ao caráter burocrático e não político-formativo dos profissionais de saúde. A pluralidade de teorias tem desvirtuado a finalidade política e educativa do trabalho em saúde, proposta pela corrente teórica via RMS.

Não foi pretensão deste estudo apreender todos os elementos do objeto em análise, mas ampliar e identificar novas possibilidades de pesquisa com relação às RMS, com destaque para as que possuem os HU's como cenário de prática obrigatório.

Indica-se, ainda, que esta pesquisa não esgotou os elementos de análise do potencial das RMS e como produto das apreensões iniciais, destaca-se a continuidade do estudo no tocante às interferências da pós-modernidade na implementação dos PPR's.

Reflete-se que a proposta de ensino e assistência em saúde, usada pela Ebserh, reforça as formações pautadas nas análises locais, as quais divergem da proposta do MRSB, porém estão presentes, teoricamente, nos PPR's e em algumas intervenções das equipes de residentes. Ademais, diante dos achados da pesquisa e do embasamento teórico, infere-se que a Ebserh é uma estratégia de privatização dos HU's, em que a saúde é vista como mercadoria e não direito social.

Por fim, sabe-se da potencialidade que as RMS possuem na formação de recursos humanos para o trabalho nos serviços públicos de saúde, mas também se apreende que numa conjuntura de ampliação do projeto privatista, são objetivas e ideológicas as contradições impostas a essa modalidade de formação em serviço que, na sua gênese, teve sua constituição atrelada ao projeto revolucionário. Entretanto, na contemporaneidade, vem sofrendo inferências de teorias adaptativas e pós-modernas.

5 REFERÊNCIAS

ABIB, L. T. “**Caminhando contra o vento...**”: a história das Residências Integradas Multiprofissionais em saúde. 2012. 55f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Coletiva). Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

AGUIAR, A. C.; RIBEIRO, E.C.O. Conceito e Avaliação de Habilidades e Competência na Educação Médica: percepções atuais dos especialistas. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**. [online] Brasília. vol. 4, n. 3, p. 371–378, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n3/06.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2017.

ALMEIDA-FILHO, N. Ensino Superior e os serviços de saúde no Brasil. In: **THE LANCET Saúde no Brasil**. [on-line], Londres, p. 6-7 2011. Disponível em: <<https://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2017.

ALVES, G. Reestruturação produtiva, Novas qualificações e Empregabilidades. In: _____. (Org). **Dimensões da reestruturação produtiva: ensaios da sociologia do trabalho**. 2. ed. Londrina: Editora Praxis. 2007. p. 245-256.

_____. **Dimensões da reestruturação produtiva: ensaios da sociologia do trabalho**. 2. ed. Londrina: Praxis, 2007.

ANDRADE, R. T. **Relação entre Trabalho e Educação na Formação Profissional: um estudo sobre a residência multiprofissional em saúde**. 2015. 182p. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana). Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2015.

ANDREAZZI, M. F. S; BRAVO, M. I. S. Privatização da Gestão e organizações sociais na Atenção à Saúde. **Trab. educ. saúde** [online], vol. 12, n. 3, p. 499-518. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n3/1981-7746-tes-12-03-00499.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2017.

ANTUNES, C. *et al.* O tripé vilipendiador do trabalho: reestruturação produtiva, neoliberalismo e financeirização. In: NAVARRO, V. L; LOURENÇO, E. A. S. (Orgs.). **O AVESSE DO TRABALHO IV TERCEIRIZAÇÃO: precarização e adoecimento no mundo do trabalho**. São Paulo: Outras Expressões. 2017, p. 429-446.

ANTUNES, R. Da pragmática da especialização fragmentada à pragmática da liofilização flexibilizada: as formas de educação no Modo de Produção Capitalista. In: **Germinal Marxismo e Educação em Debate**, Londrina. vol. 1, n1. p. 25-33. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/9834/7120>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

_____. A fábrica de educação: da especialização taylorista à flexibilização toyotista. In: _____.; PINTO, G. A. (Orgs). **Coleção questões da nossa época**. vol. 58. São Paulo: Cortez, 2017.

_____. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as Metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

BABILONIA, L. L. M. Reforma do Estado, saúde pública e resistências: algumas reflexões a partir de Gramsci. In: **V Simpósio Internacional Lutas Sociais na América Latina. Revoluções nas Américas: passado, presente e futuro.** 2013, Londrina/Paraná. Anais, Londrina: UEL, 2013. p. 01-15. Disponível em: <http://www.uel.br/grupo-pesquisa/gepal/v1_lara_GV.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2017.

BANCO MUNDIAL. **Brasil Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro:** melhorando a qualidade dos gastos públicos e da gestão de recursos. Relatório do Banco Mundial nº 36601- BR, 2007.

