

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

SUZÉRICIA HELENA DE MOURA MAFRA

**O ENSINO EM SERVIÇO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A FORMAÇÃO E O
TRABALHO DOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS NOS PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

NATAL/RN

2021

SUZÉRICHELENA DE MOURA MAFRA

**O ENSINO EM SERVIÇO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A FORMAÇÃO E O
TRABALHO DOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS NOS PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Dra. Eliana Andrade da Silva

Área de concentração: Sociabilidade, Serviço Social e Política Social

Linha de pesquisa: Serviço Social, Trabalho e Questão Social

NATAL/RN

2021

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências Sociais Aplicadas -
CCSA

Mafra, Suzerica Helena de Moura.

O ensino em serviço e suas implicações para a formação e o trabalho dos(as)
Assistentes Sociais nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde /
Suzerica Helena de Moura Mafra. - 2022.

220f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro
Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Natal,
2022.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Andrade da Silva.

1. Serviço Social - Dissertação. 2. Ensino em Serviço - Dissertação. 3. Formação
profissional - Dissertação. 4. Residência Multiprofissional em Saúde - Dissertação.
I. Silva, Eliana Andrade da. II. Título.

RN/UF/CCSA

CDU 364.4:61

SUZÉRICA HELENA DE MOURA MAFRA

**O ENSINO EM SERVIÇO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A FORMAÇÃO E O
TRABALHO DOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS NOS PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Aprovada em: 20/12/2021

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eliana Andrade da Silva
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Presidente da banca examinadora

Profa. Dra. Edla Hoffmann
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Examinadora

Profa. Dra. Larisse de Oliveira Rodrigues
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Examinadora

Profa. Dra. Tatiana Reidel
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Examinadora

Às mais de 600.000 vidas brasileiras perdidas para o Coronavírus, por omissão e negligência de quem deveria garantir os direitos à vida e saúde.

Aos/as profissionais que constroem as Residências Multiprofissionais no Brasil, lutando e resistindo cotidianamente.

Aos familiares e amigas(os), que são grande fortaleza da caminhada.

“Não se pode ficar acuado frente aos obstáculos que se apresentam na atualidade e nem desconsiderar que há um conjunto de atividades e alternativas a serem desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social. Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que questione as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais, já que este macula direitos e conquistas da população defendidos pelo projeto ético-político profissional” (CFESS, 2010, p. 31).

AGRADECIMENTOS

Viver e encerrar o ciclo deste curso de mestrado foi, definitivamente, uma das experiências mais complexas que experienciei nesses vinte e poucos anos. Entre as dores e as delícias, findamos com a bagagem cheia de gratidão e aprendizado. Aqui externo alguns agradecimentos àqueles(as) que dividem a caminhada comigo:

A Deus, por se manifestar concretamente na minha vida e por me permiti-lo sentir sempre, sobretudo através das pessoas que tenho comigo; à Nossa Senhora da Apresentação, amada intercessora;

A todos os(as) familiares que acreditam, torcem e colaboram comigo e meus sonhos, tornando-os construções coletivas. Especialmente agradeço aos meus avós Maria Neuza, José Bento, Maria Hosana e João Ananias, por todo afeto e luta para construir o caminho que hoje seguimos com amor e saudade; aos meus pais, Socorro e Jonas, por esse amor imensurável, por toda força e dedicação a nós; às irmãs, Suzana e Rosana; às sobrinhas, Ceci e Clarinha; a tia Lourdes, Joaquim, Raffael e Pedro, por todo amor e cuidado, em nome dos tios, tias e primos(as); aos meus sogros, Diojane e Mário; e aos cunhados, Marcos, Jefferson e Raíssa, por todo amor, parceria e confiança.

A Rodrigo, que é meu amor, amigo, parceiro de vida, sonhos, profissão e luta. Obrigada por dividir a caminhada, pela paciência, respeito e cuidado.

Aos(as) amigos(as) de longa data, verdadeiros presentes que a vida me deu em diferentes ciclos: Vanessa, Mayara, Luciana, Gênesis, Isabelle, Angélica, Kelly, Felipe, Mariana, Anny, Ravel, Jean, Tércio, Natália, Denúzia, Ivaneide, Hiago, Raphaela, Marlon, Rosalina, Tia Virgínia, Vírnia, Francister, Dona Joanita e Seu Antônio, por todo carinho e por caminharmos juntos(as) em todos esses anos. Especialmente agradeço a Artur, amigo que vi crescer e se tornar essa pessoa incrível, cujo apoio nesse processo de pesquisa foi fundamental.

Aos(as) colegas residentes, tutores e preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde no Hospital Universitário Onofre Lopes - HUOL, e especialmente às amigas Leid Jane e Márcia, com quem dividi essa montanha-russa por dois anos e construí laços fortes de amor, amizade e admiração para além desta. Agradeço ainda a Lidiana e Tânia, queridas preceptoras do Programa de Atenção à Saúde da Criança e a Irisinha e Lívia, por terem tornado essa caminhada mais leve e feliz.

Aos(as) colegas da turma de Mestrado em Serviço Social da UFRN (2019), que tanto me inspiram, bem como aos docentes e servidores(as) administrativos do

PPGSS/UFRN, e os(as) servidores(as) terceirizados do CCSA, que tornam nossa Universidade um ambiente ainda melhor para estudar. De modo especial, agradeço ao amigo Léo, pela parceria, confiança e afeto nesse processo em que dividimos tantos desafios e nos vimos crescer.

Aos(as) companheiros(as) de trabalho do IFRN Campus Parelhas, pela compreensão, amizade e respeito; e às companheiras de gestão do CRESS/RN, profissionais e militantes aguerridas que tanto me inspiram;

Aos(as) profissionais que colaboraram prontamente com esta pesquisa, tornando-a uma experiência coletiva de muito aprendizado;

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, que possibilitou em 2019 a manutenção material do meu curso de mestrado, através do Programa de Demanda Social;

A Ricarla, profissional que tanto admiro, por todo apoio e cuidado fundamentais.

A Eliana Andrade, minha querida orientadora de mestrado e residência, por todo cuidado, atenção, respeito e paciência comigo e meu caminhar nesses processos de formação; à prof. Edla Hoffmann, pela parceria e afeto; e aos(as) colegas e professores(as) do Grupo de Estudos e Pesquisas em Questão Social, Política Social e Serviço Social da UFRN.

As professoras Tatiana Reidel e Larisse Rodrigues, por aceitarem contribuir conosco desde o processo de qualificação.

Por fim, a todos(as) aqueles(as) que ousam resistir construindo pesquisa neste país, sobretudo no atual contexto de pandemia, negacionismo e desmonte de direitos que tem custado a vida e a saúde de tantos(as) brasileiros(as), e especialmente aos(as) bravos(as) profissionais que constroem os Programas de Residência Multiprofissional em todo o país e lutam por um SUS mais forte e acessível a todos(as).

RESUMO

A presente pesquisa objetiva apreender os fundamentos da concepção Ensino em Serviço e sua relação com a formação dos(as) assistentes sociais nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da UFRN. A pesquisa teve como objetivo apreender os fundamentos da concepção Ensino em Serviço e sua relação com a formação dos(as) assistentes sociais nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL/UFRN). Com base no método materialista histórico-dialético, foram utilizados, enquanto recursos metodológicos, a revisão bibliográfica, a análise documental e a entrevista semiestruturada, realizada com um(a) representante do Coletivo Potiguar de Residências em Saúde e com assistentes sociais que contribuíram com os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da UFRN no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) entre os anos de 2012 e 2019, nas funções de tutoria, preceptoria e residente, a fim de apreender as concepções destes(as) acerca do Ensino em Serviço e das contribuições da Residência para a formação profissional. Os programas de Residência Multiprofissional em Saúde são regulamentados desde 2005 no Brasil como cursos de Pós-graduação lato sensu que objetivam formar trabalhadores para o Sistema Único de Saúde a partir de atividades teóricas e práticas, orientados pela concepção de Ensino em Serviço, mediante inserção dos(as) profissionais nos serviços de saúde. Contudo, a organização desses Programas, no que diz respeito primordialmente à carga-horária e aos eixos teóricos, suscita algumas inquietações, a exemplo da divisão desproporcional entre o tempo de trabalho e de estudo nos Programas de Residência em Saúde. Esse formato de organização tem implicado diretamente extensas jornadas de trabalho para os(as) residentes, cujo exercício profissional nesses espaços é desprotegido no que se refere aos direitos trabalhistas – por não configurar vínculo empregatício –, havendo a necessidade ainda de conciliar tais atividades com as exigências e os curtos prazos dos eixos teóricos. Ademais, observamos que a dimensão do controle social na saúde é quase inexistente enquanto campo de formação e participação dos(as) residentes. A partir das análises, podemos inferir que, apesar de se configurar como importante espaço de formação e prática no campo da saúde, há uma precarização do trabalho e da formação em curso, no âmbito dos programas de Residência em Saúde, a qual é legitimada pela concepção Ensino em Serviço, cuja orientação se configura como tendência dos programas de pós-graduação stricto e lato sensu atualmente. Desse modo, a expressão do Ensino em Serviço remete a uma formação pelo trabalho que atualmente é subvertida em função das demandas neoliberais e assume tendências tecnicistas, pragmáticas e aligeiradas, expressando-se, portanto, como uma das inflexões do projeto neoliberal no ensino superior público. Assim, partimos do pressuposto de que a concepção de Ensino em Serviço que fundamenta os programas de Residência Multiprofissional em Saúde se apresenta como uma das formas de separação entre o trabalho manual e intelectual, sobretudo a partir do processo de intensificação do trabalho. Esse processo incide de forma diferenciada na formação dos(as) Assistentes Sociais nesses Programas, os(as) quais são orientados(as) em sua formação e trabalho pelo Projeto Ético-Político do Serviço Social.

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

ABSTRACT

The present research aims to apprehend the foundations of the conception of Teaching in Service and its relation to the training of social workers in the Multiprofessional Residency Programs in Health at UFRN. The research aimed to apprehend the foundations of the conception of Teaching in Service and its relation to the training of social workers in the Multiprofessional Residency Programs in Health of the Onofre Lopes University Hospital (HUOL/UFRN). Based on the historical-dialectical materialist method, the bibliographic review, document analysis and semi-structured interviews were used as methodological resources, carried out with a representative of the Potiguar Collective of Residencies in Health and with social workers who contributed to the Multiprofessional Residency Programs in Health of the UFRN at the Onofre Lopes University Hospital (HUOL) between the years 2012 and 2019, in the roles of tutor, preceptor and resident, in order to apprehend their conceptions about Service Learning and the contributions of the Residency for professional training. The Multiprofessional Residency in Health programs have been regulated since 2005 in Brazil as *lato sensu* post-graduation courses that aim to train workers for the Unified Health System from theoretical and practical activities, guided by the conception of Teaching in Service, through the insertion of professionals in health services. However, the organization of these Programs, concerning primarily the workload and the theoretical axes, raises some concerns, such as the disproportionate division between the time of work and study in the Health Residency Programs. This organization format has directly implied long working hours for the residents, whose professional practice in these spaces is unprotected in terms of labor rights - because it does not configure an employment relationship -, with the need to reconcile such activities with the demands and the short terms of the theoretical axes. Furthermore, we observed that the dimension of social control in health is almost non-existent as a field of training and participation of the residents. From the analyses, we can infer that, despite being an important training and practice space in the health field, there is a precariousness of the work and the ongoing training in the scope of the Health Residency programs, which is legitimized by the Teaching in Service conception, whose orientation is configured as a trend in *stricto* and *lato sensu* post-graduation programs today. In this way, the expression of Teaching in Service refers to an education through work that is currently subverted due to neoliberal demands and assumes technicist, pragmatic and light-weight tendencies, expressing itself, therefore, as one of the inflections of the neoliberal project in public higher education. Thus, we start from the assumption that the conception of Teaching in Service that underlies the Multiprofessional Residency in Health programs presents itself as one of the forms of separation between manual and intellectual work, especially from the process of work intensification. This process affects differently the training of Social Workers in these programs, who are guided in their training and work by the Ethical-Political Project of Social Service.

Keywords: Teaching in service; Multiprofessional Residency in Health; Social work; Professional qualification.

LISTA DE SIGLAS

ABED	Associação Brasileira de Educação a Distância
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABESS	Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABRUEM	Associação Brasileira dos Reitores das Universidades Estaduais e Municipais
ANDIFES	Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEDEPSS	Centro de Documentação e Pesquisa em Políticas Sociais e Serviço Social
CEP/HUOL	Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes
CEPS	Centro de Educação e Pesquisa em Saúde Anita Garibaldi
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNJ	Conselho Nacional de Juventude
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários em Saúde
COREMU	Comissão da Residência Multiprofissional em Saúde
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
EaD	Educação a Distância
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EMCM	Escola Multicampi de Ciências Médicas
ENARE	Exame Nacional de Residência
ENPES	Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social
EPS	Educação Permanente em Saúde
EPT	Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica

EUA	Estados Unidos da América
FENTAS	Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
FNDE	Fundo Nacional do Desenvolvimento da Educação
FUNDEB	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação
HU	Hospital Universitário
HUAB	Hospital Universitário Ana Bezerra
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFRN	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
ISD	Instituto Santos Dumont
LAPICS	Laboratório de Práticas Integrativas em Saúde
LGDP	Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais
LIGA	Liga Norte-rio-grandense Contra o Câncer
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MEJC	Maternidade Escola Januário Cicco
MP	Mestrado Profissional
MRSB	Movimento de Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB/RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
ONG	Organização Não-governamental
PEPSS	Projeto Ético-Político do Serviço Social
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNPG	Plano Nacional de Pós-Graduação
PP	Projeto Pedagógico
PPA	Plano Plurianual
PPGSS	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
PRIMS	Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde
PROJOVEM	Programa Nacional de Inclusão de Jovens

PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PUC/RJ	Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
PUC/RS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PUC/SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RCLE	Registro de Consentimento Livre e Esclarecido
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RIMS	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RN	Rio Grande do Norte
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEPA/UFRN	Serviço de Psicologia Aplicada
SESAP	Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UERN	Universidade Estadual do Rio Grande do Norte
UFERSA	Universidade Federal Rural do Semi-Árido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Experiências de formação e trabalho	36
Quadro 2 – Programas, ano de criação, profissões e vagas ofertadas	111
Quadro 3 – Organização curricular da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFRN – Eixo 3 (Serviço Social)	146
Quadro 4 – Objetivos dos Projetos Pedagógicos dos cursos de Residência Multiprofissional desenvolvidos no HUOL/UFRN (Atenção à Saúde da Criança, Atenção Psicossocial e Terapia Intensiva Adulto).....	185
Quadro 5 – Cenários de Prática dos cursos de Residência Multiprofissional desenvolvidos no HUOL/UFRN (Atenção à Saúde da Criança, Atenção Psicossocial e Terapia Intensiva Adulto).....	188

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Dados quantitativos referentes à área de Serviço Social nos programas de residência multiprofissional da UFRN nos anos de 2012 a 2020	18
Gráfico 2 – Autodeclaração étnico-racial	34
Gráfico 3 – Faixa etária	35
Gráfico 4 – Experiências dos(as) Assistentes Sociais pós-residência	167

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Organização curricular da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFRN – Eixo 1	144
Figura 2 – Organização curricular da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFRN – Eixo 2 (Saúde da Criança)	144
Figura 3 – Organização curricular da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFRN – Eixo 2 (Terapia Intensiva Adulto)	145
Figura 4 – Organização curricular da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFRN – Eixo 2 (Atenção Psicossocial)	145

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Procedimentos metodológicos	25
1.1.2 Procedimentos éticos	32
1.2 Caracterização dos(as) participantes da pesquisa	33
2 CRISE, UNIVERSIDADE E TENDÊNCIAS PARA A FORMAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO	39
2.1 Entre polissemas: a formação para o trabalho no ensino em serviço	53
3 A RESIDÊNCIA EM SAÚDE COMO EXPRESSÃO DO ENSINO EM SERVIÇO NA CONTEMPORANEIDADE	79
3.1 A Residência Multiprofissional em Saúde no Rio Grande do Norte: um estudo sobre o Hospital Universitário Onofre Lopes	108
3.2 Organizar, resistir e lutar: a organização política dos(as) residentes potiguares	116
4 A FORMAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE	124
4.1 A Formação em Serviço Social nas residências em saúde	134
4.2 Projetos em disputa?	176
5 HÁ UM HORIZONTE DE POSSIBILIDADES PARA CAMINHAR E SEGUIR CONSTRUINDO: À GUIA DE CONCLUSÕES	195
REFERÊNCIAS	203
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturada	216
ANEXO A – Parecer de aprovação	218

1 INTRODUÇÃO

Os Programas de Residência Multiprofissional estão presentes no Brasil desde as décadas de 1970 e 1980, aproximadamente, tendo notória expansão a partir de sua regulamentação, em 2005 (Lei nº 11.129/05). Trata-se de uma modalidade de curso de Pós-graduação que inova ao ofertar uma formação em saúde sob a forma de ensino em serviço, pressupondo o processo de aprendizagem baseado na experiência prática dos(as) profissionais em formação nos serviços de saúde. O Serviço Social compõe efetivamente o conjunto das profissões que integram os Programas de Residência e tem ganhado notoriedade neste espaço formativo, evidenciado pela expansão de vagas para a profissão nos cursos.

De modo geral, observamos que essa expansão dos cursos de Residência em Saúde ocorre como mediação do Estado brasileiro e também por uma tendência de perspectivas profissionalizantes nos Programas de Pós-graduação, o que tem se conformado a partir da década de 1990 como resposta às requisições do mercado e do projeto neoliberal.

Partindo da apreensão desse contexto, situado no aprofundamento do atual estágio de crise do capital e mediado pelas políticas de Ajuste Fiscal no Brasil, entendemos a importância e a urgência de analisar de forma crítica os processos de expansão e formação nos Programas de Residência, que têm ocorrido em um momento de profunda retração do Estado nas políticas públicas de Educação, Trabalho e Saúde.

De modo particular, nos propomos neste estudo a analisar o processo de formação dos(as) assistentes sociais nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e o Ensino em Serviço. Como cenário, buscamos apreender esse processo nos Programas ofertados no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

A motivação para tal proposta de estudo decorre da inserção da autora no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFRN (2017-2019), cuja atuação se deu na área de concentração Saúde da Criança (HUOL/UFRN). Durante o período de participação na Residência Multiprofissional, as experiências vividas suscitaram reflexões para além do cotidiano da prática profissional institucional, que por si é também rica em possibilidades interventivas que emergem da sua dinâmica e contradição.

Neste sentido, muitas circunstâncias vivenciadas com a experiência na Residência em Saúde nos instigaram à consecução desta pesquisa, dentre as quais: a desproporcionalidade da distribuição da carga-horária, que nos inquietava cotidianamente, e o hiato entre trabalho e formação, visto que a Residência é um curso de pós-graduação, mas que tem a contrapartida do trabalho, o qual se mostrou, em boa parte, desprotegido, dado que não tínhamos garantias trabalhistas legais devido à natureza do vínculo institucional, entre outros aspectos.

A experiência da Residência Multiprofissional foi marcada, para nós, por constantes contradições: entre as expectativas de adentrar num projeto de formação propagado como articulação entre ensino e experiência profissional, e se deparar com o cotidiano no qual a Residência se coloca prioritariamente como mecanismo de complementação da força de trabalho nos serviços de saúde, sob jornadas extenuantes de trabalho para os(as) residentes; entre a experiência de cursar uma pós-graduação cuja dimensão do ensino encontra-se secundarizada ante a carga-horária prática, e a exigência de rigor científico e cumprimento de prazos e pesquisas acadêmicas sob condições desfavoráveis; e, por fim, a sensação de estar acessando um espaço ainda privilegiado de formação em que, apesar de tudo, é possível acessar uma bolsa cujo valor encontra-se acima da média salarial da maior parte dos(as) Assistentes Sociais do estado, assim como um curso de Pós-graduação ofertado pela UFRN, além da própria experiência profissional.

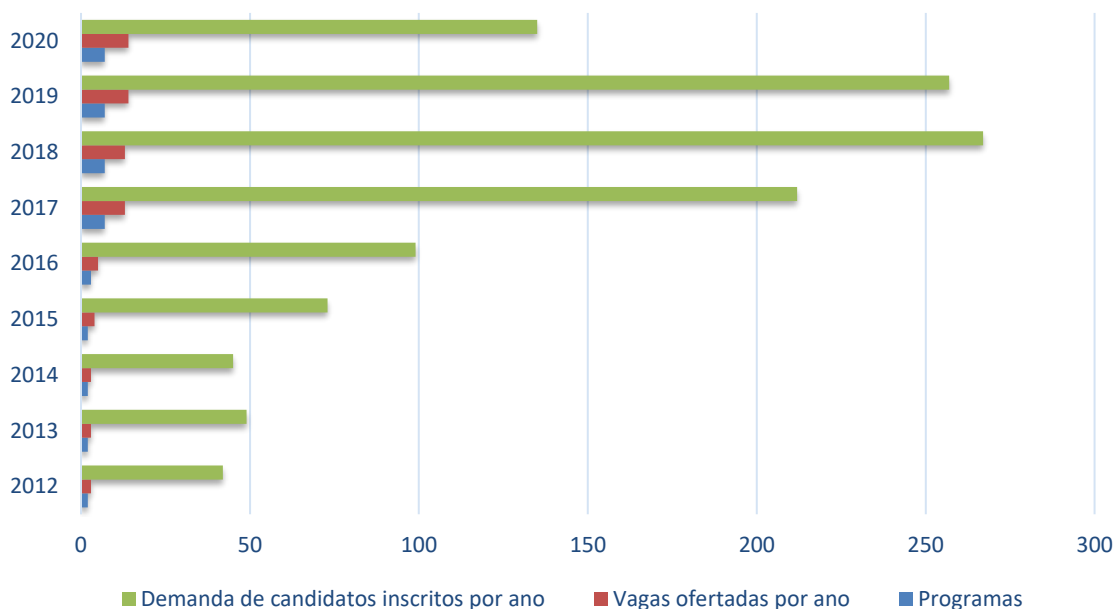
Foi, portanto, a reflexão acerca da nossa realidade que nos trouxe até aqui, de modo que o direcionamento da pesquisa se volta para a apreensão, sob uma perspectiva crítica, das determinações da concepção Ensino em Serviço, a qual fundamenta os programas de Residência Multiprofissional em Saúde, refletindo, nesse processo, sobre a formação dos(as) assistentes sociais.

Outra motivação foi a compreensão da importância que o Serviço Social vem ganhando nos Programas de Residência em Saúde no Rio Grande do Norte. Na UFRN, os Programas de Residência Multiprofissional foram criados em 2010, e em 2011 o Serviço Social passa a integrá-los. Desde então, o estado passou a acompanhar a expansão dos programas de residência multiprofissional e, no contexto específico do Serviço Social, é possível inferir que esse processo ampliou a oferta de vagas para os(as) assistentes sociais; possibilitou uma aproximação maior com o exercício profissional na área da saúde – sobretudo para recém-graduados(as); e tem envolvido outros(as) assistentes

sociais já inseridos nos espaços sócio-ocupacionais, bem como professores universitários, nas atividades de tutoria e preceptoria¹.

A importância que o Serviço Social tem adquirido nos programas de residência multiprofissional da UFRN pode ser explicitada, dentre outros fatores, pelo crescimento da oferta de programas nos quais os(as) assistentes sociais estão inseridos(as); pelo consequente aumento no quantitativo de vagas para estes(as)²; assim como no aumento considerável da demanda de inscritos por programa, conforme se percebe no gráfico 1:

Gráfico 1 – Dados quantitativos referentes à área de Serviço Social nos programas de residência multiprofissional da UFRN nos anos de 2012 a 2020



Fonte: Sítio da Comperve – UFRN. Elaboração própria (2021).

¹ De acordo com a portaria nº 1.111/2005, as funções de preceptoria e tutoria são definidas da seguinte forma: “I - **preceptoria**: função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de experiência em área de aperfeiçoamento ou especialidade ou titulação acadêmica de especialização ou de residência, que exerçam atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais ou estudantes, respectivamente em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão. II - **tutoria**: função de supervisão docente-assistencial no campo de aprendizagens profissionais da área da saúde, exercida em campo, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de atuação profissional, que exerçam papel de orientadores de referência para os profissionais ou estudantes, respectivamente, em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão, devendo pertencer à equipe local de assistência e estar diariamente presente nos ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens em serviço.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, grifos nossos).

² Mesmo com o aumento das vagas para Assistentes Sociais, ocasionado pelo crescimento dos Programas, observamos que ainda se trata de um quantitativo baixo em relação ao conjunto das profissões que integram os cursos na UFRN.

Os dados indicados no gráfico 1 revelam que, entre os anos de 2012 e 2014, eram ofertados pela UFRN apenas 2 programas de Residência Multiprofissional com inserção de assistentes sociais: **Terapia Intensiva Adulto** – HUOL (1 vaga) e **Saúde Materno-Infantil** – HUAB (2 vagas); em 2015, o programa de Terapia Intensiva Adulto – HUOL passou a ofertar 2 vagas; no mesmo ano, iniciou-se a oferta do programa de **Saúde da Criança** – HUOL (1 vaga), totalizando, até então, 3 programas e 5 vagas. A partir do ano de 2016, foi criado o programa **Terapia Intensiva Neonatal** (2 vagas) na Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), que no ano seguinte iniciou oficialmente a oferta de vagas. Em 2017 ocorreu a abertura de mais três programas: **Atenção Básica** – Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM)/Currais Novos (2 vagas) e EMCM/Caicó (2 vagas) e **Materno-infantil** – EMCM/Caicó (2 vagas). Em 2019, foi oficializada a abertura do programa **Atenção Psicossocial** – HUOL, o que totaliza atualmente 7 programas e 14 vagas destinadas a assistentes sociais.

Dos anos 2012 a 2018, observamos um progressivo aumento dos Programas de Residência Multiprofissional no Rio Grande do Norte, os quais se concentraram, em maior parte, nos Hospitais Universitários. Neste sentido, é possível inferir que o processo de expansão das Residências no RN está situado no contexto de implementação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) nos Hospitais Universitários da UFRN, a qual se propôs, entre outros aspectos, a aumentar o quantitativo de profissionais nos Hospitais Universitários (HUs), mas efetivamente tal processo não ocorreu no HUOL, dado o aumento desproporcional das linhas/unidades de atenção hospitalar após a gestão da Empresa³. Durante esse estudo, observamos que a gestão empresarial hospitalar da EBSERH tem incidido de forma direta nos processos de formação e trabalho nas Residências em Saúde.

Ao considerar esse panorama, é também perceptível o crescimento da demanda de assistentes sociais inscritos(as) nos processos seletivos para ingresso nos programas de residência (gráfico 1). Esse fato pode estar relacionado não só ao interesse no ingresso em um curso de pós-graduação, mas também à oportunidade de integrar um espaço que propicia o exercício profissional e o acesso à renda proveniente da bolsa que é paga

³ Estes dados foram obtidos no processo de pesquisa da autora durante sua experiência no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança no HUOL/UFRN, culminando na construção do Trabalho de Conclusão da Residência intitulado *‘O trabalho do assistente social no HUOL frente ao processo de implementação da EBSERH: particularidades da Pediatria’* (2018).

mensalmente, dado o atual quadro de crise do capital que tem impactado diretamente as condições laborais da classe trabalhadora, através da diminuição e precarização dos postos de trabalho, flexibilização das relações trabalhistas, e outros efeitos (ANTUNES, 2015).

Esse expressivo crescimento da demanda até o ano de 2018 se relaciona com o aprofundamento da crise do capital no Brasil, a qual tem incidido diretamente no aumento do desemprego e no desmonte dos serviços públicos, sendo esse período marcado pela transição governamental do executivo federal, intensificando o contexto de diminuição de concursos públicos, reflexo direto da política econômica vigente de retração do Estado nas políticas públicas.

Tal conjuntura se expressa, por exemplo, na aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que institui um novo regime fiscal para o Orçamento Fiscal e a Seguridade Social no Brasil, instituindo limites orçamentários regressivos, vinculados a exercícios dos anos anteriores, impedindo o crescimento dos investimentos públicos, sobretudo nas políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social, mas impactando diretamente todo conjunto das políticas públicas no Brasil.

O referido quantitativo de inscritos(as) inicia queda no ano de 2019, o que atribuímos, entre outros fatores, à expansão dos Programas de Residência Multiprofissional no Rio Grande do Norte através de outras instituições públicas e particulares, que influenciou na distribuição da demanda. Em 2020, entendemos que a queda na demanda de candidatos(as) tenha sido impactada pelo contexto de pandemia de Covid-19, que inviabilizou o acesso de muitos(as) à realização das provas.

Considerando os dados brevemente elucidados, identificamos a necessidade de analisar o processo de formação profissional dos(as) assistentes sociais inseridos(as) nestes espaços, sob a perspectiva do Ensino em Serviço, dado o atual contexto de expansão dos programas no Rio Grande do Norte.

Assim, ao longo do trabalho, buscamos apreender algumas tendências desse processo, em suas dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas, as quais compõem a instrumentalidade do Serviço Social, aqui apreendida como “capacidade ou propriedade constitutiva da profissão, construída e reconstruída no processo sócio-histórico” (GUERRA, 2007, p. 1). Tal definição nos permite analisar a profissão e as dimensões que a constituem de forma dinâmica, mediadas pelo desenvolvimento das forças produtivas da sociedade e as capacidades historicamente elaboradas de objetivação das respostas profissionais.

Faz-se necessário destacar que o estudo desta temática nos coloca alguns desafios. Um destes está ligado ao fato de que ainda é uma área pouco estudada pela categoria profissional, havendo, portanto, poucos subsídios para análise. Com relação à produção científica sobre este tema, por exemplo, a discussão acerca da Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social aparece como campo de pesquisa até então pouco abordado/explorado em teses e dissertações no âmbito da UFRN.

Em busca realizada no Repositório Institucional desta Universidade, especificamente na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, utilizando como referência o termo “residência multiprofissional em saúde”, são identificadas 685 ocorrências entre teses e dissertações. Contudo, ao refinarmos a busca para a área de Serviço Social, esse resultado cai para 40 trabalhos, nenhum destes apresentando como objeto de pesquisa a inserção do Serviço Social nos programas de residência multiprofissional em saúde. Os demais trabalhos identificados, de modo geral, versam sobre outras determinações dos Programas de Residência e são oriundos majoritariamente de programas de pós-graduação em áreas de saúde.

Não foram identificadas pesquisas que evidenciam o trabalho dos(as) assistentes sociais – residentes e/ou preceptores(as) – no âmbito dos programas de residência multiprofissional, o que configura elemento inédito e uma contribuição da pesquisa ora realizada para o Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UFRN.

Ademais, foi realizado também um breve levantamento de publicações acerca das Residências Multiprofissionais em Saúde na produção e circulação de conhecimentos – a qual ainda é incipiente e em desenvolvimento – no Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social – ENPESS, nos anos de 2014, 2016 e 2018. Nessa busca, foram identificados os seguintes dados: Em 2014 houve 10 publicações sobre a temática, o que atribuímos ao fato de a temática da Residência ser uma novidade para produção científica na categoria profissional, visto que o período circunscrito foi marcado pela expansão dos Programas de Residência. Após esse contexto, nota-se um declínio nas publicações referentes à Residência Multiprofissional, de modo que em 2016 foram contabilizados apenas 7 trabalhos.

Entre 2014 e 2016, os estados que mais publicaram a respeito da formação em Serviço Social nas Residências em Saúde foram Rio de Janeiro (5) e Minas Gerais (3). Nos dois anos há equivalência na representação das regiões nordeste (2 estados), sudeste (2 estados), sul (2 estados) e norte (2 estados). Não foram identificadas publicações dos estados do centro-oeste. Nos trabalhos analisados, observamos que a maior parte dos

estudos se dá na forma de relato de experiência, trazendo a vivência dos(as) assistentes sociais residentes nos diferentes locais de prática.

É possível atestar ainda que os debates acerca da temática sobre as Residências Multiprofissionais em Saúde vêm crescendo na categoria dos(as) assistentes sociais, conforme explicitam os Relatórios dos ENPESS elaborados pela ABEPSS: no ano de 2012, os termos “Residência” e/ou “Residência Multiprofissional” não foram encontrados/citados; em 2014 pouco se discorreu a respeito de tais programas, os quais foram mencionados nos referidos documentos apenas como temas que contaram com algumas publicações. No relatório de 2016, a discussão sobre a Residência ganha relevância, espaço e conteúdo no Relatório da ABEPSS, sendo considerada uma das 6 principais temáticas recorrentes na edição do Encontro de Pesquisadores ocorrido em 2016, atestando a visibilidade que a Residência Multiprofissional tem adquirido para o Serviço Social, apesar da baixa quantidade de trabalhos publicados no referido ano (ABEPSS, 2016).

Mesmo com a expressividade que o debate vem adquirindo no Serviço Social, o levantamento realizado nos documentos do ENPESS 2018 revela um declínio quantitativo de publicações a respeito do tema das Residências em Saúde e Serviço Social, onde foram encontrados apenas 3 trabalhos que versavam sobre tal assunto.

É preciso destacar nesse processo a relevância e expressividade da pesquisa Mapeamento das Residências em Área Profissional e Serviço Social, realizada pela ABEPSS em 2018. O relatório da pesquisa traz contribuições acerca dos Programas de Residência Multiprofissional ofertados no ano de 2018 nas 5 regiões do Brasil, além de apresentar uma caracterização do perfil dos(as) programas e dos(as) assistentes sociais tutores(as) e preceptores(as) que participaram do estudo. O Relatório também traz uma análise crítica da ABEPSS acerca do processo de formação nestes Programas de Residência, indicando os desafios e possibilidades atuais.⁴

Ao pesquisarmos a recorrência de publicações acerca da temática das Residências Multiprofissionais em Saúde e o Serviço Social na Revista *Temporalis* da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), entre os anos de 2010 a 2020, identificamos apenas 3 publicações de artigos, sendo uma em 2013 – trazendo os resultados preliminares do mapeamento da ABEPSS sobre a inserção do

⁴ Ver mais em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/relatorio-abepss-residencia-201812031150396627330.pdf>.

Serviço Social nos programas de Residência em Saúde – outra em 2019, que trabalhou a interlocução sobre a preceptoría e a formação dos(as) assistentes sociais nestes programas e, mais recentemente, uma em 2020, denominada ‘Nota sobre as Residências em Saúde e o Serviço Social em tempos de Pandemia Covid-19’.

Nesta última publicação, a ABEPSS reforça a defesa de um processo de formação de qualidade para os(as) Assistentes Sociais nas Residências em Saúde, sobretudo no período de Pandemia de Covid-19, que precarizou amplamente o trabalho e agravou as condições de vida da população brasileira.

Foi realizada ainda uma busca nas edições da revista Serviço Social e Sociedade entre os anos de 2010 e 2021, na qual não foram encontradas publicações acerca das Residências em Saúde neste periódico. Considerando a relevância da revista Serviço Social e Sociedade para a categoria dos(as) assistentes sociais, esse dado nos revela a carência de pesquisas e publicações científicas acerca do tema trabalhado, o qual é emergente para o Serviço Social brasileiro, sobretudo no atual contexto de expansão dos programas de Residência Multiprofissional.

Nossa pesquisa busca, a partir das análises tecidas, contribuir com o debate acerca das Residências em Saúde, dadas as lacunas teóricas originadas da pouca discussão sobre a concepção de Ensino em Serviço que permeia entre os programas de Residência Multiprofissional da UFRN e a inserção dos(as) assistentes sociais neste contexto. Desse modo, realizamos a pesquisa nos Programas de Residência do Hospital Universitário Onofre Lopes – HUOL/UFRN, visto que se trata da instituição que concentra a maior parte dos programas da UFRN.

Pretendemos também com esse estudo adensar o debate dessa temática na academia e nos espaços de organização da categoria, como já vem ocorrendo, por exemplo, em eventos como o I Seminário Nacional Residência em Saúde e Serviço Social, realizado em 2016 na cidade de Olinda/PE.

Assim, nossa pesquisa tem como objetivo geral apreender os fundamentos da concepção Ensino em Serviço e sua relação com a formação dos(as) assistentes sociais nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL/UFRN). Os objetivos específicos consistem em: a) analisar a concepção Ensino em Serviço no âmbito dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde; b) apreender os determinantes históricos do processo de criação e expansão dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e a inserção do Serviço Social nestes; e c) identificar a concepção dos(as) assistentes sociais egressos dos programas de

Residência em Saúde do Hospital Universitário Onofre Lopes sobre a contribuição destes na formação de força de trabalho para o SUS.

Nosso estudo partiu da hipótese de que a concepção de Ensino em Serviço que fundamenta os programas de Residência Multiprofissional em Saúde se apresenta como uma das formas de separação entre o trabalho manual e intelectual. Esta parte da realidade empírica de organização da relação ensino-trabalho, conforme expressa a organização da carga-horária dos programas de Residência, de modo a privilegiar as atividades práticas em detrimento das atividades formativas teóricas, sob jornadas extensas de trabalho, cujo movimento reflete diretamente na formação dos/as assistentes sociais sob uma perspectiva tecnicista e pragmática.

Desse modo, tivemos como questão central de pesquisa: *quais os fundamentos ideopolíticos e teórico-metodológicos da concepção de Ensino em Serviço e suas repercussões para a formação da residência em Serviço Social?* Relacionadas à questão de pesquisa supracitada, emergiram outras questões norteadoras, quais sejam: qual a concepção de ensino? Qual a concepção de trabalho? Qual o perfil do(a) residente? De que modo estas questões se expressam como tendências para a formação dos(as) residentes de Serviço Social?

Em suma, este trabalho está organizado em 3 capítulos centrais de análise e discussão dos resultados, seguido de breves considerações à guisa de conclusão. No capítulo intitulado *Crise, universidade e tendências para a formação de pós-graduação*, traçamos uma breve análise sobre a atual conjuntura de crise do capital no Brasil, situando nela algumas tendências para o ensino de pós-graduação, apontando para a expressiva incorporação das estratégias de formação para o trabalho nesse contexto. Trazemos ainda as diferentes concepções de Ensino em Serviço, buscando traçar um panorama entre as apreensões teóricas e as percepções dos(as) participantes da pesquisa acerca desse conceito.

No capítulo seguinte, denominado *A Residência em Saúde como expressão do Ensino em Serviço na contemporaneidade*, dialogamos de modo mais particular sobre o processo de criação dos cursos Residência Multiprofissional, buscando apreender os fundamentos desse processo que tem como concepção uma formação baseada na concepção de Ensino em Serviço. Além disso, particularizamos este processo a nível de Rio Grande do Norte, a fim de situar os cursos ofertados pela UFRN no HUOL, escolhido como *locus* de pesquisa. Nesse percurso, destacamos, ainda que brevemente, a

organização política dos(as) residentes potiguares, dada a importância das estratégias de luta e resistência para a conquista de direitos nesse contexto.

No capítulo titulado *A formação do/a assistente social nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde*, buscamos analisar especificamente as dimensões que constituem o processo de formação dos(as) assistentes sociais nestas modalidades de ensino. Considerando que o processo de formação dos(as) profissionais de Serviço Social nas Residências em Saúde foi o objeto central da análise, entendemos que, para além do aprofundamento nesse capítulo, trata-se de um tema transversal em todo o trabalho a partir das falas dos(as) assistentes sociais. Ademais, buscamos analisar nesse item os projetos pedagógicos dos cursos e as relações estabelecidas com o Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Por fim, apresentamos no capítulo *Há um horizonte de possibilidades para caminhar e seguir construindo: à guisa de conclusões* alguns apontamentos que sintetizam este trabalho e o processo de pesquisa. Para a construção da pesquisa, optamos por escolhas metodológicas ancoradas no método materialista histórico-dialético, as quais serão descritas no item a seguir.

1.1 Procedimentos metodológicos

Acertadamente, ao analisar a pesquisa social na tradição marxista, Behring (2016, p. 61) afirma: “o pesquisador e seu objeto estão mergulhados na história. Essas são as balizas centrais que orientam o nosso trabalho de pesquisa”. Isso nos diz sobre o ponto de partida para pensar esta pesquisa no âmbito da investigação social: a realidade.

A realidade se processa historicamente em um movimento dialético e permeado por contradições. Ao propor a temática de aprofundar criticamente a categoria Ensino em Serviço no âmbito dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e sua relação com a formação dos(as) assistentes sociais participantes destes, partimos da realidade de quem esteve nesse cenário e se inquietou ao refletir sobre ele. Foi o movimento contraditório da realidade imediata expressa no cotidiano, que ao ser reconstruída no âmbito do pensamento, retorna à realidade “como um conjunto mais rico de determinações que supera aquele momento primeiro”, sob a forma de concreto pensado (BEHRING, 2016, p. 63).

Pensar esse objeto no âmbito da pesquisa social implicar pensar o que significa tal opção metodológica. Por pesquisa social, entendemos o processo de investigação

crítica da realidade, a fim de desvelar as mediações que a compõem, desnudar as contradições e apreendê-la da forma mais aproximada de seu movimento real. Tal perspectiva se ancora no compromisso da produção de conhecimento para a transformação. Assim, a pesquisa social imprime mais do que uma relação fonética da palavra com a sociedade: trata-se do processo investigativo da realidade social, a fim de produzir conhecimentos de que nos permitam o aprofundamento nela, apreendendo-a e subsidiando sua transformação.

Para tanto, há a necessidade uma articulação coerente entre o método e a escolha de técnicas de pesquisa que se relacionem com esse compromisso da pesquisa social. No nosso caso, a escolha pelo método materialista histórico-dialético enquanto bússola para o processo investigativo foi fundamental.

O referido método implica pensar o objeto da pesquisa a partir de sucessivas aproximações com ele, por meio de sua reprodução ideal, estabelecendo as mediações necessárias a fim de apreender suas particularidades, analisando tal processo sob determinado tempo histórico e condições socioeconômicas da realidade em que ocorre. Para Marx, “a investigação tem de se apropriar da matéria [*Stoff*] em seus detalhes, analisar suas diferentes formas de desenvolvimento e rastrear seu nexos interno. Somente depois de consumado tal trabalho é que se pode expor adequadamente seu movimento real” (MARX, 2017, p. 90).

Prates (2016) caracteriza como as particularidades do método: o humanismo; o materialismo, ou seja, a concreticidade; a dialética; o caráter ontológico; unidade entre objetividade e subjetividade; a teleologia; e por fim, o caráter revolucionário. Tais elementos conferem ao método materialista histórico-dialético movimentos de análise que parte da atividade concreta do homem em sua relação com a natureza, através do trabalho, enquanto elemento fundante das demais relações sociais.

Ademais, desse processo, derivam também as relações de movimento dialético, apreendendo a realidade enquanto dinâmica, a qual se constitui como processo histórico, concreto, construído a partir da atividade teleológica humana, cujos movimentos são determinados pelo objeto concreto e não por sua idealização. A apreensão do movimento real do objeto parte da realidade concreta, cuja dinâmica é captada subjetivamente e retorna a ela com outras mediações, que permitem, em sucessivas aproximações subjetivas e objetivas, desvelar as determinações que constituem seu movimento real, a fim de que, ao alcançar tal movimento da realidade, seja possível transformar as relações que o constituem e são constituídas a partir dele.

No processo da investigação social, tal movimento de apreensão da realidade é balizado por categorias do método em Marx, que conduzem o processo de análise do objeto. Prates (2016) nos auxilia no entendimento destas e destaca as principais: totalidade, contradição, historicidade e mediação.

Para Tonet (2013, p. 116)

Totalidade, portanto, como princípio metodológico, significa que nada pode ser compreendido de modo isolado. O sentido de cada parte, de cada fato, de cada dado só emerge na medida em que ele for apreendido como momento de um conjunto, como resultado de um processo através do qual cada um dos elementos parciais vai adquirindo a sua natureza e a sua especificidade.

Assim, a categoria totalidade corresponde à análise de conjunto articulado de partes, em que cada parte é uma totalidade mais ou menos complexa, mas nunca uma coisa absolutamente simples. A categoria contradição está intimamente articulada com a totalidade, complexificando-a, e, de acordo com Prates (2016, p. 91), a contradição é o motor do movimento histórico, “porque ao negarmos um estado, uma etapa, uma necessidade, instigamos a reação oposta (a negação da negação), estimulamos a superação, porque a contradição é insuportável e tendemos a tentar superá-la.”

É a partir desse movimento citado pela autora que podemos apreender a historicidade enquanto categoria do método. Nessa concepção, a história não seria uma sucessão evolucionista de fatos, descolada do tempo socialmente definido, mas concebida como processo de “produção e expressão humana [...]. A história, numa concepção ampliada e processual, é a chave heurística para a explicação dos processos” (op cit., p. 84).

A categoria mediação corresponde à análise dinâmica dos fenômenos relacionados ao conjunto das manifestações daquela realidade. É pela mediação que podemos articular a totalidade e apreendê-la em seu movimento contraditório. “As mediações que estruturam (ontológicas) devem ser reconstruídas pela razão (reflexivas) para que seja possível uma compreensão do movimento e constituição do objeto e para orientar a intervenção” (PRATES, 2016, p. 93).

As categorias do método devem direcionar o percurso da análise investigativa do objeto de pesquisa e aqui foram separadas apenas como forma de exposição explicativa. Contudo, entendemos que elas atuam em uma articulação íntima umas com as outras e conduzem as aproximações com a realidade.

O fato do método em Marx não se tratar de um conjunto de técnicas e procedimentos enrijecidos de pesquisa, que são aplicados de forma neutra e acrítica, lhe torna uma lente para essa investigação, através da qual somos guiados para uma análise dialética, histórica e crítica do objeto de pesquisa, pensando-o não de forma dissociada e isolada da realidade, mas como produto desta, sendo a opção pelo processo de pesquisa com o método materialista histórico-dialético uma escolha ético-política (PRATES; PRATES, 2009).

Contudo, pensá-lo dessa forma exige que as devidas ponderações acerca do processo de pesquisa sejam feitas, ressaltando a indispensabilidade do planejamento e da definição prévia das técnicas e etapas de pesquisa. A Pesquisa Social não está solta: implica manter a disciplina, conforme postulou Triviños (1928), e “pressupõe um trabalho prévio sistemático de organização e tratamento dos dados, que constitui a base para a análise” (BEHRING, 2016, p. 63). Desse modo, planejar o processo e o projeto de pesquisa não indica sua prisão, mas pensar sobre suas projeções e organizar os processos de coleta e análise dos dados, a fim de manter a fidelidade da análise firme ao método e alcançar os resultados esperados.

Com base no exposto, para apreender o movimento do nosso objeto, ou, conforme apresenta Marx, a reprodução ideal do movimento do real no processo de coleta de dados, articulamos fontes bibliográficas e documentais, bem como dados obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas.

Optamos por este tipo de entrevista como coleta de dados primários dada a possibilidade que a entrevista semiestruturada com questões semiabertas oferece ao pesquisador e aos(as) entrevistados(as) de criarem diálogos no decorrer da pesquisa, de modo que o(a) entrevistado(a) não ficará preso a perguntas fechadas que tendem a limitar seu campo reflexivo (RICHARDSON, 2008).

As entrevistas foram realizadas entre os meses de maio e agosto de 2021, por meio remoto (*on line*), em virtude de alguns fatores. Os dados primários da pesquisa foram obtidos junto a uma determinada parcela de assistentes sociais que participaram dos diferentes programas de Residência Multiprofissional em Saúde, o que inviabilizou a participação presencial de todos(as), visto que muitos(as) residem ou trabalham fora do Estado. Ademais, a escolha se deu em virtude do contexto atual de pandemia, sobre o qual não havia à época das entrevistas previsão de retorno às atividades presenciais da Universidade.

Para este estudo, foi construído um roteiro com questões semiestruturadas⁵, versando sobre os seguintes eixos: residência multiprofissional em saúde; concepção de Ensino em Serviço; formação e trabalho profissional no âmbito dos programas de residência. É pertinente destacar que a escolha por tais eixos não é aleatória, ao contrário, entendemos que eles sintetizam as principais categorias teóricas abordadas no trabalho. Com fins de análise e exposição, os(as) profissionais participantes foram organizados em 2 grupos: o de residentes egressos(as) e o de tutores(as)/preceptores(as), que vivenciaram as entrevistas guiados(as) pelo mesmo roteiro de perguntas semiestruturadas.

A pesquisa foi realizada com 16 (dezesesseis) participantes, sendo 15 (quinze) assistentes sociais que participaram dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde do HUOL/UFRN entre os anos de 2012 e 2019, sendo: 10 residentes e 6 tutores(as) ou preceptores(as). Do quantitativo de residentes, destacamos que 1 (um/a) corresponde a(o) representante do Coletivo Potiguar de Residentes em Saúde no período delimitado, a fim de apreender como tem se organizado a luta dos(as) residentes no Rio Grande do Norte, apontando os desafios e possibilidades do atual cenário das Residências em Saúde.

Na pesquisa, os(as) participantes estão identificados em códigos alfabéticos aleatórios (PS; PE; PA; PQ; PB; PU; PM; PH; PC; PX; PW; PY; PL; PJ; PT; PO), de modo a resguardar o sigilo firmado em compromisso ético entre a pesquisadora e os(as) profissionais.

Ressalta-se que a escolha pelo Hospital em questão ocorreu por algumas razões, quais sejam: o HUOL foi um dos primeiros Hospitais Universitários da UFRN a receber o Programa de Residência no Rio Grande do Norte; trata-se da instituição da UFRN que congrega o maior quantitativo de programas de Residência em Saúde (45), especialmente Residência Multiprofissional (8 programas); consideramos que, diante das particularidades do modelo hospitalar, as relações ora estudadas entre formação e serviço no âmbito das Residências em Saúde se traduzem de forma diferenciada.

A amostragem foi não probabilística intencional, e, como critérios de inclusão, foram considerados sujeitos elegíveis a esta pesquisa: assistentes sociais residentes que cursaram e concluíram os cursos em que atuaram durante o período circunscrito; e assistentes sociais que exerceram a função de tutores e/ou preceptores dos programas por, no mínimo, 1 ano, durante os anos supracitados; representante do Coletivo Potiguar de

⁵ O roteiro de questões utilizado na entrevista encontra-se nos apêndices da dissertação.

Residências em Saúde no período circunscrito. Como critérios de exclusão, estabelecemos: assistentes sociais que ingressaram, mas não concluíram os cursos de Residência no período delimitado; assistentes sociais na condição de tutor(a) ou preceptor(a) que exerceram ou estão nas respectivas funções por menos de 1 ano; representantes do Coletivo Potiguar de Residências em Saúde em período posterior ao ano de 2019.