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

BATISTA, E. S. M. **Memórias e condições sociais dos idosos que contribuíram para a construção de Goiânia (1930-1950).** 2010. 150f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2010.

BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. **Caderno FNEPAS.** [online] Rio de Janeiro. v. 2. n. 2, p. 25-28 2012. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/caderno_atual.php>. Acesso em: 08 jan. 2018.

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

BRASIL. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/qualificacao-profissional/politica-nacional-de-educacao-permanente>>. Acesso em: 31 out. 2018.

_____. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Portaria nº 1.996, DE 20 de agosto de 2007.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 15 abr. 2018

_____. Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários. **Decreto nº 7.082 de janeiro de 2010.** Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/programa-nacional-de-reestruturacao-dos-hospitais-universitarios-federais-rehuf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Lei que autorizou a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.** Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/apresentacao1>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

_____. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). **História da empresa.** Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/apresentacao1>>. Acesso em: 30 maio. 2018.

_____. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/14_cns_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 30 maio. 2018.

_____. Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde. **Portaria Interministerial nº1.077, de 12 de novembro de 2009.** Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

_____. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). **Plano Diretor Estratégico- PDR 2016/2017.** Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/220250/951688/PDE-HULW+20162017.pdf/62140176-b1f0-4147-8025-cbea50466ca8>>. Acesso em: 04 maio. 2018.

_____. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY. **História do HULW.** Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hulw-ufpb/nossa-historia>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

_____. Programa Nacional Publicização. **Lei nº 9. 637 de 15 de maio de 1998.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm>. Acesso em: 20 set. 2017.

_____. Ministério da Administração e Reforma do Estado. **Plano Diretor de Reforma do Aparelho Estatal.** 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde de nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Brasília, D.F. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 31 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde de nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Brasília, D.F. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 31 out. 2017.

_____. Ministério da Educação. **Residência Multiprofissional.** Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>>. Acesso em: 31 out. 2017.

_____. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão. **Resolução nº01/2016.** Revoga a Resolução nº 46/2014 do Consepe, aprova e dá nova redação ao Regulamento e à Estrutura Acadêmica do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, em nível de Mestrado Acadêmico, sob responsabilidade do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/ppgss/wp-content/uploads/2016/02/Rsep01_2016.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde de nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Brasília, D.F. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 31 out. 2017.

_____. Ministério da Educação. Residência Multiprofissional. **Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014.** Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=34&data=10/11/2014>>. Acesso em: 20 set. 2017.

_____. Ministério da Educação. Residência Multiprofissional. **Portaria Interministerial nº 1. 077 de 12 de novembro de 2009.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12500%3Alegislacao-especifica&catid=247%3Aresidencia-medica&Itemid=813>. Acesso em: 20 set. 2017.

_____. Ministério da Educação. **Residência Multiprofissional.** Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>>. Acesso em: 28 mar. 2017.

_____. **Contrato de nº 45 de 2013 de gestão especial gratuita entre Universidade Federal da Paraíba e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- Esbserh.** Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/102188/contrato_hulw_ufpb.pdf/2a627068-f7ee-483f-b394-e3a6dc7a8809>. Acessado em 31 out. 2017.

_____. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. Centro de Ciências da Saúde. Hospital Universitário Lauro Wanderley. **Processo Seletivo Público edital nº 01/2016.** 2016.

_____. Presidência da República. **LEI Nº E 23 DE MARÇO DE 1999.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9790.htm>. Acesso em: 04 jul. 2016.

_____. Ministério da Educação. Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde Mental. **Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva.** Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba. 2015.

_____. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. Centro de Ciências da Saúde. **Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde Mental.** 2015.

_____. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. **Processo Seletivo Público edital nº 15/2016.** 2015.

_____. Ministério da Educação. **Projeto Pedagógico da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar.** Hospital Universitário Lauro Wanderley. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba. 2012.

_____. UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. Centro de Ciências da Saúde. **Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Hospitalar.** 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde. Série B- Textos Básicos de Saúde. 2006. p. 11-15.

_____. A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde. **Caderno 13**. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. 1998.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma administrativa do sistema de saúde**. Cadernos MARE da reforma do estado nº 13. Brasília: MARE, 1998.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. S. *et al.* (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Editora Cortez. 2014 p. 88-110.

_____.; MENEZES, J.S.B. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões. In:_____.; M. J. S. B. (Orgs.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius. 2011. p. 15-28.

BRESSER- PEREIRA, L. C. O modelo estrutural de gerência pública. Rio de Janeiro: RAP. **Revista de Administração Pública**. 2008. ISSN: 1982- 3134. p. 391- 410. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n2/09.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

CAMELO, S. H. H; ANGERAMI, E. L. S. COMPETÊNCIA PROFISSIONAL: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**. [online] Florianópolis. vol. 22, n. 2, p. 552-60, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a34.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2017.