Os contatos foram realizados por meio de e-mail e telefone, cujos dados foram obtidos tanto a partir dos currículos lattes, quanto pelo conhecimento pessoal prévio dos(as) profissionais. As entrevistas foram realizadas por meio da plataforma Google Meet, com consentimento dos(as) participantes, em ambientes privados e sem interferências externas.

Quanto à revisão de literatura, Lima e Miotto (2007, p. 38) pontuam que ela “implica em um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório”. Assim, foi um recurso indispensável a esta pesquisa por se tratar de instrumento estruturado de organização dos dados coletados nas fontes bibliográficas e um dos caminhos que nos orientaram nas aproximações teóricas necessárias com o objeto de pesquisa para a construção das análises. Como fontes bibliográficas, foram considerados: livros, artigos, teses e dissertações que se relacionavam à temática proposta na pesquisa.

A fim de melhor apreender as expressões do processo estudado, optamos pela análise documental como constituinte do percurso investigativo, por considerar que:

Os documentos expressam discursos, normativas, sentidos atribuídos, regras, conceitos (ora explicitados, ora vagos) pressupostos, delimitações, valores, descrições de fatos, enfim uma infinidade de elementos que permitem complementar a análise de processos ou mesmo constituir-se em fontes únicas para algumas investigações de extrema relevância (PRATES; PRATES, 2009, p. 114-115).

Assim, revisão bibliográfica e análise documental estiveram presentes durante todo o processo investigativo e objetivaram nortear teoricamente os caminhos percorridos neste estudo, para alcance dos objetivos propostos. Para tanto, foram analisadas legislações, resoluções, decretos e portarias que discorriam sobre o tema, além dos regimentos e projetos pedagógicos dos cursos, seguindo um roteiro pré-estabelecido para nortear a escolha e análise dos documentos.

Ademais, a opção pelas fontes documentais e bibliográficas foi feita diante da necessidade que o estudo apresenta de constante revisão de literatura para apreensão do seu movimento real, visando fundamentar alguns eixos teóricos que o balizam, quais sejam: Residência Multiprofissional em Saúde, Serviço Social e formação profissional.

A Análise de Conteúdo (BARDIN, 1997) foi escolhida como técnica de análise dos dados oriundos da pesquisa de campo, por lançar mão de um conjunto de técnicas adequadas que buscam analisar o conteúdo intrínseco nas mensagens expressas pelas comunicações. Trata-se, pois, de um método que nos permite captar, para além das informações extraídas do processo de entrevista, expressões dos(as) participantes que possibilitam situar o conteúdo daquela comunicação em um conjunto de significados, que viabilizam a apreensão do processo elucidado nas entrevistas sob uma perspectiva de totalidade.

Na pré-análise, os dados documentais e bibliográficos analisados foram escolhidos por meio da pertinência e representatividade, os quais foram previamente organizados e articulados à proposta do projeto de pesquisa no que se refere aos objetivos e questões norteadoras.

Na fase de exploração do material, os dados coletados foram organizados em diferentes quadros (dados primários e secundários) nos quais constavam os elementos da unidade de registro e as primeiras impressões da pesquisadora a partir da leitura flutuante. Os dados referentes às transcrições das entrevistas foram classificados e categorizados por grupo de respondentes e por unidades temáticas orientadas pelos objetivos e principais categorias teóricas do estudo (Residência Multiprofissional em Saúde e Ensino em Serviço e a formação do(a) Assistente Social). A partir desse processo, foi possível analisar e relacionar os dados bibliográficos, documentais e de campo entre si, possibilitando a construção de inferências.

As falas dos(as) participantes da pesquisa foram analisadas pela técnica de análise temática, que segundo Closs (2013) com base em Bardin (1977), “se atenta para os significados manifestos ou latentes, para os temas significativos em relação aos objetivos de análise do tema de estudo” (op. cit., p. 169).

Destacamos que, apesar de identificarmos relações de unanimidade em algumas respostas, não foi possível quantificá-las em análise de frequência na maior parte dos relatos, dadas as variações nas respostas em determinados grupos de questões. Contudo, a análise de frequência foi utilizada para apreensão do perfil dos(as) profissionais participantes da pesquisa.

A escolha da Análise de Conteúdo como técnica de análise da pesquisa foi considerada também pela possibilidade de uma apreensão ampliada dos dados coletados. Ampliada por não se ater unicamente aos dados coletados de forma enrijecida, em seus aspectos formalmente elaborados, mas por se tratar de uma análise norteada também pelos aspectos subjetivos e simbólicos tanto do pesquisador, quanto dos fenômenos pesquisados (FRANCO, 2008; DEMO, 1995). Com isso, acreditamos que foi possível qualificar os movimentos de aproximação e análise da realidade estudada.

1.1.2 Procedimentos éticos

Por se tratar de pesquisa com seres humanos, buscamos tomar os cuidados éticos necessários, conforme preconiza a resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Em primeiro lugar, submetemos nosso projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes – CEP/HUOL, onde foi avaliado e aprovado por meio do Parecer nº 4.627.805⁶ – CAAE: 41865120.6.0000.5292.

Assim, conforme Declaração de Não-início da Pesquisa assinada previamente, a coleta de dados só foi iniciada no período subsequente à emissão do parecer de aprovação pelo Comitê de Ética.

Ressaltamos que desde o primeiro contato com os(as) profissionais entrevistados(as), apresentamos a pesquisa e seus objetivos, favorecendo o diálogo e transparência acerca do processo de pesquisa, para melhor embasar o consentimento dos(as) participantes em colaborar com o estudo. Ademais, foi utilizado o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE), a fim de dar ciência aos sujeitos da pesquisa sobre os objetivos do estudo, bem como acerca dos benefícios e riscos de sua participação neste.

No que se refere aos riscos, ressaltamos que estes foram mínimos aos(as) participantes, como o possível constrangimento com alguma questão da entrevista no que tange à publicação de suas respostas. Contudo, durante a pesquisa, nos comprometemos a atenuar esses riscos por meio do diálogo e resguardando o direito dos(as) participantes de não responderem às questões com as quais não se sentissem confortáveis ou até mesmo retirar sua colaboração da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para aqueles(as).

⁶ Disponível nos anexos desta dissertação.

Quanto aos benefícios, destacamos no âmbito institucional a contribuição para o exercício profissional dos/as Assistentes Sociais inseridos nos Programas de Residência Multiprofissional da UFRN, através das reflexões produzidas nesse estudo. Quanto à profissão, de forma geral, essa pesquisa busca contribuir com a produção científica do Serviço Social acerca dessa temática, almejando trazer novas análises e proposições acerca da inserção dos/as profissionais nesse campo de atuação.

Ademais, foi solicitada também a permissão dos(as) entrevistado(as) para que as entrevistas fossem gravadas, de modo que o consentimento de todos(as) os(as) participantes foi registrado. Os vídeos/áudios que foram gravados, foram referentes ao momento da entrevista, realizadas de forma remota, através de uma plataforma segura, em salas virtuais individualizadas, em ambientes silenciosos e privados, garantindo o sigilo e a privacidade da pesquisadora e do(a) entrevistado(a).

O material foi utilizado apenas para fins de transcrição dos áudios, cujos relatos publicados na pesquisa tiveram suas identificações resguardadas e mantidas sob sigilo. Os dados coletados encontram-se em armazenamento de acesso restrito à pesquisadora, sob sua responsabilidade e comprometimento da não-divulgação destes(as) para fins externos ao presente estudo, conforme preconiza a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.

Acreditamos que o cumprimento dos requisitos éticos da pesquisa, resguarda e respeita os direitos dos(as) sujeitos envolvidos nesta, bem como, respalda a credibilidade da pesquisa junto à comunidade acadêmica.

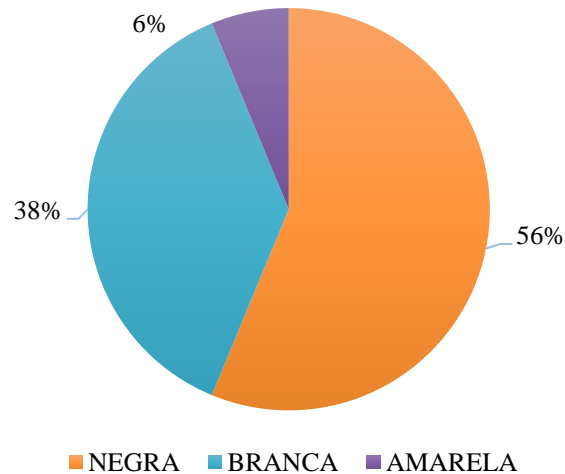
1.2 Caracterização dos(as) participantes da pesquisa

Como já elucidado nos itens anteriores, a pesquisa de campo foi realizada com 16 profissionais, dos(as) quais 15 são assistentes sociais e 1 é residente egresso(a), representante do Coletivo Potiguar de Residências em Saúde entre os anos de 2012 e 2019, período delimitado para a pesquisa.

A maioria dos(as) participantes são do sexo feminino (81%), evidenciando uma das características da profissão de Serviço Social, como majoritariamente feminina. Tal característica é uma marca histórica da profissão, e que, por essa razão, segundo Iamamoto (1992), incorpora traços de subalternidade inerentes à condição da mulher na sociedade.

Quanto à autodeclaração dos(as) profissionais, estes(as) se declararam majoritariamente negros(as), englobando nesta categoria pretos(as) e pardos(as):

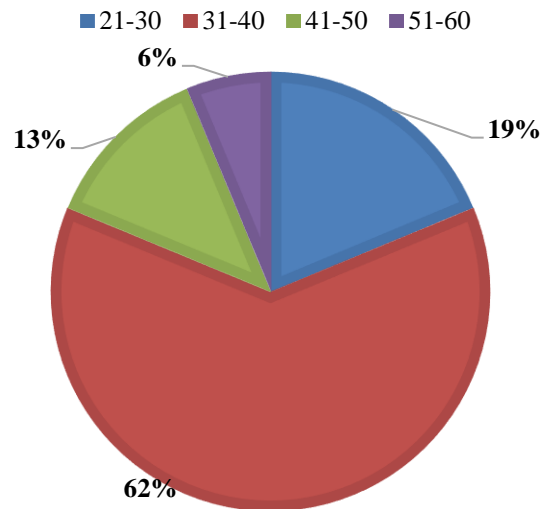
Gráfico 2 – Autodeclaração étnico-racial



Fonte: elaboração própria mediante entrevistas realizadas (2021).

Trata-se de um recorte relevante, pois se refere a um contexto em que, pela primeira vez no Brasil, negros(as) são maioria nas Universidades. Para o IBGE (2019), este cenário foi fortemente impactado pelas ações afirmativas, articuladas às estratégias de ampliação e democratização das universidades: “com a trajetória de melhora nos indicadores de adequação, atraso e abandono escolar, estudantes pretos ou pardos passaram a compor maioria nas instituições de ensino superior da rede pública do País (50,3%), em 2018” (IBGE, 2019, p. 9).

Já no que se refere à faixa etária dos(as) entrevistados(as), temos o seguinte panorama:

Gráfico 3 – Faixa etária

Fonte: elaboração própria mediante entrevistas realizadas, 2021

A partir dos dados, observamos que há uma predominância da faixa etária de 31 a 40 anos de idade entre os(as) participantes da pesquisa, que pode estar relacionada ao recorte do estudo, que compreende profissionais que participaram dos Programas de Residência do HUOL entre os anos 2012 e 2019. Assim, há um número maior de profissionais com mais tempo de formação e experiência e, conseqüentemente, uma faixa etária superior à dos(as) recém-formados(as), que compreende um público de 21 a 30 anos de idade.

Quanto às experiências de formação e trabalho dos(as) profissionais participantes, temos os seguintes dados:

Quadro 1 – Experiências de formação e trabalho

FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA	
PERÍODO DE FORMAÇÃO	1995 - 2000 (12,5%)
	2001 - 2006 (18,75%)
	2007 - 2012 (18,75%)
	2013 - 2018 (50%)
INSTITUIÇÃO FORMADORA	UFRN - 68,75%
	UECE - 12,5%
	UERN, UFPB, UNIFACEX - 18,75%
GRAU DE FORMAÇÃO	Especialização - 68,75%
	Mestrado - 25%
	Doutorado - 6,25%
EXPERIÊNCIAS NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL – HUOL	
TUTORIA/PRECEPTORIA 37,5%	<ul style="list-style-type: none"> • Todas possuem mais de 3 anos de experiência na função; • Para além das funções na residência, possuem vínculos de trabalho nos serviços públicos de Saúde e Educação;
RESIDENTE 62,5%	<ul style="list-style-type: none"> • Dos(as) 10 residentes egressos(as) entrevistados(as), 2 realizaram mais de um curso de Residência; • Experiências após a conclusão dos cursos de Residência: <ul style="list-style-type: none"> - Cursos de mestrado – 50% - Vínculos no serviço público – 60% (Saúde e Educação) - 2ª Residência – 20% - Ausência de vínculo empregatício – 30%

Fonte: elaboração própria mediante entrevistas realizadas, 2021

A partir dos dados elucidados, podemos destacar alguns elementos: por termos um quantitativo de participantes da pesquisa na condição de residentes egressos, observamos que há uma predominância de profissionais formados(as) entre os anos 2013-2018, período que se refere também aos anos em que os Programas de Residência em Saúde se expandem e consolidam no Rio Grande do Norte.

Observamos que há ainda um quantitativo maior de profissionais (dos dois grupos pesquisados) que foram formados pela UFRN (68,75%), o que indica uma absorção de profissionais da própria UFRN para os seus Programas de Residência. Tal dinâmica indica também um processo de regionalização dos cursos no âmbito do RN,

apesar de destacar a presença expressiva de profissionais de outras instituições formadoras, inclusive para além do território potiguar.

Há, entre os grupos entrevistados, uma predominância de profissionais cujo grau de formação é especialização. É fato que a expressividade desse dado se refere ao quantitativo maior de residentes egressos(as), mas observamos que este quantitativo é maior também no grupo de tutoras/preceptoras, especificamente. Considerando que o processo acadêmico-formativo da Residência não se realiza apenas para os(as) residentes, é necessário que as instituições potencializem a oferta e os incentivos de cursos de formação (*stricto* e *lato sensu*) para os(as) tutores(as) e preceptores(as), a fim de que estes(as) sigam em um processo de educação permanente articulado com as novas demandas no âmbito da formação em Serviço Social.

De modo geral, ao realizar a leitura e análise deste estudo, destacamos que as falas partem de lugares e grupos específicos que se relacionam direta e cotidianamente no processo de formação das Residências:

a) O grupo de tutoras e preceptoras é composto integralmente por mulheres, assistentes sociais, pós-graduadas em diferentes níveis de formação, com mais de 10 anos de experiência profissional e, de modo particular, com mais de 3 anos de experiência nas funções de supervisão da Residência Multiprofissional. Para além das atividades de supervisão realizadas nos Programas de Residência, as participantes, em sua maioria, são/foram profissionais do HUOL, trabalhando no atendimento direto aos(as) usuários(as). Destas, algumas ainda dispõem de mais de um vínculo de trabalho, havendo uma docente vinculada diretamente à UFRN.

b) O grupo de residentes egressos(as) é composto por mulheres e homens, em sua maioria assistentes sociais – excetuada a formação do(a) representante do Coletivo Potiguar de Residências em Saúde –, pós-graduados(as), cuja maioria tem formação relativamente recente (mínimo de 4 anos de graduados/as). Após a conclusão dos cursos, a maioria destes(as) profissionais tomaram diferentes caminhos: seguiram para realização de cursos de mestrado (50%); constituíram vínculos de trabalho no serviço público (60%), com a atuação nas políticas de saúde e educação, refletindo a continuidade da relação estabelecida na Residência em Saúde com tais políticas; cursaram outra Residência Multiprofissional (20%); outros(as) ainda não conseguiram inserção no mercado de trabalho (30%).

Desse modo, os relatos obtidos nesta pesquisa devem ser apreendidos a partir desses lugares e grupos especificados, a fim de que possamos entender as motivações e os sentidos das falas.

2 CRISE, UNIVERSIDADE E TENDÊNCIAS PARA A FORMAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Neste capítulo, serão abordados elementos referentes aos determinantes dos cursos de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil, destacando o atual contexto de crise do capital. Nesse processo, buscamos analisar a Universidade nesta conjuntura e as tendências para a formação de pós-graduação. A partir desse cenário, serão analisadas as apreensões acerca da concepção de Ensino em Serviço que norteia o processo de formação nas Residências, a partir do arcabouço teórico analisado e das percepções dos(as) participantes da pesquisa.

O atual contexto sociopolítico brasileiro não deixa dúvidas de que os tempos em que vivemos são sombrios e desafiadores, os quais têm exigido de nós um olhar ainda mais ativo e atento, a fim de descortinar as contradições do tempo presente. Vivemos hoje as expressões aprofundamento do projeto neoliberal que tem se forjado no seio da crise estrutural do capital.

Segundo Mészáros (2011), o mundo vive uma crise do capital que se manifesta em caráter universal, com alcance global, ocorrendo de forma permanente, contínua e rastejante, o que nos diz que a crise já não se dá necessariamente em grandes derrocadas, mas se emaranha nos diferentes espaços da atual sociabilidade.

A intensificação da crise do capital tem se consolidado em seu atual estágio de desenvolvimento e foi sobretudo a partir década de 1970 que este cenário se aprofunda e consolida em escala global, através dos seguintes elementos: a crise de acumulação capitalista, marcada pelo embargo econômico da crise do petróleo; o declínio de grandes instituições financeiras; o esgotamento dos modelos fordista e taylorista de produção (que não estavam mais respondendo aos interesses produtivos do capital), os quais se mesclam, criam novas formas de produção com os processos de reestruturação produtiva e impactam diretamente no mundo do trabalho, tornando-lhe um terreno inseguro, flexível e precarizado, dentre outros elementos que mobilizavam politicamente a classe trabalhadora, a qual buscava resistir a esse contexto (ANTUNES, 2015). Nos anos 1980 e 1990, acompanhamos o fortalecimento do projeto neoliberal sobretudo na América Latina, construindo as bases do cenário de crise que vivenciamos atualmente.

A resistência da classe trabalhadora ⁷ no atual estágio de crise do capital encontra-se cada vez mais complicada: com a flexibilização, a precarização e a desproteção dos espaços de trabalho, há em uma relação diretamente proporcional o enfraquecimento das organizações sindicais e entidades representativas dos(as) trabalhadores, por meio do desmonte e desfinanciamento destas. No Brasil, as medidas que operam neste sentido são cristalinas, e se agravaram sobretudo após o golpe político, jurídico e midiático empreendido em 2016 contra a democracia mediante o *impeachment* da então presidenta do Brasil, Dilma Rousseff.

Exemplo disso é a Lei n° 13.467/2017, também conhecida como a lei da Reforma Trabalhista do governo de Michel Temer, a qual desobriga o pagamento das contribuições sindicais, fragiliza os contratos de trabalho, altera prejudicialmente as condições de acesso ao seguro-desemprego, entre outros elementos.

Ademais, as ações de desregulamentação do trabalho encontram no atual contexto de pandemia, um espaço “propício” para aprovação de medidas arbitrárias que ferem diretamente os direitos dos(as) trabalhadores(as), espaço este no qual as expressões da Questão Social são aprofundadas, a exemplo da Lei n° 14.020 de 06 de julho de 2020, sancionada pelo atual presidente, Jair Bolsonaro, que institui o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda, que, diferentemente do que propõe seu nome, tem como principais medidas para atenuação dos efeitos da pandemia sobre o trabalho e a economia: “I - o pagamento do Benefício Emergencial de Preservação do Emprego e da Renda; II - a redução proporcional de jornada de trabalho e de salário; e III - a suspensão temporária do contrato de trabalho” (BRASIL, 2020).

Também acompanhamos dados alarmantes que denunciam, além do aprofundamento da taxa de desemprego – que no 1° trimestre de 2021 atingiu 14,7%, conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua (IBGE, 2021)⁸ –, o fortalecimento de uma cultura armamentista de violência como uma das expressões da Questão Social – vide a edição dos Decretos 10.627/21, 10.628/21, 10.629/21 e 10.630/21, que flexibilizam e favoreceram o acesso à armas de fogo –, o que tem atingido de modo direto e desproporcional a vida das mulheres, da população negra e mais pauperizada; assim como o retorno do Brasil ao mapa da fome, situação agravada pelo atual contexto de pandemia, em que

⁷ Para maior aprofundamento, ver Antunes (2015; 2020).

⁸ Os dados da PNAD Contínua estão disponíveis em: <https://www.ibge.gov.br/indicadores#desemprego>.

o percentual de brasileiros que vivem em extrema pobreza quase triplicou – de 4,5% para 12,8%. No final de 2020, mais da metade da população – 116 milhões de pessoas – enfrentava algum nível de insegurança alimentar, das quais quase 20 milhões passavam fome. Isso marca uma tendência ascendente em relação aos anos anteriores (OXFAM, 2021, p. 14).

Desse modo, o contexto elucidado exige dos(as) trabalhadores(as), das organizações da sociedade civil, sindicais, partidos políticos e movimentos sociais o fortalecimento das estratégias de resistência as quais, entre avanços e retrocessos, tem em diferentes períodos da história, travado lutas em favor dos(as) trabalhadores(as) e conquistado importantes direitos.

Prova disso, ainda no contexto de pandemia, foi a conquista da mobilização de parlamentares da esquerda, partidos políticos e movimentos sociais pela aprovação da Lei Aldir Blanc (Lei nº 14.017 de 29 de junho de 2020), destinada aos(as) trabalhadores(as) da cultura, diretamente prejudicados com o contexto de pandemia; e pela aprovação do Auxílio Emergencial – que ressaltadas as ponderações sobre sua execução de forma atrasada, parca e burocrática, que expôs milhares de trabalhadores(as) a situações de dificuldades – conseguiu beneficiar mais de 6 milhões de beneficiários(as) em 2020, aproximadamente.

Cabe destacar que, além do atraso para aprovação e pagamento do Auxílio Emergencial no valor de R\$ 600,00 em 2020, houve, ao final do referido ano, a suspensão dessa medida, sendo retomada apenas em abril de 2021, com menos beneficiários e valores reduzidos que variam entre R\$150,00 e R\$375,00, a depender da composição familiar. Esse contexto se coloca, portanto, como expressão efetiva da crise estrutural do capitalismo, que aprofunda elementos basilares do sistema, como a desigualdade social, a pobreza e a fome.

Mais recentemente, como desdobramento da atual crise, ainda foi possível acompanhar o fim do Programa Bolsa Família, considerada uma ferramenta de suma importância da atenuação das situações de extrema pobreza, hoje vivenciada por mais de 14 milhões de famílias no Brasil.

Nesse contexto, os(as) trabalhadores(as) se mantêm na busca por formas de resistência individuais e coletivas, as quais são fundamentais para manutenção das condições mínimas de vida e trabalho que estes(as) dispõem e que são ameaçadas todos os dias pelo modo de produção capitalista.

Diante desse cenário, para responder a crise do capital, as estratégias utilizadas pelo grande capital, com base no livre mercado, têm agravado as condições de vida da classe trabalhadora e a contradição capital x trabalho. Tratam-se de mecanismos de ordem política, ideológica e econômica, que têm se emaranhado nas diferentes relações constituídas na atual sociabilidade. O contexto se agrava quando analisamos os impactos do projeto neoliberal nos países de capitalismo periférico, tais como o Brasil, onde a realidade neoliberal tem se mostrado ainda mais dura, sobretudo nos últimos anos, com a ofensiva neoconservadora que vem degradando as condições de vida e trabalho do povo brasileiro.

A condição de país periférico se deve ao processo de adaptação do Brasil de forma peculiar ao capitalismo mundial, de forma lenta, gradual, elitista e antipopular, conforme Coutinho (1992), em uma combinação complexa de elementos conservadores nos ditames do “progresso” do capital, conferindo ao Brasil traços particulares em sua formação sócio-histórica – de caráter dependente, com base em um modelo colonial e escravista como pilares das contradições que formam a sociedade brasileira⁹ – e no seu desenvolvimento enquanto país capitalista, o qual tem acompanhado um progressivo agravamento das condições de vida da população, sobretudo com a atual política de ajuste fiscal e recrudescimento do Estado, que afetam primordialmente o mundo do trabalho, a garantia de direitos, as liberdades democráticas e a provisão das políticas e serviços sociais.

No caso brasileiro, esse contexto vem sendo construído na contradição da luta de classes, sobretudo ao final da década de 1980, onde o processo de reconquista da democracia pela luta da classe trabalhadora convive com o aprofundamento do projeto neoliberal por meio da assinatura do Consenso de Washington em 1989, o qual foi direcionado a todos os países capitalistas, mas teve seu enfoque nos países periféricos, e definiu as diretrizes e estratégias políticas e econômicas do processo de neoliberalização do capital, dentre as quais, podem ser destacadas: “reforma tributária, liberalização financeira [...] investimento direto estrangeiro, privatização, desregulação e propriedade intelectual” (MONTAÑO, 2003, p. 29).

Desde então, temos vivenciado o desmonte gradual da seguridade social, das políticas públicas e dos direitos dos(as) trabalhadores(as), através das medidas de ajuste fiscal que tem desfinanciado e precarizado as políticas e serviços sociais. Nesse diapasão,

⁹ Para melhor aprofundamento, ver *Trabalho e indivíduo social* (IAMAMOTO, 2001).

as estratégias de desmonte têm incidido sobre os diferentes setores, dentre eles, a política de educação tem sido um dos principais alvos.

Importante destacar que, quando falamos em Educação, apreendemo-la por diferentes vias imbricadas: como um conjunto de mediações construídas socialmente no tempo e na história, sob a forma de instituição social, operando no âmbito ideológico como elemento fundamental da organização social, respondendo às determinações concretas da sociedade e sua dinâmica, o que implica dizer que mediante o movimento das forças sociais, a Educação se constitui em projetos de transformação/ruptura ou reprodução da sociabilidade vigente.

Ao mesmo tempo, falar de Educação no Brasil, e em particular a Educação Superior, implica falar na Política Educacional, com a qual buscamos dialogar nesse estudo, entendendo que as políticas educacionais, enquanto mediações de intervenção estatal, também estão vinculadas diretamente a determinados projetos educacionais que, por se constituírem como frentes de projetos societários, encontram-se em disputa.

Assim, compreendemos a Educação como esse conjunto de relações dotadas de sentido e direcionamento socialmente determinados. Portanto, ao falarmos de crise na educação atualmente, nesses tempos de ultraconservadorismo, de um neoliberalismo que se desenvolve através da degradação da vida humana e ambiental, compreendemos que há um projeto de sociedade que visa desarticular as políticas educacionais, conquistadas como direitos sociais, objetivando minar também a construção de projetos societários transformadores.

Ao analisar o trajeto histórico das reformas educacionais no Brasil, do período colonial ao Regime Militar, Ribeiro (1993) sinaliza que as transformações na Educação brasileira estiveram articuladas e direcionadas a determinados interesses de grupos específicos, cujas direções esboçadas em cada reforma educacional, visavam constituir determinados perfis sociais, que correspondessem às necessidades políticas e econômicas da época.

Com isso, observamos que um dos principais traços estruturais da Educação brasileira é a segmentação de processos formativos por classes sociais, em que o ensino técnico e profissionalizante esteve voltado à população mais pobre do país, diferente da elite, que acessava uma formação voltada para as ciências, letras e artes, direcionada a constituir os quadros que se manteriam nos espaços de trabalho e postos sociais mais elevados, perpetuando e aprofundando a desigualdade educacional nas classes sociais.

Esta diferenciação de projetos educacionais por classes é observada desde o âmbito da formulação e do financiamento até a construção dos currículos. Na educação básica, por exemplo, tal processo é notado no desmonte da educação básica pública, a qual, mesmo com os avanços como a criação do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb), sofre historicamente com o desfinanciamento gradual e a desqualificação estrutural das instituições escolares.

O impacto desse processo pode ser traduzido, dentre outras formas, pelo índice de analfabetismo ainda extremamente elevado no Brasil: de acordo com os dados da PNAD Contínua/IBGE, o Brasil contava em 2019 com cerca de 11 milhões de pessoas analfabetas de 15 anos ou mais, somando uma taxa nacional de aproximadamente 6,6% da população. Do mesmo modo, esse processo impacta ainda no retrocesso do cumprimento das metas da Lei nº 13.005/2014, que aprova o Plano Nacional de Educação, cuja vigência é de 10 anos e tem como diretrizes:

I - erradicação do analfabetismo; II - universalização do atendimento escolar; III - superação das desigualdades educacionais, com ênfase na promoção da cidadania e na erradicação de todas as formas de discriminação; IV - melhoria da qualidade da educação; V - formação para o trabalho e para a cidadania, com ênfase nos valores morais e éticos em que se fundamenta a sociedade; VI - promoção do princípio da gestão democrática da educação pública; VII - promoção humanística, científica, cultural e tecnológica do País; VIII - estabelecimento de meta de aplicação de recursos públicos em educação como proporção do Produto Interno Bruto - PIB, que assegure atendimento às necessidades de expansão, com padrão de qualidade e equidade; IX - valorização dos (as) profissionais da educação; X - promoção dos princípios do respeito aos direitos humanos, à diversidade e à sustentabilidade socioambiental (BRASIL, 2014).

Já na Educação Básica, essa divisão de projetos educacionais por estratificação social fica mais evidenciada quando observamos que, apesar do desenvolvimento e expansão da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica nos últimos 20 anos, possibilitando a melhoria no acesso ao ensino público e de qualidade, ainda é uma política educacional majoritariamente voltada para os(as) filhos(as) da classe trabalhadora, cujos currículos se direcionam para formações técnicas, voltadas ao mundo do trabalho, diferenciando-se da formação educacional de nível médio das instituições privadas, destinadas às elites, que objetivam formar para o acesso às instituições universitárias. Cabe destacar que, embora haja uma contradição, dada a qualidade do ensino tecnológico, os alunos chegam à universidade pública.

Nas instituições Universitárias, o que observamos é uma premente contradição: nos últimos 20 anos, acompanhamos a criação de novas Universidades Públicas, bem como, uma melhoria nas condições estruturais nas instituições já existentes. Ao mesmo tempo, observamos a intervenção estatal amplamente voltada também para expansão do setor privado do ensino superior por meio de financiamento de bolsas, que apesar de possibilitar o acesso das camadas populares da sociedade à universidade, fortaleceu a iniciativa privada, destinando recursos públicos às grandes empresas do ramo educacional, o que conseqüentemente, caminha na direção oposta à da garantia do direito à educação pública e de qualidade.

É neste último cenário que nos ateremos no presente estudo, a fim de apreender como as transformações no âmbito da Educação Superior tem incidido nas tendências à formação nas Residências Multiprofissionais em Saúde.

No que se refere a essas transformações, é imprescindível situá-las no conjunto das expressões do contexto de crise do capital, a qual atua sistematicamente reatualizando a sociabilidade capitalista, desenvolvendo novos modos de exploração e acumulação, em detrimento das condições de vida, por meio da precarização e negação dos direitos sociais.

No que se refere às mudanças supracitadas, observamos que o Ensino Superior no Brasil assume determinadas tendências para a formação, mediante processo continuado de desmonte e privatização das políticas educacionais ocorridas ao longo do tempo. Exemplo disso foi a Reforma Universitária de 1968, a qual foi elaborada sob o signo da modernização e expansão das universidades públicas, e abriu os caminhos para o crescimento do ensino universitário nas instituições privadas, o que já existia, mas dependia de financiamento público para oferta dos cursos. Martins (2009, p.16) aponta que tal reforma produziu “efeitos paradoxais no ensino superior brasileiro”:

modernizou uma parte significativa das universidades federais e determinadas instituições estaduais e confessionais; [...] Criaram-se condições propícias para que determinadas instituições passassem a **articular as atividades de ensino e de pesquisa**, que até então – salvo raras exceções – estavam relativamente desconectadas. [...] **criou-se uma política nacional de pós-graduação**, expressa nos planos nacionais de pós-graduação e conduzida de forma eficiente pelas agências de fomento do governo federal. [...] Se a Reforma de 1968 produziu efeitos inovadores, **por outro lado, abriu condições para o surgimento de um ensino privado** que reproduziu o que Florestan Fernandes denominou o antigo padrão brasileiro de escola superior, ou seja, **instituições organizadas a partir de estabelecimentos isolados, voltados para a mera transmissão de conhecimentos de cunho marcadamente profissionalizante e distanciados da atividade de pesquisa, que pouco contribuem com a formação de um horizonte intelectual crítico**

para a análise da sociedade brasileira e das transformações de nossa época (MARTINS, 2009, p. 16-17 *apud* FERNANDES, 1975, p. 51-55. Grifos nossos).

Para Savianni (2010, p. 09), o projeto de Reforma Universitária ocorrido em 1968, durante o período de Ditadura Militar no Brasil, buscava atender a demandas também contraditórias: por um lado estavam as pautas dos(as) estudantes e docentes, que reivindicavam, dentre outros pontos, mais autonomia universitárias, verbas para estudos e pesquisas e vagas nas universidades; e de outro estavam as reivindicações dos grupos militares vinculados à Ditadura vigente, que “buscavam vincular mais fortemente o ensino superior aos mecanismos de mercado e ao projeto político de modernização em consonância com os requerimentos do capitalismo internacional” (SAVIANNI, 2010, p. 09).

Assim, temos na Reforma Universitária de 1968 um marco histórico fundamental para apreender os processos de transformação e crise que atingem o ensino superior brasileiro sob as perspectivas de modernização e desenvolvimento diretamente vinculadas às requisições capitalistas, que operam sob projetos de desfinanciamento público e desmonte da Educação como direito.

Para Lima (2009, p.33)

A expansão do acesso à educação superior realizada pelo regime burguês-militar é analisada por Fernandes (1989) como um “milagre educacional” que criou as ilusões de “democratização do acesso” omitindo que este processo ocorria de forma combinada com o aumento significativo do setor privado na área educacional. Com a reforma universitária consentida e conduzida pelo regime burguês-militar foram realizadas mudanças que não alteravam, contudo, o padrão dependente de educação superior.

Os anos 1970 foram marcados no Brasil pelo aprofundamento da ideologia desenvolvimentista¹⁰ – apesar da crise econômica vivenciada à época –, sob os moldes de capitalismo internacional, própria do período de Regime Militar no Brasil, a qual recai também para o Ensino Superior brasileiro. Já os anos 1980 foram marcados inicialmente pelo recrudescimento da Ditadura Militar¹¹ e posteriormente pelo seu declínio (1964-1985), seguido pelo período de redemocratização, bem como também pela efetivação do projeto neoliberal na América Latina.

¹⁰ Ver mais em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=3297 .

¹¹ Ver mais em: *Pequena história da Ditadura Militar* (NETTO, 2014).

Savianni (2010, p.11) aponta que se opera um “deslocamento no padrão de ensino superior no Brasil”. Para o autor, esse movimento ocorre a partir das cisões entre *universidades de pesquisa e universidades de ensino*, cujas concepções adotadas inicialmente em 1986 pelo Grupo Executivo para a Reformulação do Ensino Superior (GERES), “criado pelo então Ministro da Educação, Marco Maciel”, foram efetivadas apenas em 1997 pelo Decreto n° 2.306/97. Para Savianni (2010, p. 11):

Esse decreto introduz, na classificação acadêmica das instituições de ensino superior, a **distinção entre universidades e centros universitários**. Em verdade, os centros universitários são um eufemismo das universidades de ensino, isto é, uma universidade de segunda classe, que não necessita desenvolver pesquisa, enquanto alternativa para viabilizar a expansão, e, por consequência, a "democratização" da universidade a baixo custo, em contraposição a um pequeno número de centros de excelência, isto é, as universidades de pesquisa que concentrariam o grosso dos investimentos públicos, acentuando o seu caráter elitista (SAVIANNI, 2010, p. 11, *grifos nossos*).

Desse modo, observamos que a diferenciação das instituições universitárias sinalizam para uma reprodução interna (à Universidade) de um movimento macrossocietário: à medida que o projeto neoliberal se efetiva na América Latina e, conseqüentemente no Brasil, sob os pressupostos de Estado mínimo e uma maior do papel e da intervenção do mercado na regulação da sociedade, a Política de Educação, mais especificamente no ensino superior, é retraída no seu processo de expansão enquanto direito social e alargada sob uma concepção de expansão mercantilizada de Educação como serviço.

O projeto de desmonte da Educação como direito se constitui de forma mais efetiva a partir dos anos 1990 e 2000, fundamentadas sobretudo nas políticas de Ajuste Fiscal. Atualmente, tal processo é marcado pela expansão do setor privado na educação, tanto na esfera pública, por meio das iniciativas de parcerias público-privadas e pela implementação de uma lógica de produção acadêmica cada vez mais voltadas aos interesses do mercado; quanto pelo próprio setor privatista da educação, que, fomentado muitas vezes por recursos públicos, tem se expandido largamente no país, compondo cenário de precarização do ensino superior público.

Expressão disso é a crescente oferta dos cursos de Educação a Distância (EaD), que, apesar de significar para muitos a oportunidade de ingresso no ensino superior e a “popularização” deste, tem produzido uma formação aligeirada, fracionada e mercantilizada, a qual é ofertada por profissionais que têm tido seu trabalho precarizado

nessas instituições, seja nos vínculos, nos salários, entre outras condições. De acordo com o último censo realizado em 2019 pela Associação Brasileira de Educação a Distância (ABED), entre 2017 e 2018 foram oferecidos cerca de 16.750 cursos no Brasil, com mais de 2 milhões de alunos matriculados nestes.

Ademais, no que se refere à expansão do setor privado-mercantil na Educação, é necessário refletirmos acerca desses elementos no atual contexto de desmonte da universidade pública e seu empresariamento¹², que ocorre não apenas pelas propostas (e iniciativas concretas) de privatização “por dentro”, como o projeto Future-se, que prevê a entrada de Organizações Sociais na gestão das universidades públicas¹³, mas se dá também pela via do reordenamento dos processos de trabalho, produzindo a Universidade Operacional, que segundo Chauí é

regida por contratos de gestão, avaliada por índices de produtividade, calculada para ser flexível, a universidade operacional está estruturada por estratégias e programas de eficácia organizacional e, portanto, pela particularidade e instabilidade dos meios e dos objetivos. Definida e estruturada por normas e padrões inteiramente alheios ao conhecimento e à formação intelectual, está pulverizada em microorganizações que ocupam seus docentes e curvam seus estudantes a exigências exteriores ao trabalho intelectual (CHAUI, 2003, p. 7).

Esse projeto de Universidade Operacional, que subverte o direito ao ensino universitário em serviço e o realiza de forma produtivista e pragmática, muitas vezes descolando-o do seu tripé (ensino-pesquisa-extensão), tem sido fortalecido no atual contexto de crise que temos vivenciado, o qual coloca desafios à educação e à construção do conhecimento no processo de formação profissional. Desse modo, é na contradição desses processos que temos o desafio de desvendar os processos formativos no ensino superior e a apreensão da realidade em que estão inseridos.

Dado o cenário elucidado, importa salientar que tais transformações societárias operacionalizadas pelo projeto neoliberal, que incidem no conjunto das políticas sociais,

¹² Conforme Motta e Andrade (2020, p. 9) “O empresariamento, no bloco histórico neoliberal, combina o aprofundamento de movimentos tendenciais no âmbito da educação (a mercantilização e a mercadorização) à forma contemporânea do capital, bastante eficiente, de exercer controle em larga escala sobre a educação escolar”. Ver mais em: <https://www.scielo.br/j/es/a/3DnTFnDYxsY9crTsnxFzQBB/?lang=pt&format=pdf> . Acesso em: dez. 2021.

¹³ O Future-se, de acordo com o Portal do Ministério da Educação: “lançado em 17 de julho [2019], tem o objetivo de dar maior autonomia financeira a universidades e institutos por meio do fomento à captação de recursos próprios e ao empreendedorismo;”.

dentre elas, a política de educação, revelam o caráter dependente não só do capitalismo brasileiro, mas do Ensino Superior do país. De acordo com Lima (2009):

O padrão dependente de educação superior expressa o papel deste nível de educação nos países da periferia do capitalismo: a constituição de um importante campo de exploração lucrativa para os setores privados brasileiros e internacionais e a transmissão e adaptação de conhecimentos produzidos nos países centrais (LIMA, 2019, p.32).

Assim, observamos que historicamente as transformações na política educacional e nos processos formativos do ensino superior brasileiro foram marcadas pelas contradições inerentes à implementação de modelos externos de educação combinadas às particularidades políticas e sociais da formação brasileira que balizam as estratégias educacionais no país.

O caráter dependente da Educação brasileira pôde ser evidenciado, dentre outras formas, pelo Processo de Bolonha (1998)¹⁴, o qual marca a definitiva intenção de adequar o ensino superior aos marcos do desenvolvimento capitalista, propondo um Espaço Europeu de Ensino Superior (EEES) baseado na competitividade, comparabilidade e uniformização de um determinado modelo de educação superior europeu, que fosse atrativo para os(as) estudantes e que conseguisse responder às necessidades do novo milênio.

Desse modo, tal processo se alastrou para além da União Europeia, tendo importantes repercussões na América Latina, de modo especial, no Brasil, quando evidenciado nas reformas universitárias ocorridas a partir dos anos 1990. Estas compunham o processo de Reforma Administrativa do Estado, em 1995, quando universidades, hospitais, centros de pesquisa e museus foram considerados como serviços não-exclusivamente¹⁵ estatais, que deveriam ser prioritariamente transformados em organizações sociais (BRASIL, 1995).

¹⁴ O Processo de Bolonha, iniciado em 1998 e firmado em 1999 com a Declaração de Bolonha, trata-se da organização política de 29 países europeus que visavam a partir de então, reformular o sistema europeu de educação, a fim de adequá-lo à efervescência das transformações sociais que se davam a nível global neste período. De acordo com Mello e Dias (2011, p. 414), “O lançamento do Processo propunha-se a reformar a educação superior fazendo emergir um sistema europeu com maior competitividade. A acreditação e programas de mobilidade passaram a ser vistos como instrumentos estratégicos integrados aos esforços de consolidação da unificação da Europa.”

¹⁵ Bresser Pereira (1995), ao propor a Reforma Administrativa do Estado, distingue 4 setores estatais (Núcleo Estratégico; Atividades Exclusivas; Serviços; e Produção de Bens e Serviços para o Mercado). Para os setores de Atividades Exclusivas e Serviços, Pereira (1995) propõe como modelo de gestão a Administração Pública Gerencial, cujo “princípio correspondente é o da eficácia, ou seja, a busca entre uma relação ótima entre qualidade e custo dos serviços colocados à disposição do público” (BRASIL,

Assim, considerando que as transformações na educação e nos modelos de formação educacional na sociedade acompanham o desenvolvimento das forças produtivas do capital, tal processo confere à educação um caráter dinâmico e contraditório. No atual estágio de aprofundamento da crise do capital, o qual gera determinações de várias ordens que incidem na política de educação, temos acompanhado a conformação de algumas tendências para o ensino superior, tais como: a tecnificação, o aligeiramento e a superespecialização do conhecimento, tendo como diferencial das últimas 4 décadas a entrada dessa perspectiva educacional no âmbito da pós-graduação.

Esse movimento de transformação tem alterado as relações sociais presentes na Universidade, incidindo no conteúdo da formação, no perfil dos estudantes, docentes e técnicos que participam desta instituição. O conteúdo – especializado, cada vez mais tecnicista e orientado pelo mercado – se relaciona e conforma o perfil de muitos docentes e discentes, de forma produtivista, competitiva, sendo também imbuídos de outros aspectos que reproduzem os paradoxos e contradições da Universidade atualmente. Assim, as reflexões ora propostas se inserem na tentativa de compreender as tendências desses processos na Pós-graduação.

Historicamente a tradição do ensino de pós-graduação o define como lugar privilegiado de pesquisa e formação docente, sobretudo nos cursos *stricto sensu* (mestrado e doutorado). No Brasil, essa tradição fica evidenciada no Parecer Newton Sucupira (Parecer nº 977/65 – CNE), que, ao regulamentar os cursos de pós-graduação no país, traz a seguinte definição:

A pós-graduação torna-se, assim, na universidade moderna, cúpula dos estudos, sistema especial de cursos exigido pelas condições da pesquisa científica e pelas necessidades do treinamento avançado. O seu objetivo imediato é, sem dúvida, proporcionar ao estudante aprofundamento do saber que lhe permita alcançar elevado padrão de competência científica ou técnico-profissional, impossível de adquirir no âmbito da graduação. Mas, além destes interesses práticos imediatos, a pós-graduação tem por fim oferecer, dentro da universidade, o ambiente e os recursos adequados para que se realize a livre investigação científica e onde possa afirmar-se a gratuidade criadora das mais altas formas da cultura universitária (CNE, 1965, p. 3).

Com isso, passou a ser fortalecido o modelo de aperfeiçoamento dos profissionais do ensino superior através dos cursos de mestrado e doutorado acadêmicos

1995). Com isso, observamos que fica instituído no âmbito dos serviços estatais, uma lógica privada de gestão, a qual incide diretamente na direção e execução dos serviços, subsidiando no âmbito da política econômica, um processo de privatização estatal, impactando diretamente em um processo de contrarreforma na política de Educação.

(em sua maioria orientados para a formação docente do ensino superior), amplamente voltados para a pesquisa científica, bem como mestrados profissionais – que posteriormente serão abordados neste estudo – e cursos de pós-graduação *latu sensu*. Vale destacar que o ensino superior de pós-graduação no Brasil inicia sua trajetória com a criação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio do Decreto nº 29.741/5 (11/07/1951), durante o segundo governo Vargas, onde a perspectiva desenvolvimentista permeava a orientação das políticas governamentais da época.

O desenvolvimento do ensino de pós-graduação no Brasil foi evidenciado nas décadas seguintes, sobretudo com a ampliação do ensino universitário no país. Com isso, o ensino de pós-graduação foi expandido a partir do final dos anos 1960, após a consolidação dos organismos de pesquisa – CAPES, CNPq, entre outros – e as definições engendradas a partir do Parecer Sucupira (1965). De acordo com o Relatório referente ao ano de 2019 da Proposta de Aprimoramento da Avaliação da Pós-Graduação Brasileira para o Quadriênio 2021-2024 – Modelo Multidimensional da CAPES (2020), a Pós-graduação no Brasil passa a ser oficialmente constituída após a divulgação do Parecer Sucupira (1965), mas identifica que havia modelos informais de mestrado e doutorado desde a década de 1940.

Para Moreira e Velho (2008), o modelo de Pós-Graduação no Brasil se organizou a partir desse período com forte base nas perspectivas norte-americanas pós Segunda Guerra Mundial, que creditavam à pesquisa científica o desenvolvimento do progresso. Tais perspectivas se consolidaram com a publicação do relatório *Science, the Endless Frontier* (1945), por Vanevar Bush, que defendia um “modelo linear” de desenvolvimento da pesquisa, cuja

mudança técnica é compreendida como uma seqüência de estágios, em que novos conhecimentos advindos da pesquisa científica levariam a processos de invenção que seriam seguidos por atividades de pesquisa aplicada e desenvolvimento tecnológico, resultando, ao final da cadeia, em introdução de produtos e processos comercializáveis (MOREIRA; VELHO, 2008, p. 629).

O documento ressaltava ainda a importância do papel do Estado no fortalecimento dos centros de pesquisa e universidades, para o incentivo da ciência, da pesquisa e, conseqüentemente, do progresso econômico e social. Para Moreira e Velho (2008, p. 630), “o modelo da PG brasileiro foi organizado em torno do paradigma do

modelo linear de inovação, ou seja, baseado na idéia da ciência como uma ‘fronteira sem fim’, com a responsabilidade de impulsionar o desenvolvimento do país.”

Desse modo, a partir dos anos 1970, era primordial desenvolver e expandir o ensino universitário e a pesquisa, como parte de um projeto de desenvolvimento econômico nacional que contou com o apoio de setores acadêmicos e militares. Assim, “a ideologia desenvolvimentista atribuiu à educação o papel de criar a massa crítica capaz de atender às prioridades definidas pelo planejamento econômico” (MOREIRA; VELHO, 2008, p. 632).

Na pós-graduação, essas inflexões do projeto neoliberal na educação também estão presentes e são acrescidas de outros desafios que estão postos para o enfrentamento e análise, como a perspectiva que vem se difundindo do Ensino em Serviço em cursos *latu sensu*, como observamos na proposta dos cursos de Residência em Saúde.

É sobre este cenário mais específico do ensino superior brasileiro que este estudo busca apreender as concepções que orientam tais estratégias educacionais, as quais seguem processo de expansão constante no Brasil, sobretudo após os anos 1990 e 2000, quando observamos um reordenamento dos processos formativos do ensino superior, a partir de então, mais voltados a uma perspectiva de educação profissional direcionada ao mundo do trabalho.

Os cursos de Residência Multiprofissional, constituídos sob a modalidade de Ensino em Serviço, pressupõem a atuação profissional dos(as) estudantes nos serviços públicos de saúde, em articulação com as atividades teóricas exigidas nos cursos de especialização, cuja discussão tem se colocado em uma linha tênue entre os desafios e possibilidades desse modelo de formação.

O desenvolvimento da perspectiva do Ensino em Serviço na pós-graduação refere-se diretamente à relação teoria e prática, que se busca estabelecer de forma simultânea no âmbito da formação profissional no Brasil. A residência também é permeada pelos distintos projetos educacionais, sobretudo no que se refere à perspectiva de educação para o trabalho, sobre as quais trataremos na sequência deste estudo.

As contradições residem na forma que a relação entre teoria e prática se realiza na atual sociabilidade: em vez de ser apreendida enquanto unidade indissociável de complexos, essa relação é fragmentada no âmbito da racionalidade instrumental, formal-abstrata, que tem como substrato a imediatividade, a focalização e a efemeridade da apreensão da realidade. Com isso, na maior parte das vezes, a teoria é conduzida a uma dimensão eminentemente subjetiva, que aparece no movimento imediato enquanto

descolada da prática, a qual é reduzida à dimensão técnica e instrumental (GUERRA, 2014).

Desse modo, as determinações que constituem a formação para o trabalho e, em certa medida, o Ensino em Serviço – cujo projeto educacional faz parte de um determinado projeto de sociedade – precisam ser analisadas sob as condições do modo de produção capitalista, que, ao fragmentar essa relação, enseja a construção do conhecimento calcada em uma realidade imediata, em que respostas também serão pontuais, focalizadas, fracionadas, sem realizar as mediações necessárias para transpor as barreiras do imediato, mantendo assim o processo de reprodução das relações sociais da sociabilidade do capital.