CARDIAL, A. M. D. N. **NOVAS DETERMINAÇÕES DO CAPITAL NA SAÚDE BRASILEIRA: a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares em questão**. 2013. 117f1. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal de Sergipe. Sergipe, 2013.

CARVALHO, R. N. Abordagens e Paradoxos da Interdisciplinaridade: análise sobre o Contexto Saúde. In: CAVALCANTI, P. B;_____.; MIRANDA, A. P. R. S. (Orgs.). **Saúde em Foco**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB. 2010. p. 127-166.

CASTELO, R. O canto da sereia: social-liberalismo, neodesenvolvimentismo e supremacia burguesa no capitalismo dependente brasileiro. In: MACÁRIO, E.; VALE, E. S.; RODRIGUES JÚNIOR, N. (Orgs.). **Neodesenvolvimentismo, trabalho e questão social**. Fortaleza: Expressão gráfica e editora, 2016, p. 43-74.

_____. **O Social-Liberalismo: auge da crise na supremacia burguesa na era neoliberal**. São Paulo: Expressão Popular, 2013. p. 151-277.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2004, vol.14, n.1, p.41-65.2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2016

CISLAGHI, J. F. Hospitais Universitários Federais e Novos Modelos de Gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: BRAVO, M. I S; M. J. S. B. (Orgs.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius. 2011. p. 56-62.

CLOSS, T. T. **O SERVIÇO SOCIAL NAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA**: formação para a integralidade. 2010. 228f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 2010.

CORREIA, M. V. C. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, M. I S; M. J. S. B. (Orgs.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius. p. 43-49, 2011.

_____. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira**: mecanismos de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. 2005. 345f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco. Pernambuco, 2005.

COSTA, L. C. **Os impasses do Estado capitalista**: uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil. Ponta Grossa: UEPG. São Paulo: Cortez, 2006.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos Serviços de Saúde e a inserção dos (as) Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. *et al* (Orgs.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho. 4. ed. São Paulo: Cortez. Brasília: DF: OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2009. p. 304-351.

COUTINHO, C.N. **Contra a corrente – ensaios sobre democracia e socialismo**. São Paulo: Cortez. 2000.

DAL ROSSO, S. **MAIS TRABALHO!**: a intensificação do labor na sociedade contemporânea. São Paulo: Boitempo. 2008.

DESLANDES, S. F. O Projeto de Pesquisa como Exercício Científico e Artesanal Intelectual. In: MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F; GOMES, R. (Orgs.). **PESQUISA SOCIAL**: Teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis: Vozes. 2009, p. 31-60.

DRUCK, G. Terceirização no serviço público: múltiplas formas de precarização do trabalho. In: NAVARRO, V. L; LOURENÇO, E. A. S. (Orgs.). **O AVESSE DO TRABALHO IV TERCEIRIZAÇÃO**: precarização e adoecimento no mundo do trabalho. São Paulo: Outras Expressões. 2017 p.59-87.

FERNANDES, A. E. S.M. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. 4. ed. São Paulo: Cortez. 2008.

FEUERWERKER, L. C. M; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro,. vol.12, n.4, p.965-971. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/15.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2014.

FLEURY, A; VARGAS, N. Aspectos conceituais. In:_____; _____. (Orgs.). **Organização do trabalho: uma abordagem interdisciplinar. Sete casos brasileiros para estudo.** São Paulo: Atlas, 1983. p. 17-31.

FLEURY, S. Reformas dos serviços de saúde no Brasil: movimentos sociais e sociedade civil. In: **THE LANCET Saúde no Brasil.** [on-line], Londres, p. 8-9. 2011. Disponível em: <<https://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2017.

_____. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. saúde coletiva** [on-line]. vol.14, n.3, p.743-752. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/10.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2017.

GOMES, K. K. S. *et al.* NOVO MODELO DE GESTÃO PARA HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. **Serv. Social & Saúde,** [online], Campinas/São Paulo, vol. 13, nº 2, p. 283- 198. 2014. Disponível em:<<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634910/2803>>. Acesso em: 04 out. 2014.

GONTIJO, E.D. *et al.* Matriz de Competências Essenciais para a Formação e Avaliação de Desempenho de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica.** [online] Brasília. Vol. 37, n. 4, p. 526-579, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n4/a08v37n4.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

HAUBRICH, P. L. G. *et al.* Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como *locus* privilegiado da educação permanente em saúde. **Saúde em Redes,** Porto Alegre, v. 1, n.1. p. 47-56, 2015. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/304>>. Acesso em: 04 ago. 2017.