Como já trouxemos aqui, a perspectiva de formar para o trabalho historicamente orienta diferentes âmbitos da Política de Educação no Brasil, o qual se desenvolve de forma dinâmica e contraditória, exigindo, portanto, mediações cuidadosas. Frigotto (2010, p. 25) já nos sinalizava a importância de pensar a educação no Brasil “como constituída e constituinte de um projeto, situado em uma sociedade cindida em classes, frações de classes e grupos sociais desiguais e com marcas históricas específicas”, o que nos permite evitar o equívoco de pensar a educação em si mesma, como instituição que se constrói à margem dos processos sociais.

Isso nos coloca, portanto, o desafio de pensar os projetos educacionais que se desenvolvem no tempo e na história como expressões dos projetos societários. Desse modo, precisamos situar, ainda que de forma breve, o desenvolvimento das modalidades de ensino voltadas para o mundo do trabalho no Brasil.

2.1 Entre polissemias: a formação para o trabalho no ensino em serviço

Uma das marcas históricas para pensar o ensino profissional ou a formação para o trabalho no Brasil, segundo Moura (2007), é a dualidade histórica entre educação profissional e educação básica. Essa última esteve historicamente a serviço das elites, ofertando uma educação propedêutica, destinada à formação das elites. Assim, “a educação cumpria a função de contribuir para a reprodução das classes sociais já que aos filhos das elites estava assegurada essa escola das ciências, das letras e das artes e aos demais lhes era negado o acesso” (MOURA, 2007, p.5).

É no século XIX que as primeiras iniciativas que se configuram, de fato, como escolas ou centros de educação profissional vão ser empreendidas no Brasil a partir da

criação do Colégio das Fábricas (1809), seguido por escolas de artífices, institutos comerciais, entre outros que, voltados para uma formação técnica destinada ao trabalho, se colocam como uma das primeiras iniciativas que permitiram aos filhos da classe trabalhadora o acesso à educação, mesmo que permeada por um aspecto eminentemente assistencialista de amparo aos “desvalidos” e até mesmo corretiva daqueles(as) que praticavam atos fora da ordem civil (MOURA, 2007).

Assim, a educação voltada para o trabalho, como a perspectiva de intercâmbio simultâneo entre o ensino e serviço, traz marcas históricas que determinam a quem estas foram destinadas e a que projeto de reprodução da força de trabalho da classe trabalhadora respondem.

Apesar dos avanços no desenvolvimento dessa concepção, como podemos observar nas perspectivas de educação profissional desenvolvidas no âmbito dos Institutos Federais de Educação, o que se identifica atualmente é que a difusão do Ensino em Serviço responde de forma mais evidente a essa reprodução material da força de trabalho, destinando-se a um ensino cada vez mais técnico-profissional, que forme menos pensadores e mais profissionais especializados e técnicos.

Acompanhamos também nos últimos 20 anos o fortalecimento da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica (EPT), sobretudo nos governos de Luís Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff (2003-2016) com a criação do Plano de Expansão da Rede Federal de Educação Profissional em 2005, que ampliou a oferta de instituições de Educação Profissional no Brasil, impactando diretamente na melhoria do acesso de estudantes a instituições de educação pública de qualidade.

Contudo, também observamos nesse processo que, para além de um país que dispunha de 144 instituições de Educação Profissional e Tecnológica em 2006 e avança em 2018 para 659 unidades de ensino distribuídas no território nacional¹⁶, temos uma transição na perspectiva de formação para o trabalho que se expande no âmbito da Educação Brasileira. Contudo, sob processos contraditórios, essa dinâmica traz consigo as raízes históricas de uma educação voltada para os(as) filhos(as) da classe trabalhadora, ao passo que também possibilita uma maior inserção destes(as) em instituições de ensino federais, fomentando a afirmação de direitos que tensionam o histórico dessa política.

¹⁶ Ver mais em: <http://portal.mec.gov.br/setec-programas-e-aco-es/expansao-da-rede-federal>. Acesso em: dez. 2021.

Observa-se, portanto, que o fortalecimento da concepção de formação para o trabalho se desenvolve no país também como uma resposta ao que o atual estágio do modo de produção capitalista exige: formações mais técnicas, fornecidas sob menor duração e estritamente ligadas ao mercado de trabalho em determinadas profissões.

A ampliação dessa perspectiva para o ensino superior, especialmente na Residência em Saúde, é traduzida ainda nas modalidades de estágios de pós-graduação, Mestrados Profissionais, entre outros. Assim, nosso foco é refletir acerca da importância da educação na formação da cultura e na elaboração de uma concepção ampla de educação humanista, na qual o ensino profissionalizante não seja o único objetivo.

Ademais, urge pensar sobre essas questões no contexto em que o tecnicismo na formação é proclamado como saída ideal para adequação da educação às determinações econômicas do mercado, as quais são mistificadas quando transferidas como necessidades da classe trabalhadora. Esse processo remete ao que Frigotto (1989) discute sobre o conceito de capital humano como uma concepção burguesa, em que “cada indivíduo é, de uma forma ou de outra, proprietário e, enquanto tal, depende dele – e não das relações sociais, das relações de poder e dominação – o seu modo de produção da existência” (FRIGOTTO, 1989, p. 135).

Frigotto (1989) afirma que tal concepção é pseudoconcreta para os sujeitos sociais, e opera na mistificação das relações de produção no capitalismo, que aparecem para estes cada vez mais afastadas de suas formas reais e concretas, criando, portanto, relações de “ilusão e, ao mesmo tempo, da legitimação das novas formas que assumem as relações capitalistas de produção. E é sobre esta ilusão produtiva que se estruturou a política educacional brasileira nas últimas décadas” (op. cit., p. 135).

Ao relacionar a política educacional com o conceito de capital humano, Frigotto (1989) destaca outras questões que incidem no fortalecimento de uma perspectiva de educação que, em tese, se realiza para e através do trabalho, mas que é operacionalizada atualmente sob uma concepção tecnicista e produtivista de educação, a qual cinde as determinações histórico-ontológicas entre o trabalho e a educação, já mencionadas por Saviani (2007). Para Frigotto (1989, p.136),

A concepção de capital humano, como vimos, postula que a educação e o treinamento potencializam trabalho e, enquanto tal, constitui-se num investimento social ou individual igual ou superior ao capital físico. [...]. Do investimento em educação redundariam taxas de retorno sociais ou individuais. Há, nessa concepção, um vínculo direto entre educação e produção. [...] A educação e a qualificação aparecem como panacéia para superar as desigualdades entre

nações, regiões ou indivíduos. O problema da desigualdade tende a reduzir-se a um problema de não-qualificação.

O processo elucidado pelo autor é fortalecido mediante o desenvolvimento do modo de produção capitalista, sobretudo no contexto neoliberal, o qual complexifica o mundo do trabalho, incidindo diretamente nos processos formativos da educação. Para tanto, são nas propostas de educação profissional ou formação para o trabalho, para além dos níveis de ensino da educação básica, que esses processos se ancoram e fortalecem no atual contexto.

Antônio Gramsci (2001), nos Cadernos do Cárcere vol. II, faz a crítica a esse projeto de formação e sua funcionalidade no aprofundamento da separação entre trabalho manual e trabalho intelectual, momento no qual o autor já sinalizava, acerca das escolas de tipo profissional:

Na escola atual, em função da crise profunda da tradição cultural e da concepção da vida e do homem, verifica-se um processo de progressiva degenerescência: as escolas de tipo profissional, isto é, preocupadas em satisfazer interesses práticos imediatos, predominam sobre a escola formativa, imediatamente desinteressada. O aspecto mais paradoxal reside em que este novo tipo de escola aparece e é louvado como democrático, quando, na realidade, não só é destinado a perpetuar as diferenças sociais, como ainda a cristalizá-las em formas chinesas (GRAMSCI, 2001, p. 49).

Para o pensador italiano, o desenvolvimento industrial e das demais forças produtivas do capital conformam a tendência de criar escolas divididas para cada ramo profissional ou do saber, de forma que as escolas denominadas pelo autor como “humanistas”, pensadas para “desenvolver em cada indivíduo humano a cultura geral ainda indiferenciada, o poder fundamental de pensar e de saber orientar-se na vida” (op. cit., p. 31), tendem a decair em virtude da especialização do conhecimento.

Com isso, quando o autor fala sobre a escola profissional “perpetuar as diferenças sociais e cristalizá-las em formas chinesas”, reitera o fundamento de que a educação, quando unicamente voltada para o trabalho, foi historicamente destinada às camadas populares, enquanto às elites eram reservados os lugares privilegiados das academias. Gramsci assim nos coloca o desafio de pensar o modelo de Escola Unitária, que promova uma educação que dialogue com a vida social, que de fato desenvolva habilidades humanistas, histórico-culturais e também de trabalho, a fim de que os indivíduos se desenvolvam em totalidade (GRAMSCI, 2001). Assim,

a perspectiva de que a democracia da escola corresponda à capacidade de formar dirigentes é o aspecto central da proposta escolar de Gramsci. A marca social da escola, para ele, não reside nos métodos de ensino nem na aquisição de capacidades diretivas e, sim, no fato de que cada grupo social tem um tipo específico de escola, voltado a manter as estratificações sociais, seja para o desempenho de funções dirigentes ou instrumentais. Por isso, Gramsci defende uma escola única, elementar e média, que até o momento da preparação profissional forme o jovem como pessoa “[...] capaz de pensar, de estudar, de dirigir ou de controlar quem dirige” (DORE, 2014, p. 302-303 *apud* GRAMSCI, 1977, p. 1547).

Essa Escola do Trabalho, ou Escola Unitária, proposta por Gramsci não se realiza sob a forma da educação profissionalizante que conhecemos, mas toma o trabalho enquanto atividade ontológica do ser social, como princípio educativo. Nosella (1992, p. 74) ressalta que Gramsci “não aplica esse princípio educativo ao processo pedagógico de forma mecânica, imediatista, reducionista e profissionalizante (como um treino).”, mas resgata os fundamentos ontológicos do trabalho como diretriz do processo educativo.

Assim, a formação já não seria para um emprego, um ofício, considerando o trabalho em sua forma reduzida de atividade essencialmente imediata e técnica na cadeia produtiva, mas se colocaria em função de “que cada ‘cidadão’ possa tornar-se ‘governante’ e que a sociedade o ponha, ainda que ‘abstratamente’, nas condições gerais de poder fazê-lo” (GRAMSCI, 2001, p. 50). Para o autor,

O proletariado necessita de uma escola desinteressada. Uma escola que seja dada ao menino a possibilidade de formar-se, de tornar-se um homem, de adquirir aqueles critérios gerais que servem para o desenvolvimento do caráter. Em suma, uma escola humanista, como entendiam os antigos e, mais recentemente, os homens do Renascimento. Uma escola que não hipoteque o futuro do menino e constrinja sua vontade, sua inteligência, sua consciência em formação a mover-se num sentido cujo objetivo seja prefixado. Uma escola de liberdade e de livre iniciativa, não uma escola de escravidão e de orientação mecânica. Também os filhos dos proletários devem possuir diante de si todas as possibilidades, todos os campos livres para poder realizar sua própria individualidade da melhor forma e, por isso, do modo mais produtivo para eles e para a coletividade. A escola profissional não deve se transformar numa incubadora de pequenos monstros aridamente instruídos para um ofício, sem idéias gerais, sem alma, mas apenas com olho infalível e mão firme. Também através da cultura profissional é possível fazer brotar do menino um homem; desde que essa cultura seja educativa e não só informativa, ou não só prática e manual (GRAMSCI, 1916, p. 2).

Observamos, portanto, que para além de propor mudanças curriculares no processo educativo, Gramsci nos convoca a uma concepção de educação ampliada, apreendida na totalidade das relações que estabelece com o trabalho, a cultura e a política, tendo, portanto, na formação escolarizada um espaço que possibilite esse processo.

Um parêntese importante: a crítica de Gramsci à escola profissional reside no fato de que o autor defende a Escola do Trabalho como pauta histórica do socialismo, também denominada por ele de “escola do saber desinteressado”, a qual “conota horizonte amplo, de longo alcance, isto é, que interessa objetivamente não apenas a indivíduos ou a pequenos grupos, mas à coletividade e até a humanidade inteira” (NOSELLA, 1992, p. 14). Para Gramsci (1916 *apud* NOSELLA, 1992, p. 17), “é o proletariado que deve exigir, que deve impor a escola do trabalho”.

Por essa razão, Gramsci questiona o “repentino” interesse do Estado, durante o período da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), na difusão de uma renovação da escola “à luz da ideia de unidade do trabalho com a cultura” (NOSELLA, 1992, p. 16).

Só faltava essa. Um Estado que sempre criou escolas de cultura humanista para os ricos e uma outra escola pobre para os filhos dos trabalhadores, apela agora de repente para uma renovação da escola do trabalho. (...) Como explicar esse repentino erguimento da bandeira da Escola do Trabalho, tão cara ao socialismo? Esse Estado utiliza-se inclusive das argumentações históricas elaboradas pela tradição cultural socialista. Mas eis o primeiro vício metodológico a aparecer: socialismo sempre pensou na Escola do Trabalho de forma “desinteressada”, enquanto esse Estado pensa nela interesseiramente. O governo propõe fundir agora a escola com a oficina simplesmente para utilizar os alunos das escolas na reprodução das munições que a guerra destrói (NOSELLA, 1992, p. 16).

Apesar de analisar a realidade italiana de seu tempo, o autor e suas referências podem ser utilizados para pensar outras situações históricas. Daí reside o caráter de universalidade de sua obra. Para Gramsci (2001), é, de fato, a partir dos períodos de Guerra Mundial no século XX, que a perspectiva de ensino técnico e educação profissional foi amplamente difundida como diretriz para uma formação que se adequasse aos novos modelos produtivos do capital, implementados pelo fordismo-keynesianismo.

Ademais, a análise gramsciana permanece atual: o Estado mantém seu profundo interesse na difusão de uma educação profissionalizante – totalmente desvinculada da proposição da Escola do Trabalho –, nos diferentes níveis de formação, como forma de direcionar a política educacional para as novas requisições advindas do desenvolvimento das forças produtivas do capital, atualmente sob o projeto neoliberal, o qual incide destrutivamente sobre o mundo do trabalho, assim como sob as políticas sociais, das quais a educação faz parte.

Observa-se, portanto, que, no atual modo de produção capitalista, as concepções que orientam a formação para o trabalho são permeadas por um processo que na verdade caminha na direção de separar as dimensões de educação e trabalho por meio de uma

redução de tais processos. Trata-se de um reducionismo das concepções de educação e trabalho como dimensões ontológicas e sociais dos sujeitos, as quais passam a ser compreendidas sob uma perspectiva imediata, instrumentalizada de educação como instrução e trabalho como emprego/função determinada no mercado de trabalho.

Saviani (2007), ao desenvolver a análise acerca da subversão da relação de educação-trabalho no atual contexto do modo de produção capitalista, destaca os fundamentos histórico-ontológicos dessa relação entre educação-trabalho:

Se a existência humana não é garantida pela natureza, não é uma dádiva natural, mas tem de ser produzida pelos próprios homens, sendo, pois, um produto do trabalho, isso significa que o homem não nasce homem. Ele forma-se homem. Ele não nasce sabendo produzir-se como homem. Ele necessita aprender a ser homem, precisa aprender a produzir sua própria existência. Portanto, a produção do homem é, ao mesmo tempo, a formação do homem, isto é, um processo educativo. A origem da educação coincide, então, com a origem do homem mesmo. **Diríamos, pois, que no ponto de partida a relação entre trabalho e educação é uma relação de identidade. Os homens aprendiam a produzir sua existência no próprio ato de produzi-la.** Eles aprendiam a trabalhar trabalhando. Lidando com a natureza, relacionando-se uns com os outros, os homens educavam-se e educavam as novas gerações. A produção da existência implica o desenvolvimento de formas e conteúdos cuja validade é estabelecida pela experiência, o que configura um verdadeiro processo de aprendizagem (SAVIANI, 2007, p. 154. Grifos nossos).

Assim, as relações entre trabalho e educação guardam particularidades ontológicas do processo de constituição do homem enquanto sujeito social, através da mediação realizada com o trabalho. Contudo, mediante o desenvolvimento das forças produtivas do modo de produção capitalista, essa relação vai se transformando. Ocorrendo, portanto, uma separação entre as dimensões educação e trabalho, sobretudo a partir do momento em que a educação ganha um caráter institucionalizado a partir da escola. Assim, as determinações da produção capitalista incidem na educação sob formas antagônicas, dada a divisão social do trabalho e separação entre trabalho e educação.

Saviani (2007) aponta que o processo de separação entre o trabalho e a educação ocorre de forma processual, tendo como base a conformação da sociedade de classes, a qual tem como fundamento a divisão social do trabalho. É este último processo, de modo mais específico, que determina as mudanças na educação:

Estamos, a partir desse momento, diante do processo **de institucionalização da educação**, correlato do processo de surgimento da sociedade de classes que, por sua vez, tem a ver com o processo de aprofundamento da divisão do trabalho. Assim, se nas sociedades primitivas, caracterizadas pelo modo coletivo de produção da existência humana, a educação consistia numa ação espontânea, não diferenciada das outras formas de ação desenvolvidas pelo homem, coincidindo inteiramente com o processo de trabalho que era comum a todos os membros da comunidade, **com a divisão dos homens em classes a educação também resulta dividida; diferencia-se, em consequência, a educação destinada à classe dominante daquela a que tem acesso a classe dominada. E é aí que se localiza a origem da escola.** A educação dos membros da classe que dispõe de ócio, de lazer, de tempo livre passa a organizar-se na forma escolar, contrapondo-se à educação da maioria, que continua a coincidir com o processo de trabalho (SAVIANI, 2007, p. 155-156).

Observa-se, portanto, que a cisão entre as dimensões trabalho e educação, é própria do desenvolvimento das forças produtivas do capital, sendo, portanto, também funcional à sociabilidade capitalista, a partir do momento em que essa separação complexifica a divisão social do trabalho e aprofunda as relações de desigualdade na luta de classes, a partir do momento em que constitui determinadas formas de educação e de trabalho para determinadas classes sociais específicas.

Apreender esse processo exige também situar de onde partimos para analisar o trabalho. Com base em Marx (2017), compreendemos por trabalho o processo de intercâmbio entre homem e natureza, a fim de transformá-la para atender suas necessidades materiais enquanto ser humano. Esse processo é próprio da atividade humana pela capacidade teleológica do homem de atuar sobre a natureza com finalidades estabelecidas. Com isso, é durante o processo de trabalho enquanto atividade transformadora que o homem também se transforma e consegue produzir outras relações sociais.

Para o autor, “agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências que nela jazem latentes e submete o jogo de suas forças a seu próprio domínio” (MARX, 2017, p. 255).

Contudo, é no desenvolvimento das forças produtivas da sociedade que a atividade vital do ser humano, que o conforma enquanto ser social, é extraída sob a forma de mercadoria, vendida como forma de sobrevivência e manutenção. Esse processo é permeado de relações de estranhamento e alienação do homem em relação ao seu trabalho e ao produto de seu trabalho, e é fundado na sociedade sob o processo de divisão social do trabalho, realizada por determinantes sexuais, materiais, intelectuais, espaciais, fisiológicos, entre outros (MARX, 2017).

É partindo dessas reflexões que situamos as contradições da relação entre educação e trabalho que aparecem conceituadas nas formas polissêmicas: formação e trabalho; educação profissional; ensino em serviço; educação em serviço. Tratam-se de expressões dessa relação fundamental que, resguardadas as particularidades contidas em cada termo, os quais correspondem a diferentes estratégias e tempos históricos que entre continuidades e rupturas, resguardam as similaridades nos fundamentos históricos que baseiam a relação entre educação e trabalho, compondo, para este estudo, o mesmo campo semântico.

Nesse sentido, nos colocamos no desafio de analisar o Ensino em Serviço nas atuais condições do desenvolvimento das forças produtivas, no âmbito do projeto neoliberal, em um contexto fortemente marcado pelas políticas de ajuste fiscal, que incidem diretamente sobre a educação e enxergam no espaço da Universidade pública um importante nicho de mercado e de formação de uma força de trabalho com base nos valores do mercado, conferindo um perfil tecnicista e “prático” ao ensino superior.

Para o nosso estudo, nos debruçamos sobre a concepção de Ensino em Serviço que orienta os Programas de Residência em Saúde. Nestes programas de pós-graduação, em que se busca estabelecer uma relação mediata entre formação e prática, mediante a proposição de aprender pelo fazer, são identificados na realidade elementos que suscitam a análise e o debate sobre a efetiva concretização dessas relações neste projeto formativo, as quais buscarão ser apreendidas no decorrer desta pesquisa.

Entendendo que a formação para o trabalho esteve historicamente designada aos filhos da classe trabalhadora como formação técnica que os inserissem nos mecanismos de reprodução imediata do trabalho – enquanto às elites era destinado o ensino propedêutico para formação de pensadores, lideranças e profissionais que ocupassem postos de trabalhos cujo status profissional historicamente foi elevado –, nos colocamos a refletir como a perspectiva do Ensino em Serviço, como parte de um projeto de formação destinada a composição de força de trabalho para o SUS, reproduz, em certa medida, algumas dessas determinações históricas aqui situadas.

A Lei nº 11.129/05, que institui a residência em área profissional da saúde, diferencia os programas de residência multiprofissional em saúde dos demais programas de pós-graduação por ter como orientação a concepção de “educação em serviço”, o que pressupõe o trabalho profissional dos(as) residentes nos serviços públicos de saúde articulado à execução de atividades teóricas exigidas nos cursos de especialização.

A Residência em Saúde trata-se, pois, de uma modalidade pioneira de ensino de pós-graduação em virtude da particularidade de sua orientação pela concepção de Educação em Serviço e passa a integrar legalmente o cenário educacional a partir de sua regulamentação na década de 1970, alterando as tendências de ensino dos cursos de formação *latu sensu*, que eram eminentemente especializações dos conhecimentos construídos na graduação, restritos à sala de aula.

Sobre o conceito de Ensino em Serviço, o que podemos sinalizar a princípio é que ele aparece sob diferentes denominações nos documentos e legislações referentes aos cursos de Residência em Saúde. Tais diferenças compõem o que caracterizamos como processo polissêmico do conceito de Ensino em Serviço, no qual foi possível observar, que apesar das variações terminológicas identificadas, as expressões se referiam ao processo de intercâmbio simultâneo da construção de aprendizagem através do trabalho no âmbito do ensino superior.

Partimos, portanto, das formulações elaboradas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em 2003, precedentes à regulamentação dos programas de Residência Multiprofissional (2005), compreendendo-os como alguns dos primeiros documentos governamentais analíticos do processo de desenvolvimento dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde. É no documento *Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde (2003)* que identificamos algumas referências a este conceito como concepção que orienta a instituição das Residências em Saúde:

Assim, uma **educação em serviço** envolve a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção que passam a ser problematizadas na prática concreta dos profissionais “em terreno” e dos quadros dirigentes. As demandas para capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente a partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização. **É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho - em cada serviço de saúde - que são identificadas as necessidades de capacitação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas** (BRASIL, 2003, p. 3, grifo nosso).

De acordo com esse documento, a Educação em Serviço aparece como estratégia de formação, compondo o processo de Educação Permanente defendido para o SUS à época, o qual visa construir uma “aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na

reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços” (BRASIL, 2003, p. 3).

Entende-se, portanto, que a construção de significados do processo formativo ocorre a partir das relações de trabalho *in loco* nos serviços de saúde. De acordo com o documento, esse processo favorece a transformação das práticas em saúde com vistas a melhoria destas, bem como fortalece os processos de democratização institucional, o desenvolvimento de novas construções de ensino-aprendizagem, dentre outros. A partir de então, “a educação em serviço ganha estatuto de política pública governamental” (*op. cit.*, p. 3).

Posteriormente, a concepção de Educação em Serviço é desenvolvida no documento *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde (2004)* o qual passa a se referir a este processo como Especialização em Serviço.

Uma observação importante pede licença: neste documento, são abordados diferentes eixos que se referem à formação e trabalho em saúde. Precedente ao objetivo governamental evidenciado no documento de expansão das Residências em Saúde como perspectiva de qualificação da formação de profissionais do e para o SUS no âmbito do ensino superior, observamos que a concepção de formação profissional aparece como orientação das estratégias de formação de profissionais de nível fundamental e médio do Sistema Único de Saúde:

A política de educação na área profissional deve considerar os demais trabalhadores, reconhecendo as necessidades e demandas do SUS e o nível de escolaridade desses trabalhadores. **A educação deve respaldar-se no marco legal da educação profissional no país para complementação do ensino fundamental, qualificação profissional básica e formação técnica.** A política de educação deve aumentar a articulação com as secretarias estaduais e municipais de saúde, ampliando a utilização da capacidade instalada para a formação de técnicos em outras áreas. Essa política será executada de maneira a fortalecer as escolas técnicas de saúde com a criação de novas escolas e dar apoio ao desenvolvimento institucional das já existentes (BRASIL, 2004, p. 29, grifos nosso).

A partir disso, observamos que a perspectiva de embasar os processos de educação e saúde na concepção de formação pelo trabalho, se constitui como tendência no Sistema Único de Saúde em todos os níveis de capacitação profissional.

Retomando a análise conceitual da Ensino em Serviço nesse documento, que aparece como Especialização em Serviço, podemos inferir que, apesar de se referir ao mesmo processo, também denominado no documento anterior como Educação em

Serviço, o uso da expressão Especialização faz referência a diferentes estratégias de formação em saúde, mas sinalizando para uma relação direta com o nível de Pós-graduação:

O objetivo do Ministério da Saúde é a construção de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, principalmente por meio da constituição de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locais/regionais/rodas de gestão) com a elaboração de projetos de: mudança na educação técnica, na graduação, nas **especializações em serviço**, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004, p. 49-50).

É dentro dessa perspectiva de Especializações em Serviço que as Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde terão justificadas as razões para sua criação no Brasil como “inovação que propicie formação especializada em serviço para a equipe de saúde” (BRASIL, 2004, p. 26), partindo do processo de qualificação da Residência Médica e “ajustamento às necessidades de organização do sistema de saúde e ao projeto de Reforma Sanitária Brasileira” (*op. cit.*).

É com a lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005 que são instituídas oficialmente no país as Residências em Área Profissional da Saúde como “modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço” (BRASIL, 2005a). A partir de então, os cursos de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde iniciam seu efetivo processo de expansão no Brasil, seguindo a tendência de fortalecimento da concepção de formação pelo trabalho no ensino superior.

Em novembro do mesmo ano, é lançado pelo Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação e Cultura, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), o qual tem como objetivo “incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença” (BRASIL, 2007, p. 17).

Apesar de ser lançado como estratégia mais voltada ao reordenamento da formação dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia através do estreitamento das relações entre o ensino universitário e os serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária, o PRÓ-SAÚDE amplia sua intervenção, passando por constantes processos de

revisão e articulando outras intervenções no campo do ensino superior para além da graduação.

Essa ampliação pode ser observada na revisão dos objetivos do Programa, que em 2009 se colocava da seguinte forma:

O objetivo geral do programa é a **integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença** com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população (BRASIL, 2009, p. 13, grifo nosso).

O programa PRÓ-SAÚDE congrega, portanto, um conjunto de estratégias no campo da formação em saúde – nas quais as Residências se fazem presentes –, orientadas pela concepção de Ensino em Serviço. No documento referente aos objetivos, implementação e desenvolvimento potencial do PRÓ-SAÚDE, observamos em todo o escopo uma forte defesa do Ensino em Serviço como norteador fundamental do processo de formação em saúde. Destacamos que tal documento traz o desenvolvimento dessa concepção como requisição do Movimento de Reforma Sanitária (MRS):

No contexto da Reforma Sanitária, a gestão da educação na saúde para a organização dos serviços sempre foi um tema considerado importante, tendo sido, inclusive, objeto de conferência específica, a Primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos, realizada no mesmo ano da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco para a constituição do SUS, em 1986. De acordo com seu relatório, o Sistema Nacional de Saúde orientado pelos princípios anunciados da Reforma Sanitária passou a exigir a reorientação das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, nos aspectos relativos à força de trabalho e à preparação do pessoal de saúde, **demandando, além da definição explícita das políticas para o setor, a integração ensino-serviço, por meio de modelos assistenciais localizados em espaços-populações concretos**, como o proposto, por exemplo, na Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2009, p. 7, grifo nosso).

Neste sentido, podemos apreender ainda que a opção pela concepção de Ensino em Serviço é dotada de sentido político para a formação em saúde, cuja direção seria para a construção de um novo modelo assistencial de Saúde pleiteado pelo Movimento de Reforma Sanitária, que apreende a saúde como direito, a partir de um conceito ampliado que se relaciona com as diferentes dimensões da vida social, para a qual deve se constituir um modelo de atenção parte das necessidades reais da população usuária. Assim, é a concepção de Ensino em Serviço que passa a orientar teórica, política e

metodologicamente o fortalecimento e a construção das Residências em Saúde como resposta a um dos eixos do MRSB.

Para o Programa PRÓ-SAÚDE, no Ensino em Serviço “a escola integra, durante todo o processo de ensino-aprendizagem, a orientação teórica com a prática nos serviços públicos de saúde, em nível individual e coletivo, com participação de todas as áreas disciplinares” (BRASIL, 2009, p. 21). À luz dessa orientação, deve ser estabelecida, portanto, a relação de intercâmbio imediato entre a teoria e a prática, o aprender pelo fazer, a integralidade e a inserção de várias profissões no curso de residência.

É importante destacar também que a formação em saúde, mediada pelo Ensino em Serviço, ganha força nessa primeira década dos anos 2000 no Brasil, quando gestada enquanto elemento fundamental da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004 pelo Ministério da Saúde. A partir da leitura dos primeiros documentos referentes à construção da PNEPS, o que se observa é a tendência de transformar e ressignificar o processo de formação e trabalho em saúde, conforme defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária:

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009, p. 20, grifo nosso).

Mais do que evidenciar a construção da concepção de Ensino em Serviço como elo e diretriz para os processos de educação e formação em saúde, os documentos analisados remetem às direções políticas adotadas pelo governo brasileiro à época, sob a gestão de Luiz Inácio Lula da Silva em seu primeiro mandato (2003-2006)¹⁷, cujo projeto para as Residências em Saúde ao mesmo tempo recupera as diretrizes do MRSB e coloca medidas de confrontação destas, como a EBSEH.

¹⁷ Ressalvadas as mediações e críticas necessárias sobre a gestão governamental neste período, ressaltamos que foi nos Governos Lula (2003-2006; 2007-2010) e Dilma Rousseff (2011-2014; 2015-2016) em que as políticas sociais mais avançam no país, na direção da garantia dos direitos.

Isso pôde ser evidenciado, por exemplo, nos processos ora analisados, em que se buscava modificar o modelo de atenção à saúde no país, correspondendo às demandas do Movimento de Reforma Sanitária. A importância desse processo se dá porque a luta do MRS se vinculava à construção de um novo projeto societário baseado no acesso a direitos e na justiça social. Assim, pautar e construir as requisições da Reforma Sanitária têm o significado político de transpor os limites da política pública enquanto instrumento meramente normativo do Estado.

Assim, a análise ora proposta, sob a tendência de formar pelo trabalho – que marca fortemente os programas de Residência em Saúde orientados pelo conceito de Ensino em Serviço –, não se trata de um processo meramente terminológico, mas que reflete as mediações estatais, sociais, políticas e econômicas de cada contexto, bem como as articulações dessa concepção a determinados projetos societários.

Se os documentos governamentais que marcam o período de expansão das Residências em Saúde trazem o Ensino em Serviço enquanto estratégia política de transformação do modelo assistencial do SUS, a materialidade do processo sob as ordens neoliberais transforma o Ensino em Serviço (idealizado) em um processo que se efetiva sob as tendências tecnicistas, aligeiradas e precarizadas.

Ressaltamos, portanto, que o Ensino em Serviço sob o atual contexto é marcado por contradições, apresentando as seguintes determinações:

- a) Projeto social-educativo que resguarda seus fundamentos históricos na Educação Profissional, que no Brasil teve suas origens estabelecidas na divisão social do trabalho e entre as classes sociais, destinando-se aos filhos da classe trabalhadora que não poderiam acessar o ensino escolar destinado às elites. Incide historicamente de forma dúbia na sociedade brasileira ao possibilitar acesso à educação, ao passo que perpetua, em determinada medida, desigualdades sociais quando oferta uma formação eminentemente tecnicista, aligeirada e voltada para postos de trabalho menos favorecidos na cadeia produtiva. Nos cursos de Residência em Saúde, observamos que essas manifestações se colocam também nos diferentes perfis de profissionais que integram as Residências Multiprofissionais (majoritariamente recém-formados/as, que buscam experiências profissionais e acesso à renda) e as Residências Médicas (em sua maioria, recém-formados/as que buscam os cursos para fins de especialização, por vezes já inseridos no mercado de trabalho em outras instituições);

- b) Projeto na esfera governamental, que fortalece a formação pelo trabalho como tendência educacional no conjunto da sociedade, como forma de instrumentalizar a classe trabalhadora para as novas demandas exigidas pelo desenvolvimento das forças produtivas no capital. Contrapõe as requisições da Reforma Sanitária ao Projeto Privatista cuja disputa está em curso;
- c) Resultado das lutas e resistências dos trabalhadores em torno da educação, que mediante sua incidência no movimento da política, demandam acesso à educação e ao trabalho como direitos sociais e encontram, em boa parte das vezes, nas estratégias de formação para o trabalho (desde o ensino médio até o ensino superior de pós-graduação), o espaço para acessar determinadas qualificações e postos de trabalho. Destacam-se nesse processo o movimento nacional de organização dos(as) residentes (Fórum Nacional de Residentes em Saúde) e as lutas do conjunto CFESS/CRESS e ABEPSS para consolidação da Residência em Saúde como espaço qualificado de formação.

Considerando que o presente estudo busca analisar as implicações do Ensino em Serviço no processo de formação de assistentes sociais inseridos nos cursos de Residência Multiprofissional em Saúde e, para tanto, adotou como cenário de pesquisa os cursos de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, foram examinados também alguns documentos que norteiam a RIMS na instituição, nos quais foram encontradas outras variações da concepção de Ensino em Serviço.

De acordo com o Manual do Residente da UFRN, a Residência Multiprofissional em Saúde se constitui como “curso de Pós-graduação lato sensu, caracterizado por **treinamento em serviço**, orientado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais” (UFRN, 2021, p. 12).

Nos chama a atenção que, em nível local, essa mudança dos termos que se referem ao Ensino em Serviço ocasiona um visível reducionismo que repercute diretamente na compreensão institucional do processo formativo das residências. Ademais, nota-se que tal expressão não se encontra nos documentos oficiais da Residência Multiprofissional, mas se refere ao Decreto nº 80.281/1977, que regulamenta a Residência Médica, o que nos permite denotar de modo imediato uma forte interferência

do modelo biomédico na construção dos documentos que se referem à Residência Multiprofissional em Saúde da UFRN.

Ademais, tratar um processo de formação educacional como treino confere uma perspectiva eminentemente tecnicista, produtivista e utilitária à Residência Multiprofissional em Saúde, ocultando as relações políticas de construção de sentidos a partir das experiências na realidade, objetivadas nas intenções governamentais evidenciadas no documento elaborado pela SGTES em 2003.

É interessante observar ainda como essa concepção de Ensino em Serviço se materializa no cotidiano daqueles(as) que se inserem nas Residências em Saúde. Para além do elucidado nos documentos e legislações, temos um processo contraditório e mistificado na realidade, permeado por diversas relações governamentais, institucionais, profissionais, dentre outras.

No processo de pesquisa realizado com assistentes sociais que integram os Programas de Residência Multiprofissional ofertados pela UFRN no Hospital Universitário Onofre Lopes, identificamos que a concepção de Ensino em Serviço realiza diferentes processos de afastamento e aproximação do que foi proposto nos documentos oficiais. Para os(as) tutores(as) e preceptores(as) dos cursos, o Ensino em Serviço se coloca como uma relação de aprofundamento da formação acadêmica, possibilitado através da atividade prática nos serviços realizada de forma supervisionada, como é possível observar:

Então, eu acho que a residência, esse ensino em serviço ele remete a isso, de você ter a oportunidade de ter sim garantido o seu horário para tá ali bebendo da teoria, fazendo as discussões para poder no momento que você tiver ali na carga horária prática você tá alinhando esse movimento, e aí é de uma riqueza assim pra gente que tá nesse papel de preceptor e tutor assim sem fim, porque a gente tem essa oportunidade, e a história que eu falo do cotidiano vem nos consumindo e a gente tem esse canal de quem tá com o pé lá dentro da universidade, de tá trazendo a discussão que tá sendo feita, então assim, acaba que pra gente também é um ensino em serviço, a gente também bebe dessa fonte, é muito importante (PQ, 2021).

A expressão ensino e serviço, o que eu vejo, o que me remete imediatamente, que é um processo de aprofundamento de formação no fazer do assistente social, na prática do assistente social, na prática do enfermeiro, então eu acho que é um debruçar maior de um profissional que vai ali se especializando naquele serviço, vai se apropriando daquele serviço e vai qualificando melhor sua atuação naquela área específica, naquele programa específico e na saúde. Então eu acho que é um processo de, vamos dizer assim, de aprimoramento de sua prática, então ensino e serviço para mim é isso. Quando eu penso lá residência, ensino e serviço, eu penso assim: é num profissional que vai tá ali se imbuindo, se inserindo naquele serviço e ele vai aprendendo não só a parte prática, mas fazendo essa relação entre as discussões, que ainda são muito falhas na parte teórica de discussão, de fundamentação com os seus exercícios,

com a sua atuação ali, não só do serviço social mas coletivamente, nessa troca de conhecimento entre as outras profissões, conhecimento e fazer (PE, 2021).

Dos relatos das profissionais, destacamos algumas expressões que apareceram com frequência, tais como: a identificação da Residência em Saúde como o termo **capacitação**, apreendida pelas falas como uma especialização/qualificação da prática, bem como um **espaço privilegiado** de continuidade da formação iniciada na graduação, onde se busca articular as dimensões teóricas e práticas da profissão.

Essa percepção da Residência como capacitação esteve, durante os discursos, articulada com a ideia de **supervisão** e é importante destacar tal ponto, visto que foram elementos que já apareceram com menos frequência nas contribuições dos(as) residentes egressos que colaboraram com a pesquisa. Contudo, a ideia de supervisão estabelecida nos diálogos com as tutoras e preceptoras não remete, a princípio, a uma relação determinada de hierarquia, mas a relações de trocas de saberes.

Na concepção da tutora-docente¹⁸ que contribuiu com esta pesquisa, o Ensino em Serviço é apreendido como um complexo dinâmico, constituído por diferentes atores:

A gente pensa as vezes em ensino só no professor, no docente, mais aí nessa proposta que aqueles sujeitos que a gente acabou de falar sobre eles ali, preceptores, tutores, eles estão inseridos pelo menos o que se prevê, estejam inseridos diretamente nesse processo do ensino que envolve a formação, então eu vejo como todo esse momento que envolve a situação daqueles sujeitos ali que envolve preceptoria, tutoria, o próprio docente, o próprio professor passando aquilo que se lhe cabe dentro das suas atribuições competências naquela ação particular colaborando para os processos formativos desses que já são profissionais de serviço social, mas contribuindo com a qualificação e no âmbito dos cenários de prática, no âmbito dos serviços de onde se executa o trabalho profissional no caso em saúde, na área de saúde, eu nunca tinha, realmente, nunca tinha apontado, nunca fiquei especulando isso. (...) a gente trazia nosso cenário de prática para sala de aula, discutia, debatia em textos e pensava em estratégias e proposições, levava de novo para o cenário de prática e no cenário de prática a gente trazia outras reflexões nas aulas, os diálogos, eram um movimento, eu acredito que o ensino em serviço ele deveria ser dessa forma, a gente sempre articulando a produção do conhecimento e como exercício profissional, uma assistência profissional (PO, 2021).

A partir do discurso docente, podemos notar uma apreensão ampliada do Ensino em Serviço, enquanto processo dinâmico, em movimento e construção, na Residência

¹⁸ Importa destacar que o campo dos(as) tutores(as), é integrado também pelo docente que ministra as aulas dos eixos teóricos. No caso da Residência Multiprofissional em Saúde da UFRN e, especificamente no que se refere ao Serviço Social, as aulas do 3º eixo teórico, destinadas por área profissional, são lecionadas por professores(as) do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – PPGSS/UFRN, sendo este um diferencial relevante em que nos debruçaremos ao longo do estudo.

Multiprofissional em Saúde. Assim, os elementos que marcam a Residência como espaço que favorece a construção de relações teórico-práticas no âmbito da formação e da prática profissional nos serviços, bem como de ter nesse processo a figura de um(a) supervisor(a) (ou, no caso da Residência Multiprofissional, tutor(a)/preceptor(a)), aparecem como fundamentais nas falas das profissionais que apreendem estes cursos como espaços privilegiados de formação:

Olha, quando eu vejo a expressão ensino em serviço, eu entendo que existe alguém que tá procurando se capacitar em algo e que outra pessoa vai facilitar essa capacitação, então assim, é alguém que vai aprender sendo supervisionado, e essa supervisão ela não é uma coisa de cima pra baixo, é uma coisa que tem que ser em parceria, então ensino e serviço é porque aquele residente está inserido num espaço onde ele tem uma programação, ele tem uma meta, ele tá fazendo uma especialização e o objetivo final é chegar ao título de especialista, nesse percurso ele vai ter cenários de aprendizagem, ele vai passar pela preceptoria, vai passar a fazer de forma mais autônoma, mais supervisionado, e daqui a pouco vai estar caminhando com as próprias pernas, então eu acho que isso é uma gradativa (PS, 2021).

Puxando para minha experiência no ensino em serviço, aí eu volto pra o que eu sempre dizia, o privilégio em que é, o que ela me remete, é eu ter literalmente um tutor, não assim na linguagem mesmo, um alguém que me oriente dentro da minha prática mesmo eu sendo um profissional formado eu tenho a quem recorrer, eu não tô sozinho ali, não fui jogado ali na cova dos leões sozinho, isso me remete muito essa prática, esse ensino dentro da prática me remete muito a você ter uma referência (PQ, 2021. Grifos nossos).

Eu vejo a residência especialmente para um profissional recém-formado como uma oportunidade, uma excelente oportunidade dele aplicar aquilo que ele aprendeu em toda sua bagagem teórica na prática, de ele aplicar aquele conteúdo no exercício profissional e aí eu considero como um excelente oportunidade porque, ele está principalmente se ele se refere a um aluno recém-formado, um profissional recém-formado que saiu da academia que tem uma boa base teórica, tem uma boa fundamentação e eu vejo esse ensino em serviço, é como uma oportunidade de ele exercer isso, de ele conseguir aplicar todo aquele conteúdo no exercício profissional, então eu vejo com uma oportunidade que o residente tem de estar em campo que no caso aqui do HUOL, é um campo muito dinâmico principalmente por se tratar de um hospital de alta complexidade com inúmeras especialidades (PB, 2021).

Importante destacar que as falas partem de um grupo específico de profissionais da saúde, cuja primeira experiência com a Residência foi por meio da tutoria/preceptoria, que são campos específicos de supervisão da prática dos(as) residentes. Nesse sentido, é interessante observar que o modelo de Ensino em Serviço é apreendido também como uma inovação do campo da formação profissional de pós-graduação¹⁹ – considerando sua

¹⁹ Ver mais em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1259> .

expansão como processo recente no Brasil –, a qual tem em seu escopo a proposta desafiadora de viabilizar articulações teórico-práticas de modo concreto.

Por essa razão também, ao caracterizar a relação de Ensino em Serviço na Residência, as profissionais a observam, em um primeiro momento, como um processo de aprendizagem do(a) residente. Entretanto, ao desenvolverem o diálogo, também relacionaram, na maioria das respostas, como esse processo incide também enquanto dimensão formativa na prática profissional de quem está nas atividades de supervisão:

[...] acho que isso a residência traz um ganho muito grande porque muitas vezes a gente tá ali no dia a dia e às vezes um pouco paralisado e a residência ela traz isso, ela traz uma assistente social com sangue novo com novas experiências, com um olhar mais aberto e aí ele faz com que nesse processo de residência o tutor, o preceptor, o coordenador ele vai estudando e ele vai se ele realmente está comprometido com aquilo com aquele trabalho ele vai também, ele vai também aprendendo, vai havendo uma troca de conhecimento entre residente e preceptor, o preceptor é levado a estudar (PE, 2021).

Contudo, a relação de formação para o(a) tutor(a)/preceptor(a) é vinculada diretamente à pessoa do(a) residente como essa “ponte” com a universidade. Isso revela, portanto, que os programas de Residência precisam favorecer cada vez mais relações de formação, ensino e aprendizagem também aos(as) profissionais do campo de supervisão das atividades, o que está sinalizado que ocorre, mas ainda aquém da necessidade que corresponda à importância que esses(as) profissionais ocupam no processo formativo da Residência. O Ensino em Serviço precisa ser desafiado a formar e construir sentidos também a quem está na tutoria/preceptoría, que são partícipes e mediadores(as) diretos(as) da construção desse processo formativo para os(as) residentes.

Observa-se, portanto, que a concepção de Ensino em Serviço é complexa e permeada por diferentes relações. Nisso, situamos que a percepção do Ensino em Serviço elaborada pelo grupo de tutoras/preceptoras participantes da pesquisa, de modo geral, enseja a construção de relações teórico-práticas imediatas, sobretudo no campo das atividades práticas dos(as) residentes.

Já a concepção de Ensino em Serviço apreendida pelos(as) residentes egressos que participaram da pesquisa, apareceu permeada pelos atravessamentos das experiências vividas nos programas de Residência em Saúde no HUOL entre os anos 2012 e 2020²⁰.

²⁰ Foram delimitados para a pesquisa os seguintes critérios de inclusão: serão considerados sujeitos elegíveis a esta pesquisa: assistentes sociais residentes que cursaram e concluíram os cursos em que

Observamos que, apesar das variações identificadas nos relatos, algumas falas coincidiram numa apreensão do Ensino em Serviço como uma aprendizagem na prática:

Ensino em Serviço é você está aprendendo durante a prática. É uma prática que você está agregando conhecimento. Como se fosse uma característica do estágio, eu acredito, muito forte. Só que aí nesse caso você já é responsável pelo serviço que você faz. Já é você que está assinando, já é seu CRESS que está ali (...) então o ensino, ele remete a esse suporte acadêmico de ter alguém da Universidade, enfim, dependendo de onde você esteja, que vai lhe dar um embasamento e você vai estar sempre aprendendo (PU, 2021. Grifos nossos).

Para mim ensino em serviço do jeito que a formação está estruturada, a formação acadêmica, para mim ensino em serviço ele tem uma abordagem pragmática na minha concepção, eu vejo como se fosse aprender na prática, é uma concepção pragmática mas também podemos pensar o ensino em serviço como uma indissociação entre a pesquisa, o exercício profissional de determinada categoria, articulação dos dois, mas quando eu vejo ensino e serviço eu imagino, enfim, uma relação de ensino pragmática, aprender fazendo (PT, 2021, grifo nosso).

Observamos, portanto, que para os(as) residentes egressos, a concepção de Ensino em Serviço é apreendida pelo referencial da aprendizagem, mas não como algo voltado para sala de aula, caracterizando-se como dimensão efetiva do processo de prática. Em suma, trata-se de um processo de **aprender pelo fazer/aprender na prática**.

Em outras falas, os(as) residentes identificam o Ensino em Serviço como “(...) *qualificação profissional com superação da dicotomia teoria-prática*” (PC, 2021) e o atribuíam a uma formação através da prática supervisionada:

Ensino e serviço para mim é realmente você ter a oportunidade, está aprendendo mais um aprendizado acompanhado, processo de ensino-aprendizagem realmente acompanhado em que você não se torna responsável pelo processo como um todo, mas que você tenha um acompanhamento desse processo de ensino e que você está ali para aprender, errar, aprender novamente, até que você vá sendo lapidado, mas ensino em serviço significa um aprendizado acompanhado, acompanhado de uma supervisão (PL, 2021).

A partir dessas noções iniciais, os(as) residentes trouxeram os desdobramentos do que apreendiam dessa relação Ensino em Serviço, de como ela foi sentida durante e vivência que tiveram na Residência Multiprofissional em Saúde do HUOL. Um elemento

atuaram durante o período circunscrito (2012-2019); e assistentes sociais que exerceram a função de tutores e/ou preceptores dos programas por, no mínimo, 1 ano, durante os anos supracitados. Contudo, alguns(as) residentes que estavam cursando a Residência no período delimitado, concluíram apenas no ano de 2020, trazendo, portanto, dados referentes ao contexto mais recente de pandemia e dentre outros.

fundamental que apareceu em alguns discursos foi a confrontação das expectativas do que é “vendido” como Ensino em Serviço e o que de fato é vivido na Residência:

Bom, o que eu penso quando eu vejo o ensino em serviço, é que eu vou ter mais oportunidade de aprender na prática profissional, então eu tinha a visão de que eu ia ter mais formação, mais teoria, que eu ia ser um profissional ainda em formação ainda estudante, então teria um olhar mais voltado para essa questão do ensino e menos para prática e não de forma tão desgastante, então eu penso que essa expressão ensino e serviço para residência eu acho que deveria ser revisto, porque eu acho que não é tão ensino-serviço, acho que deveria ter outra denominação para esse processo (PC, 2021).

Olha, eu penso que seria um espaço de vivência, deveria, pelo menos de formação, de reflexão, mas quando coloca assim ensino e serviço, nesse modelo que está posto, eu vejo muito como... sempre me vem à mente a questão da carga horária prática nisso tudo, (...) eu penso que é um espaço formativo de vivência prática mas também de diálogo teórico, de formação numa perspectiva próxima da realidade de serviços, de conhecimento de rede, de conhecimento de organização da política, de níveis de complexidade, eu penso que deveria ser isso mas não está posto desta forma. Esse ensino e serviço hoje está muito atrelado à prática, a inserção desse residente na prática e esse ensino ele está muito comprometido. (...) eu acho que essa expressão ensino e serviço ela não vem se materializando não conforme como está posto, eu acho que pelo contrário, eu acho que essa perspectiva do serviço ela tá muito mais assim... Nítido do que o ensino, o ensino tá meio secundarizado (PX, 2021).