JUNIOR, F. B. Gestão do SUS: O que Fazer? In: BRAVO. M. I.; MENEZES, J. S. B. (Orgs). **Cadernos de Saúde/ Saúde na Atualidade:** Por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

KUENZER, A. Z. TRABALHO E ESCOLA: a aprendizagem flexibilizada. **Rev. do Trib. Reg. Trab.** 10ª Região, Brasília, [online]. 2016, v. 20, n. 2, p. 24. 2016. Disponível em: <<https://juslaboris.tst.jus>>. Acesso em: 04 dez. 2017.

LEITE, L. Q. **UM EMPREENDEDOR DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM AÇÃO:** Bresser Pereira e a Reforma Administrativa Pública de 1995 no Brasil. 2014. 159f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política). Universidade Federal de São Carlos. São Paulo, 2014.

LIMA, V. V. Espiral Construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface.** [online]. Botucatu. 2017, vol.21, n.61, p.421-434. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/1807-5762-icse-1807-576220160316.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2014.

LOPES, E. F. S. **A Formação em Serviço no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar de Clínicas de Porto Alegre**

(PRIMS/HCPA). 2014. 366f. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

MACHADO, M. F. A. S *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 12, n. 2. 2007. p. 335-342. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

MACHADO, M. H. Gestão do Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2. ed. 2008. p. 227-231.

MARX, K. **O CAPITAL**: crítica da economia política. Livro I: processo de produção do Capital. Tradução de Rubens Endere. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2017. p. 689-770.

_____. Introdução [à crítica da Economia Política]. In:_____. Manuscritos Econômicos – Filosóficos e Outros Textos Escolhidos. **Os Pensadores**. V. XXXV. São Paulo: Abril Cultural, 1974, p. 101-125.

MASCARO, A. L. Marx, Engels e a crítica do Estado e do direito. In: NETTO, J. P. **IV Curso Livre-Marx-Engels**. São Paulo: Boitempo, Carta Maior, 2015, p. 11-29.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V.G. Atenção à Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2. ed. 2008, p. 39-44.

MAZZEO, A. C. **Estado e burguesia no Brasil**: origens da autocracia burguesa. São Paulo: Cortez, 1997.

MEDEIROS, K. T. Política de Saúde no Brasil: um balanço histórico. In: CAVALCANTI, P. B; CARVALHO, R. N; MIRANDA, A. P. R. S. (Orgs.). **Saúde em Foco**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB. 2010, p. 29-66.

MELO, J. M. S. **Fim de ciclo de desenvolvimento no Brasil**: perda de hegemonia dos governos Lula-Dilma e inflexão neoliberal frente aos direitos do trabalho. 2016. 178f. Dissertação. (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. 2016.

MENDES, A. N. A saúde pública brasileira num universo “sem mundo”: a austeridade da Proposta de Emenda Constitucional 242/2016. **Cadernos de Saúde Pública**. [on-line], Rio de Janeiro, vol. 32, n. 12. p. 1-3. 2016. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00188916.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2017.

MENDES, J. M. R. *et al.* Gestão da Saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. **Textos & Contextos**. [on-line], Porto Alegre, vol. 10, n. 2. p. 331-344. 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/9912/7337>>. Acesso em: 04 ago. 2017.

MENICUCCI, T. M. G. História da Reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **Hist. cienc. Saúde**. [on-line], Manguinhos, vol.21, n.1, p.77-92. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2017.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. [on-line], Botucatu vol. 4, n. 6. p. 109-116. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n6/09.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2017.

MÉSZÁROS, I. **A crise estrutural do Capital**. Tradução de CORNEJO, F. R. et ali 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2011.

MIRANDA, A. P. R. S. **Inserção do Serviço Social nos processos de trabalho em serviços públicos de saúde – concepções e práticas**: um estudo de caso em um Hospital Universitário – João Pessoa-PB. 2011. 358f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: São Paulo, Hucitec: Abrasco, 1998.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, 2008. vol. 13, n.1.2 p.2133-2144. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2014.

NETTO, J. P. **Economia política**: uma introdução crítica. In: _____.; BRAZ, B. (Orgs). 8. ed. v. 1. São Paulo: Cortez, 2012 (Biblioteca Básica).

_____. **Introdução ao estudo do método em Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NOGUEIRA, M. A. Quarenta anos e algumas transições. 2011. In: NOGUEIRA, M. A. (Org.). **Um Estado para a sociedade civil**: temas éticos e políticos da gestão democrática. 2. ed. São Paulo: Editora Cortez. 2011. p. 19-39.

NOVELO U. F. Estado Keynesiano e Estado neoliberal. Tradução de CONTRERA, R. L. 4. ed. In: LAURELL, A. C. (Org). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez. 2008, p. 53-69.

OLIVEIRA, F. de. O Surgimento do Antivalor: capital, força de trabalho e fundo público. **Revista Novos Estudos**, Vila Mariana, n. 22. Out, 1998.