Eu consegui sentir, porém de forma muito fragilizada. A gente não consegue ver essa materialização tão presente, eu vejo uma fragilização nesse processo de ensino e serviço enquanto assistente social no curso de residência; eu vejo um esforço muito grande dos programas de pós-graduação do PPGSS – UFRN, de fato nos passar essa questão do ensino em residência, o comprometimento, então você viu o esforço também dos tutores e preceptores, dos tutores em tentar elaborar o melhor currículo junto com os programas de pós-graduação, oferecer as melhores disciplinas que subsidiasse a nossa prática que pudesse realmente ter essa visão de ensino e serviço, mas eu vejo como ainda com fragilização para essa questão mesmo curricular da residência de ofertar mais prática profissional do que teoria (PH, 2021).

Para os(as) residentes egressos(as), o processo de aprender pela prática foi permeado pelas questões referentes a exacerbação da carga-horária do curso (60h semanais), especialmente da carga-horária destinada às atividades práticas (80% do tempo de trabalho dentro nos serviços de saúde) em detrimento da carga-horária das atividades teórico-práticas (20%, destinado às aulas, elaboração de pesquisa e trabalho de conclusão de curso, dentre outros). Soma-se a isso a percepção identificada do Ensino em Serviço como uma concepção pragmática da formação.

Como bem observado no discurso do(a) residente egresso PH (2021), a supervalorização das atividades práticas nos serviços de saúde, por meio da destinação de 80% da carga-horária para isso, é traduzida no processo de fragilização do Ensino em Serviço, proposto como relação simultânea entre aprender pelo fazer.

É percebida, portanto, uma tendência à separação dos processos que se proclamam imbricados, o que faz o ensino se diluir na prática, de tal modo que a aprendizagem (que seria uma mediação do processo de trabalho) é vinculada ao Ensino enquanto prática pedagógica docente próprio dos eixos teóricos, que ocorrem em sala de aula; e o Serviço passa a ser associado ao cenário de prática e a atividade de trabalho profissional do(a) residente nos serviços de saúde. Tal fragmentação desemboca em relações ainda mais complexas no âmbito da formação e trabalho nas Residências em Saúde.

Esse processo, sobre o qual nos debruçaremos melhor ao longo do trabalho, merece importante destaque, visto que para além de uma organização curricular de carga-horária, ele traduz uma concepção de formação que não condiz com a concepção de gestão e formação de força de trabalho do Movimento de Reforma Sanitária, enquanto uma diretriz política do que se apreende acerca do Ensino em Serviço nas Residências em Saúde.

Diante do conjunto de perspectivas apresentadas nos discursos dos(as) participantes da pesquisa, assim como das que foram evidenciadas nos documentos oficiais referentes à Residência Multiprofissional em Saúde, identificamos que tais concepções fundamentalmente dialogam entre si quando apreendidas enquanto formação pelo trabalho, realizando ao mesmo tempo processos de afastamentos mediados pela dinâmica da realidade dos programas de Residência em Saúde, a qual é balizada pelas relações políticas, econômicas, culturais, institucionais e regionais e apreendida em dimensões individuais e coletivas por aqueles(as) que a constroem cotidianamente.

Para o nosso estudo, partimos da concepção de Ensino em Serviço enquanto relação que pressupõe o intercâmbio imediato entre a construção dos sentidos de aprendizagem, mediante a atividade do trabalho concreto, conforme princípios do MRSB. Diante dos pressupostos em que se desenvolve, a concepção de Ensino em Serviço aparece como uma particularidade dos serviços de saúde e como diretriz dos processos de educação em saúde no Brasil.

Desse modo, entendemos que o Ensino em Serviço não se trata de um processo finalizado, mas ainda em construção, e que este se transforma em suas dimensões macroestruturais, histórico-fundamentais e suas expressões imediatas na realidade concreta da Política de Saúde no Brasil no âmbito dos serviços do SUS. De acordo com Albuquerque (*et al.*, 2008, p. 357):

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008, p. 357).

Contudo, observamos que o Ensino em Serviço na Residência Multiprofissional em Saúde atualmente é permeado por importantes particularidades que aguçam nosso sentido analítico e crítico. A começar pela distribuição desigual da exorbitante carga-horária do curso de Residência Multiprofissional às questões referentes ao ensino, produção acadêmico-científica e organização política, dentre outros elementos, entendemos que analisar essa concepção como tendência presente no Ensino Superior no Brasil – de aligeiramento e de transferência dos modelos da Residência Médica para os demais cursos – é urgente e necessário. Acerca do elucidado, Silva e Castro (2020, p. 63) afirmam:

Defendemos a ideia de que o modelo de formação para atuação na saúde que surge com a residência médica e é incorporado pela residência uni e multiprofissional no que refere a uma metodologia de ensino a partir do trabalho – “o ensino em serviço” – pode atender a uma formação que se desenvolva voltada para necessidades de saúde e a partir de realidades sociais, ou seja, como uma ação estratégica voltada para a formação e nos moldes dos princípios basilares do SUS. Contudo, entendemos que o impositivo de uma carga-horária extensa e intensa cria condições para a instauração de uma dinâmica de superexploração da força de trabalho do residente, principalmente considerando a dinâmica atual de precarização das condições de trabalho no SUS (SILVA; CASTRO, 2020, p. 63).

Assim, as tendências para uma educação cada vez mais tecnicista – voltada para o mundo do trabalho no Brasil – se por um lado apresentam-se como conquistas históricas de acesso à educação superior por meio da recente expansão dos cursos de Residência em Saúde, por outro, estão associadas também ao empresariamento do modelo educacional, cada vez mais competitivo, pragmático, superespecializado e voltado para o trabalho, de forma a fragilizar e desmontar a tríade do ensino-pesquisa-extensão que tem sido a forte marca do nosso ensino universitário. Essas tendências assumem, portanto, uma funcionalidade específica e mistificada no atual contexto de aprofundamento do projeto neoliberal.

Ademais, no atual contexto do governo Bolsonaro, que apresenta abertamente orientações antidemocráticas, sob a falácia de uma gestão técnica e “anti-ideológica”, têm sido empreendidas sucessivas medidas no âmbito do Ministério da Educação que

exemplificam seu descompromisso com uma Política de Educação fortalecida e comprometida com projetos societários que caminhem no sentido do aprofundamento da democracia e do acesso a direitos. Tais medidas reforçam uma educação cada vez menos estabelecida como direito social, menos comprometida com as reais necessidades da sociedade e, numa relação inversamente proporcional, também mais precarizada nas condições que já existem, sendo cada vez mais pensada enquanto serviços.

Esse movimento tem repercussões diretas nos programas de Residência Multiprofissional e é evidenciado no momento pandêmico que vivenciamos, o qual desnudou as piores faces do modo de produção capitalista e sua âncora nas expressões de desigualdade social, que apesar explicitadas não são enfrentadas.

Para a política de Educação, esse contexto é, além de desafiador, ameaçador ao passo que se valem da fragilidade desse período para estimular perspectivas de Educação a Distância (EaD) como “saídas” para esse momento – cujas demandas por essa modalidade de ensino já são históricas no setor privado – passando o controle de orçamentos e decisões para agentes do mercado, aprofundando o fosso educacional entre pobres e ricos.

Particularmente, no que se refere à Residência Multiprofissional em Saúde e à responsabilidade do Ministério da Educação nesse contexto de pandemia, ficam expostas as relações de precarização do trabalho, onde muitos(as) residentes prosseguiram trabalhando nos cenários de prática, em um momento em que as aulas em todas as modalidades de ensino superior de pós-graduação estão suspensas, tendo fragilizada nesse processo sua condição de estudante, expondo os(as) residentes a contaminação pela Covid-19, utilizando o argumento de que são estudantes em condição de Ensino em Serviço.

Destacar o atual contexto de pandemia é fundamental para apreender o estágio de aprofundamento que a crise do capital vivencia. Trata-se, nas palavras de Antunes (2020), da conformação de um capital pandêmico, cuja expressão sintetiza a “simultaneidade e imbricação trágica entre sistema de metabolismo antissocial do capital, crise estrutural e explosão do coronavírus” (ANTUNES, 2020, p. 18), Isso nos sinaliza que os efeitos sociais da pandemia da Covid-19 não se expressam de forma igual na sociedade, mas dependem das condições socioeconômicas de vida dos sujeitos: a crise tem gênero, endereço nas periferias e cor.

As consequências desse período pesarão sobre as costas da classe trabalhadora pauperizada, aprofundando as relações de precarização de desmonte do trabalho, seja pelo

desemprego formal e pela taxa de desalentados(as) que crescem vertiginosamente nesse período, assim como pelo que Antunes (2020) denomina de processo de uberização, que corresponde aos atuais processos de trabalho digitais, intermitentes, desprotegidos e desregulamentados, que se resguardam sob o signo do “empreendedorismo” para mistificar o desmonte gradual do trabalho.

Nos cursos de Residência em Saúde, dada a necessidade de manutenção da renda e do vínculo com os programas, os(as) residentes permanecem trabalhando nos serviços de saúde. Não nos esqueçamos de que o público que compõe a Residência são profissionais formados(as), trabalhadores(as), que têm no programa de Residência o vínculo que lhe mantém financeiramente, e que, apesar de não ser essencialmente empregatício, conta com a atividade do trabalho como cerne da formação, mas sem a garantia dos direitos trabalhistas.

Assim, o contexto para os(as) residentes se assemelha com o de milhões de brasileiros(as), configurando o cenário de “fogo cruzado” em que a classe trabalhadora se encontra:

É preciso que haja isolamento social e quarentena para se evitar o contágio por coronavírus. Sem isso, a classe trabalhadora será cada vez mais contaminada, adoecendo e perecendo em maior quantidade. Mas como ficarão em isolamento social os/as desempregados/as, os/as informais, os trabalhadores/as intermitentes, os/as uberizados/as, os/as subutilizados/as, os/as terceirizados/as, isto é, aqueles que não têm direitos sociais e que recebem salários somente quando executam algum trabalho? (ANTUNES, 2020, p. 19).

Este último acontecimento deixou evidente a deturpação da concepção de Ensino em Serviço, dado que prevaleceu o serviço-trabalho dos(as) residentes no contexto da crise sanitária, visto que, em face dos afastamentos e adoecimento dos(as) trabalhadores(as), os(as) residentes foram obrigados(as) a permanecer no hospital, tendo suas atividades teóricas suspensas.

Nesse cenário, buscamos identificar e analisar as tendências da formação profissional nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde a fim de apreender as determinações e contradições desse processo. No transcurso do estudo, trazemos para o centro do debate a relação entre o Ensino em Serviço e a formação dos(as) assistentes sociais nos Programas de Residência em Saúde da UFRN.

3 A RESIDÊNCIA EM SAÚDE COMO EXPRESSÃO DO ENSINO EM SERVIÇO NA CONTEMPORANEIDADE

Neste capítulo, nos propomos a analisar o processo de construção das Residências em Saúde no Brasil, particularizando posteriormente para sua realização no estado do Rio Grande do Norte a partir da análise dos programas executados no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL/UFRN). Ademais, trazemos um pouco do panorama da organização política dos(as) residentes no estado do Rio Grande do Norte por meio do Coletivo Potiguar de Residências em Saúde.

As décadas de 1970 e 1980 são decisivas na história do Brasil, marcadas pelas lutas dos movimentos sociais em favor do reestabelecimento da democracia após o período ditatorial (1964-1985). Essas lutas são refratadas no âmbito da Política de Saúde no Brasil com o movimento da Reforma Sanitária²¹ e a ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Posteriormente, em 1990, é aprovada a Lei nº 8.080/90 que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990).

Esse dispositivo legal traz importantes ganhos para a saúde pública brasileira, como a criação do Sistema Único de Saúde e a ampliação da concepção de saúde que orienta os serviços no país, a qual é compreendida como produto das condições de vida e trabalho da população, sendo o Estado o responsável por garantir condições de acesso a serviços de saúde que atuem nos determinantes sociais da saúde. O processo de ampliação da concepção de saúde implicou diretamente o reordenamento dos processos de trabalho em saúde, interferindo também no planejamento e na execução dos programas de Residência que buscamos estudar.

²¹ Em termos gerais, a Reforma Sanitária foi um movimento ocorrido a partir de meados dos anos de 1970, pautado pela Saúde Coletiva, que propunha mudanças no modelo de assistência à saúde e na própria concepção de Saúde prevalente à época, considerada apenas como ausência de doença. Este conceito embasava o modelo biomédico-curativo enquanto central na assistência à saúde. A saúde passa a ser vista a partir da Reforma, como um conjunto de determinantes socioeconômicos, biológicos, ambientais, culturais e políticos que determinam a condição de vida da população. Esta nova concepção de saúde guiou a formulação do SUS, que é um dos principais ganhos desse movimento, consagrado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (BRAVO; MATOS, 2009). Dessa forma, “a principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais” (CFESS, 2013, p. 17).

Malgrado a conquista da criação do SUS como componente do tripé da Seguridade Social brasileira legitimada na Constituição Federal de 1988, o Brasil lidava entre as décadas de 1990 e 2000 com a entrada do destrutivo projeto neoliberal no país.

O neoliberalismo é em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livres mercados e livre comércio. O papel do Estado é criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas; o Estado tem de garantir, por exemplo, a qualidade e a integridade do dinheiro. Deve também estabelecer as estruturas e funções militares, de defesa, da polícia e legais requeridas para garantir direitos de propriedade individuais e para assegurar, se necessário pela força, o funcionamento apropriado dos mercados. Além disso, se não existirem mercados (em áreas como a terra, a água, a instrução, o cuidado de saúde, a segurança social ou a poluição ambiental), estes devem ser criados, se necessário pela ação do Estado. Mas o Estado não deve aventurar-se para além dessas tarefas. As intervenções do Estado nos mercados (uma vez criados) de vem ser mantidas num nível mínimo, porque, de acordo com a teoria, o Estado possivelmente não possui informações suficientes para entender devidamente os sinais do mercado (preços) e porque poderosos grupos de interesse vão inevitavelmente distorcer e viciar as intervenções do Estado (particularmente nas democracias) em seu próprio benefício (HARVEY, 2005, p. 12).

Neste sentido, Netto e Braz (2012) inferem que o neoliberalismo busca romper com qualquer limitação que impeça o desenvolvimento pleno do capital e sua acumulação de riquezas. Assim, tal projeto vem se desenvolvendo no Brasil por meio da atenuação do papel do Estado na regulação da economia, da democracia e dos direitos sociais, o que tem implicado diretamente o desmonte das políticas sociais, dentre as quais, o Sistema Único de Saúde.

Assim, temos acompanhado nas últimas décadas, os avanços e retrocessos da política de saúde no Brasil. Atualmente, o desfinanciamento do SUS por meio das medidas de ajuste fiscal na economia tem dado a tônica das possibilidades de atendimento e cobertura da saúde pública no Brasil, cujas implicações se dão em diferentes âmbitos do Sistema.

Considerando que a criação do SUS é contemporânea à legitimação do projeto neoliberal no Brasil, é possível inferir que historicamente a publicização da saúde no país enfrenta desafios, sobretudo no que se refere à disputa entre o projeto da Reforma Sanitária – o qual defende um sistema de saúde estatal, público, universal e equânime, orientado pela concepção de saúde como produto das condições de vida e trabalho da população – e o projeto privatista, que tem defendido um modelo de atenção à saúde

eminentemente clínico, curativo, medicamentoso e hospitalocêntrico, regido pelo mercado e por corporações privadas.

Como um dos resultados dessa disputa ainda vigente, historicamente o SUS teve secundarizado seu processo de formação dos trabalhadores e educação em saúde, apesar das estratégias adotadas no país²². Isso é evidenciado, por exemplo, na análise dos Planos Plurianuais²³ (PPAs) do Governo Federal, realizada entre os anos de 2000 e 2015, a qual nos permitiu inferir alguns elementos: no PPA 2000–2003 não foram encontradas, dentro do objetivo que versa sobre o SUS, metas ou iniciativas no tocante à formação de Recursos Humanos para o Sistema. Tal período compreendeu a gestão de Fernando Henrique Cardoso, cujo modelo governamental legitimou o projeto neoliberal em curso no Brasil, sobretudo no SUS, marcado pela expansão do setor privado de saúde e das suas relações com o sistema de saúde pública.

A partir do PPA 2004-2007, é possível observar a presença de programas específicos de formação do trabalho para o SUS, dentre eles, as Residências em Saúde. Os Planos Plurianuais de 2008-2011 e 2012-2015 traziam nos programas de formação do trabalho em saúde, as metas de ampliação das Residências em Saúde em todas as áreas do conhecimento, tendo como foco prioritário a expansão dos programas de Saúde da Família.

O período entre os anos de 2002 e 2016 corresponde ao ciclo dos governos do Partido dos trabalhadores – Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010) e Dilma Rousseff (2011-2014; 2015-2016). Algumas análises apontam este período como Neo/novo desenvolvimentismo²⁴, já outras tendências indicam ser o período de um Estado social nas políticas sociais e neoliberal na economia²⁵.

²² Mais informações sobre as ações desenvolvidas no âmbito da formação dos(as) trabalhadores(as) em saúde, ver o estudo desenvolvido por Batista e Gonçalves (2011). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400007.

²³ A opção por analisar os Planos Plurianuais se deu por apreendê-los como documento basilar das estratégias políticas de gestão governamental adotadas para determinados períodos. Tais documentos são entendidos também como espaços de disputa e correlação de forças, permeados de desafios à sua devida implementação.

²⁴ Ver mais em: BOITO JR., Armando; BERRINGER, Tatiana. Brasil: classes sociais, neodesenvolvimentismo e política externa nos governos Lula e Dilma. **Revista de Sociologia e Política** [online]. 2013, v. 21, n. 47 [Acessado 4 dezembro 2021], pp. 31-38. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-44782013000300004>>. Epub 15 Out 2013.

²⁵ Ver mais em: TRISTÃO, Ellen. A opção neoliberal do primeiro mandato do governo Lula. In.: **SER Social**, Brasília, v. 13, n. 28, p. 104-128, jan./jun. 2011. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/download/12684/11086/22914. Acesso em: dez. 2021.

Ressalvadas as devidas críticas referentes ao fato de serem um governo de esquerda e não terem pautado reformas estruturais nas condições de vida da classe trabalhadora, esses governos conseguiram, em certa medida, melhorar tais condições, atenuando algumas expressões da desigualdade social, por meio do fortalecimento das políticas públicas, dos programas de transferência de renda e pela valorização do salário-mínimo.

Desse modo, apesar das devidas ponderações necessárias, foram inegáveis os avanços na condução da política de saúde nesse período, a exemplo do fomento às estratégias de formação e qualificação dos(as) trabalhadores(as) do e para o SUS, o que significou um importante ganho sobretudo para os(as) usuários(as). Todavia, como próprio do processo histórico de formação da sociedade, também foi um período de retrocessos para tal política, como a criação da EBSEH (2011) para a gestão do Hospitais Universitários, a qual concretiza as prerrogativas neoliberais de privatização e mercantilização dos serviços públicos.

Apesar das contradições inerentes à condução da política de saúde no Brasil, a Residência Multiprofissional foi uma conquista importante dos(as) trabalhadores(as) e estudantes, como estratégia hoje imprescindível de formação e trabalho para o SUS.

De acordo com Silva e Castro (2020), “a ideia da modalidade de ensino em serviço conhecida como ‘residência’ surgiu nos EUA no final do século XIX, vinculada à medicina. Era uma proposta ‘adestramento de médicos após a graduação, visando à especialização’” (SILVA; CASTRO, 2020, p. 45 *apud* SILVEIRA, 2005, p.3). O termo “residência” deriva, portanto, da prática inicial dos cursos, em que os médicos residiam nos hospitais, a fim de destinar disponibilidade exclusiva às instituições de saúde.

Dessa herança, além do termo e outras implicações, temos a condição de dedicação exclusiva impostas pelas Residências em Saúde, sobretudo na Residência Multiprofissional atualmente. Os(as) residentes não moram mais nas instituições de saúde. Contudo, devem se dedicar, durante o período do curso, exclusivamente às atividades vinculadas a este.

O percurso histórico dos programas de Residência em Saúde no Brasil remonta à década de 1940, momento no qual ocorreu a criação dos primeiros cursos de Residência Médica nas áreas de cirurgia, clínica médica e fisio-biologia aplicada. A iniciativa foi proposta mediante a

experiência de médicos que realizaram estágios em hospitais estadunidenses e voltaram ao Brasil. Seguindo a lógica estadunidense, a residência médica no Brasil concentrou-se no aprimoramento das habilidades técnicas a partir de um modelo de clínica tradicional e hospitalar (SILVA; CASTRO, 2020, p. 56).

Historicamente os programas de Residência em Saúde estiveram voltados para a medicina, sendo os pioneiros nessa modalidade de ensino no Brasil o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, em 1944, e o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro em 1948. Apenas na década de 1970 os programas de Residência Médica foram regulamentados por meio do Decreto presidencial nº 80.281/77. De acordo com Botti (2009),

Na década de 70, com as mudanças na estrutura do ensino universitário, ocorreu a expansão dos cursos superiores de forma intensa e desordenada, o que não poupou a medicina (uma expansão que começara na década de 60, tornando-se mais intensa então). Ao mesmo tempo, o grande desenvolvimento técnico-científico e a grande capacidade da medicina em produzir e armazenar conhecimentos e habilidades técnicas levaram à especialização médica, gerando novas práticas profissionais e **causando uma atenção à saúde excessivamente fragmentada, especializada, mais cara, pouco acessível e com baixo impacto**. Contribuiu para isso o fato de que o mercado não remunerava bem o profissional que conclua a graduação, reservando os melhores vencimentos e um maior status profissional para os especialistas com residência. (...) Além disso, **havia a introdução de mecanismos de acumulação de capital no setor saúde. Todos esses fatores levaram a um modelo de atenção baseado na utilização progressiva de tecnologia e na especialização do médico** (BOTTI, 2009, p. 15, grifo nosso).

Assim, importa situar que o referido Decreto é instituído no contexto da recente Reforma Universitária ocorrida em 1968, a qual foi motivada pela luta do Movimento Estudantil pela expansão do acesso à Universidade, contudo foi aprovada sob a orientação do governo militar vigente no país, o qual se fundamentava numa perspectiva modernizadora e desenvolvimentista da Educação, que voltava a Universidade para as requisições do modo de produção capitalista, afastando-a cada vez mais dos(as) trabalhadores(as) e servindo amplamente às elites brasileiras, aprofundando as fissuras da desigualdade social.

É a partir desse contexto, portanto, que a formação através da Residência Médica é fortalecida e expandida no Brasil, tendo nesse modelo de curso requisições presentes na Reforma Universitária de 1968, advindas do projeto governamental militar vigente à época:

A criação de **carreiras profissionais curtas**, hoje tão reclamadas para atender às necessidades da indústria e à diversificação do mercado de trabalho, deve ter como contrapartida **a instituição de cursos de pós-graduação nas áreas tecnológicas sem as quais torna-se difícil criar o know-how, tão necessário ao nosso desenvolvimento** (BRASIL, 1983, p. 41).

Por conseguinte, a Lei nº 9.632/1981 define a Residência Médica como:

modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de **cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço**, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL, 1981, grifo nosso).

Cabe ressaltar o quanto a conceituação da Residência Médica como treinamento em serviço assinala um reducionismo da dimensão educativa dos referidos cursos, o que se configura como uma tendência do Ensino em Serviço: reduzir a treinamento. Esta concepção não está nos documentos da Residência Multiprofissional, mas está presente na cultura institucional. Ademais, são definidas também as seguintes diretrizes para os cursos de Residência Médica:

Art. 5º - Os programas dos cursos de Residência Médica respeitarão o máximo de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão.

§ 1º - O médico residente fará jus a um dia de folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos de repouso, por ano de atividade.

§ 2º - Os programas dos cursos de Residência Médica compreenderão, num mínimo de 10% (dez por cento) e num máximo de 20% (vinte por cento) de sua carga horária, atividades teórico-práticas, sob a forma de sessões atualizadas, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, de acordo com os programas pré-estabelecidos (BRASIL, 1981).

Ao analisarmos a opção de caracterizar a formação da Residência em Saúde como treinamento, articulando isso às condições de trabalho e estudo oferecidas, as quais compõem extenuantes jornadas, observamos que não se trata apenas de uma escolha de termos, mas de opções políticas por determinados projetos de formação, aligeirados e tecnicistas.

Botti (2009) assinala que a forte expansão dos cursos de Residência Médica a partir da década de 1970 foi marcada pelo surgimento de

alguns bons programas e outros que desvirtuaram a residência por apresentarem muitas distorções, que apareceram devido à não-regulamentação, não-regulação e ao próprio crescimento desordenado. Surgiram as chamadas pseudo-residências, com afastamento do projeto pedagógico inicial e a utilização do residente como prestador de serviços na instituição (BOTTI, 2009, p. 15).