OLIVEIRA, G. A. **A COMPATIBILIDADE DOS PRINCÍPIOS E MODELO DE ESTADO QUE SUBJAZEM AO SUS E A EBSERH (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES)**. 2014. 191f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Faculdade de Filosofia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

OLIVEIRA, I. C; BALARD, C. R. Formação Profissional em Saúde: integralidade em perspectiva. **Revista Saúde & Transformação Social**, Florianópolis. vol. 4, n1. 2013. p. 69-72. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1977>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. [online], Rio de Janeiro, vol.18, n.4, p.625-644, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a03.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2017.

_____. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: **THE LANCET Saúde no Brasil**. [online], Londres, p. 11-31. 2011. Disponível em: <<https://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2017.

_____. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. 2009, vol. 33, n. 81, p. 27-37. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/5978>>. Acesso em: 08 set. 2016.

_____. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. 2007. 300f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia. Bahia, 2007.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde: gênese do conceito. 2009.

PEREIRA, C. P. **Proteção Social no capitalismo: crítica a teorias e ideologias conflitantes**. São Paulo: Cortez, 2016.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. F. TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE: referências e conceitos. In: _____.; _____. (Org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2. ed. 2008. p. 17-29.

PEREIRA, P. A. **A intersetorialidade das Políticas Sociais numa perspectiva dialética**. 2010.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência Saúde Coletiva** [online]. Rio de Janeiro. 2001, vol.6, n.2, p. 341-360. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7007.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2014.

PINHEIRO, R. Cuidado em Saúde. 2. ed. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 110-114.

PINTO, G. A. **A organização do trabalho no século XX: taylorismo, fordismo e toyotismo**. 3. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

PIRES, D. E. Divisão Social do Trabalho. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2.ed. 2008. p. 125-130.

POTYARA, A. P. P. A INTERSETORIALIDADE DAS POLÍTICAS SOCIAIS NUMA PERSPECTIVA DIALÉTICA. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (Orgs). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social. 2014.

REZENDE, C. A. P. Modelos de gestão na Saúde. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. *et al.* (Orgs). **Política de Saúde na Conjuntura: Modelos de gestão e Agenda para a Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Sirius/Adufrj- SSind. 2008, p. 25-35.

RODRIGUES, T. F. Residências Multiprofissionais em Saúde: formação ou trabalho? **Serv. Soc. & Saúde**. Campinas/São Paulo, v. 15, n. 1 p. 71- 82. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ssss/article/view/8647309>>. Acesso em: 08 ago. 2017.

SANTOS, F. A. **Análise crítica dos Projetos Político-pedagógicos de dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. 2010. 103f. Mestrado (Dissertação em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

SANTOS, P. L. P. Mercantilização da saúde e cidadania perdida: o papel do SUS na reafirmação da saúde como direito social. **Revista da UNIFEBE**. [online] Brusque/SC, vol 1, n.11 p. 1-19. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.unifebe.edu.br/index.php/revistaeletronicadaunifebe/article/view/136/67>>. Acesso em: 04 ago. 2017.

SANTOS, V. O. **Trabalho imaterial e teoria do valor em Marx: semelhanças ocultas e nexos necessários**. São Paulo: Expressão Popular, 2014.

SAUPE, R. *et al.* Avaliação das competências dos Recursos Humanos para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**. [online], Florianópolis, vol.16, n.4, p.654-361. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a09v16n4.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2014.

SCHMALLER, V. P. V. *et al.* Trabalho em saúde, formação profissional e inserção do Serviço Social na residência multiprofissional em saúde da família. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, vol. 11, n2, 2012. p. 346-361. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12362/8651>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 24. ed. São Paulo: Cortez, 2016. p. 128- 136.

SHIKASH, L. **OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA E A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO: um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde**. 2013. 21p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora. 2013.

SILVA, A. J. S. **PRIVATIZAÇÃO**: amplitude conceitual do termo na “Era Gerencial”. 2015. 106f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso em Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Administração. Rio Grande do Sul. 2015.

SILVA, A. X. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo da Reforma Sanitária Brasileira**. 2013. 253f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2013.

SILVA, C. T. *et al.* Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. Rio Grande do Sul: **Revista Gaúcha de Enfermagem**. vol.35 nº. 3. p. 49-54. 2014. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/44512>>. Acesso em: 05 ago. 2017.

SILVA, E. L. V. da. Os novos modelos de gestão para saúde: resistências políticas. **Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social**: desafios contemporâneos. III Seminário Nacional de Território e Gestão de Políticas Sociais. II Congresso de Direito à Cidade e Justiça Ambiental. Londrina PR, de 04 a 07 de Julho de 2017.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Katálisis**, v. 21 p. 200-209, 2018. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141449802018000100200&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. **TRABALHO EM SAÚDE E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**: problematização marxistas. 2016. 248f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016.

SILVA, M. G.; BEZERRA, M. C. E.; SILVA, A. X. **Processo de Privatização da Saúde**: aspectos das Organizações Sociais e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares no Brasil. II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde. vol. 1, 2017. Disponível em: <<http://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/resumo.php?idtrabalho=362>>. Acesso em: 06 jan. 2018.

SILVEIRA, E. S. **História Oral e memória**: pensando um perfil de historiador etnográfico. 2007. Disponível em: <<http://www.uces.br/etc/revistas/index.php/metis/article/viewFile/835/592>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

SODRÉ, F. *et al.* Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serviço Social & Sociedade**, v. 114, p. 365-380, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n114/n114a09.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2018.

SOUZA, M. A. S. L. **O trabalho em saúde**: os fios que tecem a (des) regulamentação do trabalho nos serviços públicos. 2009. 259 f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2009.

TOLEDO, E. DE LA G. Neoliberalismo e Estado. Tradução de CONTRERA, R. L. In: LAURELL, A. C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008, p. 71-89.

TRIVIÑOS, A. S. **Bases Teórico-Methodológicas na Pesquisa Qualitativa nas Ciências Sociais**. Porto Alegre: Ritter dos Reis, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa versa sobre **Os Projetos Pedagógicos das Residências em Saúde e suas inflexões sobre a organização do trabalho** e está sendo desenvolvida por Fernanda Marques de Sousa, do Curso de Pós- Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do(a) Prof(a) Ana Paula Rocha Sales de Miranda.

O objetivo do estudo é analisar as inflexões produzidas na organização do trabalho em saúde pelas Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), a partir da estruturação e implementação de seus Projetos Pedagógicos das Residências (PPR) em um contexto de mudanças dos modelos de gestão em hospitais universitários (HU). A finalidade deste trabalho é contribuir para a reflexão da organização teórica e teórico-prática das RMS, no que concerne à organização dos processos de trabalho, a partir das inflexões da implantação do novo modelo de gestão: Ebserh.

Solicitamos a sua colaboração para realizar a entrevista com duração de 30 minutos, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica da área. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Como risco da pesquisa tem-se o eventual desconforto profissional ao responder o instrumento. Para minimizá-lo garantimos à desistência, em qualquer momento da aplicação dos instrumentos, que será feita de forma individualizada e reservada para que seja evitado qualquer risco de constrangimento durante a elaboração de suas respostas.

Esclarecemos que sua participação (*ou a participação do menor ou outro participante pelo qual ele é responsável*) no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). A pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa , ____ de _____ de _____

Impressão dactiloscópica

Assinatura do participante ou responsável lega

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) (083) 3216-7319 ou para o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley -Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 2º andar. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail::comitedeetica@hulw.ufpb.br Campus I – Fone: 32167964

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista semiestruturada (Grupo A – Sujeitos que participaram da elaboração da proposta da RMS)

I – DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DO(DA) PARTICIPANTE:

- 1) Sexo: () Feminino () Masculino
- 2) Idade: _____
- 3) Formação profissional: _____
- 4) O(A) senhor(a) possui outra(s) especialização/especializações?
() Sim () Não
- 5) Se sim, cite-os _____

- 6) Qual a função que o(a) senhor(a) desenvolve na Residência?

- 7) Há quanto tempo se integrou ao Projeto da RMS?

- 8) Quanto tempo o(a) senhor(a) destina diariamente para a realização dessa função?

- 9) Há quanto tempo o(a) senhor(a) trabalha no HULW/UFPB?

- 10) O(a) senhor(a) teve outras experiências de trabalho em saúde hospitalar?

II – CRIAÇÃO DA RMS

- 11) Fale sobre o surgimento da proposta de criação dos programas de Residência, os principais eventos, as necessidades fundantes, de quem partiu o interesse inicial e como se deu a organização das atividades de elaboração do PPR.

- 12) Comente sobre seu envolvimento inicial na criação da Residência, suas motivações iniciais e o modo como isto se deu.

- 13) Fale sobre os critérios específicos de seleção para os(as) participantes na criação da Residência.
- 14) Qual a função político-social que orientou a organização da RMS?
- 15) Em relação à formação em saúde, quais aspectos foram ressaltados nas discussões iniciais de elaboração da proposta da RMS?
- 16) Em relação à organização dos serviços, quais os contributos que se pretendia com a proposta da RMS?

III – IDENTIFICAÇÃO COM A RMS

- 17) Comente sobre o que lhe instiga a permanecer ligado(a) à Residência e sobre as principais dificuldades que encontra no seu trabalho.
- 18) Verse sobre os itens com que o(a) senhor(a) mais se identifica no PPR.

IV – RELAÇÃO ENSINO-APRENDIZAGEM

- 19) Comente sobre a organização e a realização dos módulos teóricos.
- 20) Comente sobre os critérios das escolhas dos autores e das obras selecionadas e trabalhadas nos módulos teóricos e sobre a relação entre as discussões teóricas e a organização da assistência.
- 21) Comente sobre a relação ensino-aprendizagem no Projeto da Residência e qual a sua avaliação acerca dela no atual momento.
- 22) Comente sobre a contribuição das propostas da Residência para a formação em saúde.
- 23) Comente sobre como é desenvolvido o trabalho pedagógico nas equipes de saúde.

24) Como se dá a relação entre os dois programas de Residência ligados ao CCS?

V – A RMS NOS SERVIÇOS

25) Como se estruturam as propostas político-pedagógicas da Residência na organização dos serviços?

26) Comente sobre a aceitação e/ou a resistência dos(as) profissionais que compõem as equipes de saúde dos serviços às ações político-pedagógicas da Residência.

27) Comente sobre a contribuição das propostas da Residência para a reestruturação/organização dos serviços de saúde.

28) Fale sobre as ações interdisciplinares na assistência em saúde, sua importância, as dificuldades de realização, sua relação com a RMS e como a RMS tem empreendido este tipo de ações.

29) Fale sobre os impactos da verticalização e da burocratização dos serviços sobre a RMS e como ela tem inflexionado a organização das rotinas e das práticas nos serviços.

30) Para o(a) senhor(a), quais os principais desafios da Residência nos serviços onde ela é implementada?

31) Para o(a) senhor(a), quais as possibilidades de trabalho provocadas pelas RMS nos serviços?

32) Em relação ao princípio da integralidade em saúde, quais impactos a RMS tem produzido sobre a organização da assistência?

33) Quais as mudanças nos serviços que a gestão da Ebserh produziu e como impactaram a RMS?

- 34) Como a Ebserh tem contribuído para a abertura de espaços para a consolidação da RMS?
- 35) Para o(a) senhor(a), quais as principais aproximações e/ou divergências entre os projetos da RMS e da Ebserh?
- 36) Comente sobre sua avaliação entre a proposta que originou a Residência e o perfil que ela constitui hoje.

APÊNDICE C – Roteiro para entrevista semiestruturada (Grupo B – Sujeitos que não participaram da elaboração da proposta da RMS)

I – DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DO(DA) PARTICIPANTE:

1) Sexo: () Feminino () Masculino

2) Idade: _____

3) Formação profissional: _____

4) O(A) senhor(a) possui outra(s) especialização/especializações?

() Sim () Não

5) Se sim, cite-os _____

6) Qual a função que o(a) senhor(a) desenvolve na Residência?

7) Há quanto tempo se integrou ao Projeto da RMS?

8) Quanto tempo o(a) senhor(a) destina diariamente para a realização dessa função?

9) Há quanto tempo o(a) senhor(a) trabalha no HULW/UFPB?

10) O(a) senhor(a) teve outras experiências de trabalho em saúde hospitalar?

II – INSERÇÃO NA RMS

11) Comente sobre como ocorreu seu processo de inserção na Residência, suas motivações iniciais, a escolha da sua função e ênfase.

12) Fale sobre os critérios para seleção para participar da RMS.

III – IDENTIFICAÇÃO COM A RMS

13) Comente sobre o que lhe instiga a permanecer ligado(a) à Residência e sobre as principais dificuldades que encontra no seu trabalho.

14) Verse sobre os itens com que o(a) senhor(a) mais se identifica no PPR.

IV – RELAÇÃO ENSINO-APRENDIZAGEM

- 15) Comente sobre a organização e a realização dos módulos teóricos.
- 16) Comente sobre os critérios das escolhas dos autores e das obras selecionadas e trabalhadas nos módulos teóricos e sobre a relação entre as discussões teóricas e a organização da assistência.
- 17) Comente sobre a relação ensino-aprendizagem no Projeto da Residência e qual a sua avaliação acerca dela no atual momento.
- 18) Comente sobre a contribuição das propostas da Residência para a formação em saúde.
- 19) Comente sobre a contribuição das propostas da Residência para a reestruturação/organização dos serviços de saúde.
- 20) Comente sobre como é desenvolvido o trabalho pedagógico nas equipes de saúde.
- 21) Como se dá a relação entre os dois programas de Residência ligados ao CCS?

V – A RMS NOS SERVIÇOS

- 22) Como se estruturam as propostas político-pedagógicas da Residência na organização dos serviços?
- 23) Comente sobre a aceitação e/ou a resistência dos(as) profissionais que compõem as equipes de saúde dos serviços às ações político-pedagógicas da Residência.
- 24) Comente sobre a contribuição das propostas da Residência para a reestruturação/organização dos serviços de saúde.
- 25) Fale sobre as ações interdisciplinares na assistência em saúde, sua importância, as dificuldades de realização, sua relação com a RMS e como a RMS tem empreendido este tipo de ações.

- 26) Fale sobre os impactos da verticalização e da burocratização dos serviços sobre a RMS e como ela tem inflexionado a organização das rotinas e das práticas nos serviços.
- 27) Para o(a) senhor(a), quais os principais desafios da Residência nos serviços onde ela é implementada?
- 28) Para o(a) senhor(a), quais as possibilidades de trabalho provocadas pelas RMS nos serviços?
- 29) Em relação ao princípio da integralidade em saúde, quais impactos a RMS tem produzido sobre a organização da assistência?
- 30) Quais as mudanças nos serviços que a gestão da Ebserh produziu e como impactaram a RMS?
- 31) Como a Ebserh tem contribuído para a abertura de espaços para a consolidação da RMS?
- 32) Para o(a) senhor(a), quais as principais aproximações e/ou divergências entre os projetos da RMS e da Ebserh?
- 33) Comente sobre sua avaliação entre a proposta que originou a Residência e o perfil que ela constitui hoje.

APÊNDICE D – Questionário (Grupo C – Residentes da RMS)

I – DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DO(DA) PARTICIPANTE:

- 1) Sexo: Feminino Masculino
- 2) Idade: _____
- 3) Formação profissional: _____
- 4) O(A) senhor(a) possui outra(s) especialização/especializações?
 Sim Não
- 5) Se sim, cite-os: _____

II – RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

- 6) Linha de cuidado: _____
- 7) Tem tutoria: Sim Não
- 8) Tem preceptoria: Sim Não
- 9) Tempo de permanência no HULW: meses
- 10) Tem/teve módulos transversais: Sim Não
- 11) Se sim, cite-os:
- _____
- _____
- _____

III – INSERÇÃO NA RMS

- 12) De que partiu seu interesse em participar do projeto da Residência?
- _____
- _____
- _____

IV – IDENTIFICAÇÃO COM A RMS

- 13) Comente sobre o que mais lhe instiga na sua experiência como Residente e sobre as principais dificuldades que encontra no seu exercício.

14) Quais os itens com que o(a) senhor(a) mais se identifica no PPR da RMS?

V – RELAÇÃO ENSINO-APRENDIZAGEM

15) Como se dá a realização dos módulos teóricos?

() Discussão de textos

() Discussão de casos

() Participação em eventos

() Outros. Cite-os _____

16) Quais os principais autores e/ou obras trabalhados nos módulos teóricos?

17) Na sua opinião, existe relação entre o que é discutido nos módulos teóricos e a organização da assistência nos serviços?

() Sim

() Não

18) Quais as principais propostas do PPR que contribuem para o processo formativo em saúde?

19) Para o(a) senhor(a), qual o impacto das propostas da RMS para a formação em saúde?

Alto Regular Baixo Não contribui

20) Como o(a) senhor(a) avalia o trabalho pedagógico realizado junto às equipes de saúde?

Ótimo Regular Ruim Péssimo

V – A RMS NOS SERVIÇOS

21) Para o(a) senhor(a), há aceitação das ações político-pedagógicas da Residência pelos profissionais que compõem as equipes de saúde dos serviços?

Sim Não

22) O(A) senhor(a) acredita que a RMS tem contribuído para a reestruturação dos serviços?

Sim Não

23) Que ações em implementação oriundas da RMS o(a) senhor(a) destacaria no que concerne à reestruturação dos serviços?

24) O(A) senhor(a) acredita que a RMS tem contribuído para a realização de ações interdisciplinares junto às equipes de saúde?

() Sim () Não

25) De que modo são organizadas as ações interdisciplinares?

26) Para o(a) senhor(a), quais as principais ações interdisciplinares desenvolvidas na assistência em saúde?

27) O(A) senhor(a) considera que as ações realizadas pela RMS se voltam para uma redução na verticalização e burocratização da organização da assistência?

() Sim () Não

28) Se sim, quais os impactos que o(a) senhor(a) percebe nesse processo?

29) Quais as principais ações idealizadas no PPR para a reestruturação da organização dos serviços de saúde?

30) Em relação ao princípio da integralidade em saúde, quais impactos a RMS tem produzido sobre a organização da assistência?

31) Para o(a) senhor(a), quais os principais desafios da RMS nos serviços onde ela é implementada?

32) Para o(a) senhor(a), quais as possibilidades de trabalho provocadas pelas RMS nos serviços?

33) Quais as mudanças nos serviços que a gestão da Ebserh produziu e como impactaram a RMS?

34) Para o(a) senhor(a), a Ebserh tem contribuído para a abertura de espaços para a consolidação da RMS?

35) Para o(a) senhor(a), quais as principais aproximações e/ou divergências entre os projetos da RMS e da Ebserh?