A partir das análises do autor, apreendendo os cursos de formação das Residências em Saúde como mediações estatais, bem como, enquanto estratégias de respostas no campo da educação superior às requisições do desenvolvimento das forças produtivas, identificamos que há, no processo de expansão dos programas de Residência em Saúde no Brasil, algumas inflexões referentes aos elementos sinalizados acima por Botti (2009) no que se refere a um processo de precarização da gestão da força de trabalho nos serviços de saúde, mistificado pela ampliação de vagas nos cursos de formação das Residências. Assim, as análises acerca da Residência em Saúde dialogam com o tripé das políticas de educação, saúde e trabalho, mediadas pela política econômica vigente no Brasil.

Tal processo se articula com o aprofundamento do projeto neoliberal de fortalecimento do mercado, o que incorre no enfraquecimento do Estado, no desmonte das políticas sociais e na precarização do acesso aos direitos sociais, projeto este fortalecido sobretudo a partir da década de 1990 no Brasil.

Essa interferência da lógica mercantil se reflete no empresariamento da Universidade Pública, o qual ocorre não apenas pela via das parcerias público-privadas, mas também pela condução da gestão dos processos, os quais estão cada vez mais gerenciais e produtivistas, respondendo também às tendências das ações governamentais no âmbito da Educação. A exemplo disso, é possível observar que, a partir da década de 1990, acompanhamos ações no âmbito da educação que, entre avanços e retrocessos, expressam o contraditório cenário que abrigava o projeto neoliberal que se instituiu expressivamente no Brasil, ao mesmo tempo que lidava com o recente processo de redemocratização brasileira, findados os anos de chumbo da Ditadura Militar (1964-1985). Para Saviani (2010, p. 11):

No Brasil, apesar da tendência à privatização que se esboçou no final do império e ao longo da Primeira República, até a Constituição de 1988 prevaleceu o modelo napoleônico caracterizado pela forte presença do Estado na organização e regulação do ensino superior, em especial no caso das universidades. A partir da década de 1980 começou a se manifestar uma tendência a alterar esse modelo, operando-se um deslocamento no padrão de ensino superior no Brasil (SAVIANI, 2010, p. 11).

Em decorrência desse deslocamento no padrão do ensino superior apontado por Saviani (2010), o qual diz respeito às divisões que começaram a operar sobre as universidades – dividindo-as entre Universidades de Pesquisa e Universidades de Ensino –, a primeira década dos anos 2000 foi marcada pela expansão do ensino superior no Brasil, no âmbito público e privado.

Aqui, destacamos as iniciativas do governo Fernando Henrique Cardoso – marcadamente neoliberal – que estagnaram a expansão das universidades públicas e fomentaram o desenvolvimento dos centros universitários no setor privado, com a criação do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) por meio da Lei nº 10.260/2001, sendo “destinado à concessão de financiamento a estudantes de cursos superiores não gratuitos e com avaliação positiva nos processos conduzidos pelo Ministério, de acordo com regulamentação própria” (BRASIL, 2001).

O teor do reordenamento do ensino superior para expansão do setor privado também se mantém presente nos governos subsequentes – Luís Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff (2003-2016) –, apesar de nesses governos ser implementada também a importante expansão do ensino superior público. Nesse período, o Financiamento do ensino superior privado foi mantido com o FIES, tendo como diferencial a criação do Fundo Nacional do Desenvolvimento da Educação (FNDE)²⁶. Esse processo, apesar de controverso por estimular o crescimento da iniciativa privada e negar o direito à educação pública e de qualidade para todos(as), permitiu o acesso de muitos(as) estudantes da classe trabalhadora ao ensino superior.

Tal situação foi alterada no contexto do governo de Michel Temer (2016-2018)²⁷, com um programa de governo abertamente neoliberal e de retração estatal, o qual altera a lei que institui o FIES por meio da Lei nº 13.530/2017, revogando as disposições legais anteriores, “mas mantém seu caráter incentivador de crédito a instituições privadas ao abrir as oportunidades para agentes operadores de quaisquer instituições financeiras autorizadas pelo Banco Central do Brasil” (MARQUES, 2018, p. 665).

²⁶ De acordo com Marques (2018, p. 665), o FNDE “passou a ser o agente operador, também tratou da ampliação dos bancos financiadores como Caixa Econômica Federal e Banco do Brasil. Tais medidas estimularam as oportunidades de vagas a base dos financiamentos, o que provocou um aumento em matrículas e instituições de ensino superior privadas em todo país, já em crescimento desde o governo anterior.”

²⁷ Que assume o poder após o golpe jurídico, misógino e midiático de 2016 que levou ao *impeachment* da então presidenta Dilma Rousseff.

No que se refere ainda às medidas adotadas nos governos Luís Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, apesar do fomento à iniciativa privada no âmbito do ensino superior com a criação do Programa Universidade para Todos – PROUNI²⁸, nota-se um forte incentivo para expansão da Rede Federal de Educação²⁹, com importante ênfase no desenvolvimento das Universidades Públicas, Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, das Universidades Tecnológicas, Escolas Técnicas, Centros Federais de Educação Tecnológica, entre outros. Tal expansão foi ancorada no Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI, instituído pelo Decreto nº 6.096/2007, que objetivava “criar condições para a ampliação do acesso e permanência na educação superior, no nível de graduação, pelo melhor aproveitamento da estrutura física e de recursos humanos existentes nas universidades federais” (BRASIL, 2007).

Ademais, desde a criação do SUS na Constituição Federal de 1988, como produto das lutas coletivas do Movimento da Reforma Sanitária consagradas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, está preconizado no Art. 200 da referida Constituinte o ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde como uma das competências do SUS. Todavia, é apenas no final da década de 1990 e início dos anos 2000 que constatamos um maior alinhamento das políticas de educação e saúde como estratégia de formação dos trabalhadores do referido Sistema.

Desse modo, é em 2005, com a Lei nº 11.129, que são instituídas as Residências em Área Profissional da Saúde³⁰ como resultado da articulação de diferentes grupos, os quais pleiteavam a criação de programas de Residência Multiprofissional incentivados pela SGTES (BRASIL, 2006).

Conforme legislação, os programas de Residência Multiprofissional em saúde podem ser definidos “como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica”, pressupondo o processo de ensino-aprendizagem diretamente

²⁸ O Programa Universidade para Todos – PROUNI foi instituído por meio da Lei nº 11.096/2005, e é “destinado à concessão de bolsas de estudo integrais e bolsas de estudo parciais de 50% (cinquenta por cento) ou de 25% (vinte e cinco por cento) para estudantes de cursos de graduação e sequenciais de formação específica, em instituições privadas de ensino superior, com ou sem fins lucrativos.” (BRASIL, 2005b).

²⁹ Ver mais detalhes no Plano de Expansão da Rede Federal de Educação Profissional (2005): <http://portal.mec.gov.br/setec-programas-e-acoos/expansao-da-rede-federal>.

³⁰ Com base na legislação vigente, no decorrer do presente texto, são entendidas como similares as expressões “Residência Multiprofissional em Saúde” e “Residência em Área Profissional da Saúde”.

articulados às atividades práticas de trabalho e se destina a “favorecer a inserção qualificada dos **jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho**, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2005a, grifos nossos).

Esse documento caracteriza-se como um marco não somente legal, mas histórico, por incluir nesta referida modalidade de pós-graduação, outras profissões também atuantes na área da saúde³¹, até então não inclusas nos programas de residência, os quais eram restritos à medicina.

Assim, a normatização das Residências Multiprofissionais, por meio do texto legal de 2005, marca o reconhecimento desses cursos que já vinham sendo implementados no país nos anos anteriores, como em 2002 - de forma não regulamentada e só após 2005 tornou-se uma política de Estado –, quando “foram criadas 19 residências multiprofissionais em saúde da família, com financiamento do Ministério da Saúde, com formatos diversificados, mas dentro da perspectiva de trabalhar integradamente com todas as profissões da saúde” (BRASIL, 2006, p. 6).

Os Programas de Residência Multiprofissional são fomentados nesse período como parte de um processo de massificação do ensino superior e expansão do ensino técnico³², bem como parte de um conjunto de estratégias estatais que estavam sendo gestadas e regulamentadas à época, conforme se observa no texto legal: “institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências” (BRASIL, 2005a). Trata-se, portanto, de uma legislação que abriga diversos outros pontos, definindo questões do âmbito geral de cada uma dessas iniciativas propostas.

Ademais, as estratégias de criação e expansão desses cursos estavam ancoradas nas medidas de valorização dos(as) trabalhadores(as) do SUS, que vinham sendo fomentadas no Governo de Luís Inácio Lula da Silva em consonância com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) por meio da criação SGTES, que “propõe a criação da Comissão de Residências em Saúde, no âmbito

³¹ Foram incluídos nos programas de residência multiprofissional os seguintes segmentos: enfermagem, farmácia, biomedicina, psicologia, educação física, serviço social, ciências biológicas, fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia, nutrição, medicina veterinária e terapia ocupacional, o que significou claramente uma ampliação do acesso à pós-graduação no Brasil e um avanço na perspectiva dos processos de trabalho multiprofissionais em saúde.

³² Algumas proposições sobre a expansão do ensino técnico se encontram no texto ‘A revolução republicana na Educação: ensino de qualidade para todos’, de Cristovam Buarque (2011), o qual defendia a criação de um programa de Educação Pós-Básica, com vistas a expandir o ensino técnico.

do Ministério da Saúde, que abrigaria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRM), a ser também criada” (BRASIL, 2006, p. 7).

A Residência em Saúde organiza-se nas modalidades Multiprofissional e Uniprofissional (específica para determinadas profissões), e foi a partir de 2009 o início da expressiva expansão dos programas de Residência em Saúde, em virtude do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). O Programa fomentava, em seu Art. 2º:

II - desenvolver programas de pós-graduação **stricto sensu e lato sensu**, voltados à formação de docentes e pesquisadores em saúde familiarizados com a ótica dos serviços de atenção especializada ofertados e a gestão em saúde;

III - definir a oferta anual de vagas dos programas de residência médica, de modo a favorecer a formação de médicos especialistas nas áreas prioritárias para o SUS, segundo indicadores estabelecidos pelos Ministérios da Educação e da Saúde;

IV - **implementar a residência multiprofissional nas áreas estratégicas para o SUS**, estimulando o trabalho em equipe multiprofissional e contribuindo para a qualificação dos recursos humanos especializados, de forma a garantir assistência integral à saúde (BRASIL, 2010, grifo nosso).

Apesar dos seus objetivos de expansão dos programas de Pós-graduação, como já explicitado anteriormente, é importante reconhecer que, de forma contraditória, o REHUF abre também as possibilidades de privatização e empresariamento do Hospitais Universitários com a criação posterior da EBSEH em 2011.

Com a ampliação dos programas de Residência em Saúde no Brasil, muito tem sido debatido acerca das condições de trabalho dos profissionais residentes. Todavia, intimamente ligada ao trabalho nos programas de residência em saúde, está a dimensão da formação acadêmica dos profissionais, a qual vem sendo secundarizada em decorrência da centralidade que o trabalho assume nos serviços de saúde em que se inserem os(as) residentes, tendo em vista a ausência de trabalhadores(as) efetivos(as) para o trabalho em saúde. Sobre essa discussão, Silva (*et. al.*, 2016) apontam:

Considera-se a RMS como um espaço para o desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), o qual pode se constituir como um dispositivo potencial para promover as mudanças pretendidas pelos profissionais de saúde a fim de consolidar os princípios do SUS. Posto isso, justifica-se estudar o espaço formativo das residências multiprofissionais, porque além de serem importantes no contexto da formação em saúde, tem, nitidamente, crescido em pesquisas realizadas nos programas de pós-graduação stricto sensu no Brasil (SILVA *et.al.*, 2016, p. 2).

Ceccim e Feuerwerker (2004) analisam a problemática da formação em saúde, propondo-a em um quadrilátero que articule *ensino – serviço – gestão – controle social*, de modo que cada uma desses campos traga novas metodologias para a formação e o serviço em saúde, numa perspectiva transformadora da realidade que hoje se apresenta neste campo. Partindo dessa análise, é possível inferir que os programas de Residência Multiprofissional em Saúde buscam atuar na referida perspectiva quando se organizam sob a forma de Ensino em Serviço.

Como já observamos, os programas de Residência em Saúde se tratam também de uma mediação do Estado no âmbito da formação de trabalhadores(as) para o SUS que, ao trabalharem na modalidade de Ensino em Serviço, ensejam também formar um tipo determinado de trabalhador, cujo perfil se consolida de formas complexas, pois forma-se um(a) trabalhador(a) dentro de uma perspectiva multiprofissional, com o objetivo de diálogo entre as diversas profissões, para uma produção coletiva do trabalho em saúde, o que demonstra um avanço no âmbito do enfrentamento aos modelos de atenção à saúde curativistas e centrados na figura do médico.

Nota-se que o discurso institucional que sustenta a orientação dos programas para o Ensino em Serviço aspira uma formação pela prática, de modo que a construção do conhecimento se dê pela via do trabalho (empirista e pragmático).

Contudo, a perspectiva do Ensino em Serviço, no âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde, perpassa muitos caminhos tortuosos para alcançar esses resultados: a situação da carga-horária, dividida de forma discrepante entre formação teórica e prática; a desproteção dos estudantes-trabalhadores(as) no que diz respeito à ausência de uma instância regulatória nacional, entre outros.

No processo de pesquisa, identificamos a partir das entrevistas com residentes egressos(as), tutores(as) e preceptores(as), que as questões referentes à distribuição da carga-horária são grandes gargalos dos Programas de Residência Multiprofissional e ganham centralidade no âmbito dos desafios a serem enfrentados no que se refere à melhoria dos programas. Não obstante, as questões que dialogavam diretamente sobre as cargas-horárias prática e teórico-prática, obtiveram relatos extensos, permeado de diferentes emoções, sobretudo por parte dos(as) residentes egressos, sob quem mais recai o peso dessa questão.

Os(as) residentes egressos(as) participantes da pesquisa descrevem suas experiências neste quesito, da seguinte forma:

*Na minha época, que eu acho que deve ser a mesma ainda, que era 80% prática e 20% de ensino. **Era uma luta já naquela época e um questionamento muito grande que a gente tinha.** Tendo em vista que é 60 horas, então ficaria muito pesado você ter 80% de 60 horas só para prática e como a gente tinha que desenvolver o TCC os 20% misturado com aula e misturado com tempo disponível para fazer o trabalho de conclusão de curso, a pesquisa e organizar tudo era mínimo. (...) com uma carga horária de 60 horas, isso não tinha como desempenhar um TCC de qualidade, vamos dizer, com apenas 20% dividido entre sala de aula e elaboração de um trabalho de conclusão de curso, pesquisa, análise e tudo mais. Então, eu acho, pra deixar claro, que a carga horária de ensino devia ser expandida (PU, 2021).*

*Durante o meu processo de residente eu acabei ocupando alguns espaços deliberativos tanto a nível nacional como nível local regional, e isso é uma pauta que sempre vem à tona em relação a carga horária e **nessa vivência eu aprendi que nunca foi discutido a carga horária das residências, isso foi discutido no sentido de criar um projeto para essas cargas-horárias, foi como um copiou e colou das residências médicas, e aí eu me lembro que a gente dizia também ‘é uma inspiração em formações exteriores, de práticas exteriores’ era essa discussão que a gente fazia (PJ, 2021. Grifos nossos).***

Ao observarmos pelos relatos que a pauta referente a uma equalização entre a carga-horária prática e teórico-prática é histórica na agenda de lutas dos(as) residentes, tanto a nível nacional por meio do Fórum Nacional de Residentes – Multiprofissional – em Saúde, quanto em nível local, por meio de diálogos estabelecidos com as coordenações dos cursos e, mais recentemente, com a organização do Coletivo Potiguar de Residências em Saúde (2018). Importante destacar que, a nível nacional, os(as) residentes não são sujeitos passivos nesse processo e historicamente buscaram formas de se mobilizar e organizar.

Contudo, a luta torna-se mais complexa com a desarticulação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), a qual passa por dificuldades de manutenção dos seus trabalhos, dados os períodos de inatividade, a exemplo do período de 1 ano entre 2016 e 2017, de modo que, desde então, a referida comissão ainda enfrenta adversidades para retomada de seu pleno funcionamento, o que tem interferido na condução de processos de trancamento, denúncias, transferências, entre outros que não têm seguimento.

Ademais, outro ponto relevante nos relatos se refere à distribuição da carga-horária. De acordo com a legislação vigente dos programas de Residência Multiprofissional, em nível nacional, fica definida a carga-horária de 5.760 horas de curso, as quais são distribuídas de forma desproporcional, sendo 1.152h para os componentes curriculares teóricos e 4.608h para atividades práticas nos serviços de saúde, com duração de 2 anos. O curso prevê dedicação exclusiva.

A carga-horária teórica é distribuída em 3 eixos: no **eixo 1**, são ofertadas disciplinas transversais a todos os programas; no **eixo 2** as disciplinas variam de acordo com cada programa; e, no **eixo 3**, são oferecidos os componentes curriculares específicos por cada profissão. Ao final do curso, o(a) profissional residente deve escrever um Trabalho de Conclusão de Curso em formato de artigo científico.

Acerca deste ponto, as falas dos(as) residentes egressos(as) se desdobraram em alguns aspectos importantes que dialogam direta e intimamente entre si, mas que serão por ora pontuados separadamente apenas para fins de exposição:

- a) Jornadas de trabalho extensas/exaustivas nos serviços de saúde e adoecimento dos(as) residentes:

Nas falas dos(as) residentes(as), identificamos que as respostas foram frequentes em relacionar a distribuição da carga-horária prática e teórico-prática a processos de exaustão, adoecimento e sobrecarga no hospital, conforme se observa:

*embora tivesse dificuldades divergências em questão do alinhamento profissional pelo próprio formato de "multiprofissionalidade" que a residência hospitalar oferece para a gente no âmbito da formação, mas a gente dialogava muito criticamente sobre essa questão do que era cobrado de um residente e a gente costumava dizer que era escravidência, a residência era uma escravidência, porque assim 60 horas semanais de trabalho com 80% de prática e 20% teórica, teórico-prática era, como você pensa de fora, você pensa: **é humanamente impossível, até porque as atividades teórica e teórica e prática exigem muita energia intelectual para a produção acadêmica, então assim o que a gente percebia era um esgotamento mesmo, um esgotamento.** Olha, hoje para você ter uma ideia, (...) eu fazendo uma análise para minha realidade atual de trabalho e a minha vivência enquanto residente eu vejo, **apesar de hoje estar acumulando uma carga horária de trabalho maior, eu não sinto esgotamento, o esgotamento físico e mental que eu sentia na época da residência com às 60 horas porquê, de fato, não que hoje a prática da gente não exija essa relação teoria-prática isso aí, entre isso com nosso exercício profissional, mas quando você tá no âmbito de uma formação em residência, o serviço exige muito de você (PC, 2021. Grifos nossos).***

*(...) a gente sabe o que está posto é 48 horas de carga horária prática e 12 horas de carga horária teórica na semana para completar 60 horas, **por vezes eu já cheguei a dar muito mais do que 48 horas de carga horária prática e muito menos de teoria.** Outra coisa que me inquietava muito era a **questão do adoecimento porque como eu disse, essa carga horária, essa sobrecarga ela gera uma adoecimento nesse residente e ele não tinha essa possibilidade de se quer adoecer, porque até mesmo para adoecer existe um afastamento e com isso não nos era dada a possibilidade do afastamento e de justificar essa carga horária pelo adoecimento, então o atestado médico ele justificava nossa ausência mas não abonava nossas horas então a gente tinha cumprir, pagar as nossas horas que foram perdidos naquela semana e isso não é justo, isso não é justo com o residente, isso é desumano, isso é cruel, e por vezes me peguei extremamente angustiada (PX, 2021).***

Em relação a carga horária prática, considero excessiva, afinal são 12 horas, embora essas 12 horas contém também a parte teórica, mas é uma carga

horária vamos dizer assim, desumana, você dá conta praticamente de domingo a domingo, sem, com uma hora de intervalo, muitas vezes você nem tira essa uma hora de intervalo, porque não tem o lugar de descanso adequado para você realmente realizar o repouso e é uma carga horária intensa porque são 12 horas de atividades sem, praticamente sem pausa, então eu vejo é sim excessiva a carga horária prática é excessiva. (PL, 2021).

Nas falas dos(as) residentes egressos, o processo de formação no âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde no HUOL foi marcado, além de outros fatores, por um desgaste permanente relacionado às atividades práticas, no âmbito da saúde e da qualidade do trabalho e permanência no curso. Destacamos ainda o elemento pontuado na fala do(a) egresso(a) PL sobre a sensação de executar um **trabalho ininterrupto** nas atividades práticas, o que não se refere diretamente a não tirar 1h de almoço por dia, por exemplo, mas ao conjunto da obra: por não ter um espaço realmente adequado para o seu descanso³³ (o que é requisito para implementação dos programas), a sensação é a de que não há repouso no intervalo da prática. Nesse sentido, é trazida a seguinte análise:

isso sempre me inquietou bastante, que é essa lógica, é a sobreposição da prática em entendimento na teoria, você ver uma carga horária extremamente significativa na prática, enquanto você ver que os eixos teóricos eles ficam meio que secundarizados nesse processo, e aí eu faço até uma análise, que isso não é por acaso, eu acho que é um dos grandes desafios a gente precisa ver, analisar com olhar mais crítico porque essa sobreposição da carga horária prática está muito associada ainda a perspectiva do residente como mão de obra, esse residente que vai se inserir nesses espaços para suprir uma ausência, seja profissional de recursos humanos, profissionais que estão afastados ou quantitativos ou recursos humanos insuficientes (PX, 2021).

Estes dados se revelam como parte do contexto de adoecimento dos(as) profissionais inseridos nas Residências em Saúde, o qual encontra-se atualmente premente ao nível nacional.

Os estudos de Cavalcanti *et al.* (2018) acerca da ocorrência de casos de Síndrome de Burnout e Depressão em residentes de um programa multiprofissional em Oncologia identificaram que fatores como “a escassa experiência profissional prévia, a extensa carga-horária do programa e o duplo papel de estudante-trabalhador podem levar o residente ao adoecimento” (CAVALCANTI, et. al., 2018, p. 189). Nesse caminho, outros estudos, como Coêlho *et al.* (2018), Silva e Moreira (2019) e Vieira *et al.* (2019), apontam para resultados semelhantes, quando assinalam:

³³ Cabe salientar que o Hospital Universitário Onofre Lopes – HUOL, conta com 2 ambientes de repouso (masculino e feminino). Contudo, são destinados a todos(as) os(as) profissionais do Hospital, não dando conta, por vezes, das necessidades dos(as) residentes.

Os resultados deste estudo mostram uma percepção de insatisfação com a saúde pelos residentes e de uma percepção ruim quanto à qualidade de vida, com escores bastante preocupantes quanto à segurança, lazer, transporte, satisfação com a capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia e concentração. Alerta-se para a necessidade de monitorar e desenvolver ações preventivas quanto às facetas: sono e repouso; autoestima; satisfação com a aparência física; relacionamento interpessoal; ambiente físico; acesso às informações das quais necessita no dia a dia (VIEIRA, et. al., 2019, p. 381).

Destacamos ainda que esse processo é também sentido pelas tutoras e preceptoras que contribuíram com a pesquisa. De modo geral, foi possível observar que foram trazidos relatos de preocupação com a distribuição dessa carga-horária para o(a) residente, bem como, propostas de redistribuição desse quantitativo:

60 horas semanais é extenuante para o residente, eu acho que essa carga horária poderia ser diminuída, ser menos carga-horária e possibilitar que o residente tivesse mais possibilidade, mais tempo para se dedicar, para estudar, com essa carga horária de 12 horas diária você fica ali no hospital de 12 horas diária quando você chegar em casa você está no processo de cansaço muito, muito alto (PE, 2021).

[...] Então eu acho que para o Ensino em Serviço mais adequado, eu acho que a gente deveria, a gente poderia e deveria ter 50% de cada, 50% de carga horária teórica e 50% de carga horária prática. (...) então não acho que se justifica, ah eu preciso ter um percentual maior 80% para isso. (...) eu não concordo com essa carga horária eu acho muito pesada (PA, 2021).

Eu entendo que é uma imersão como sempre é colocada essa importância, porém a gente precisa pensar na qualidade de vida, até para que seja uma experiência em que você possa extrair o máximo de acúmulo que ela pode trazer enquanto experiência e não ser vencido pelo cansaço (PQ, 2021).

De acordo com Dal Rosso (2008, p. 22-23),

Esse trabalhar mais densamente, ou simplesmente trabalhar mais, sem quaisquer adjetivos ou advérbios, supõe um esforço maior, um empenho mais firme, um engajamento superior, um gasto maior de energias pessoais para dar conta de *plus*, em termos de carga adicional ou de tarefa mais complexa. Resultarão desse envolvimento superior do grupo com o trabalho um desgaste também maior, uma fadiga mais acentuada e correspondentes efeitos pessoais nos campos fisiológico, mental, emocional e relacional (DAL ROSSO, 2008, p. 22-23).

Nesse sentido, observamos que ainda há muito o que caminhar no sentido de qualificar a permanência dos profissionais em formação nos Programas de Residência em Saúde. Na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFRN, foi implementado em 2018 pela COREMU e a partir da demanda dos(as) residentes, o “Cuidando de quem

cuida”, como estratégia de cuidado no que se refere à saúde mental. Trata-se de um grupo que reunia residentes com mediação de um(a) profissional psicólogo(a) do Serviço de Psicologia Aplicada (SEPA/UFRN), a fim de proporcionar experiências de trocas, partilhas e cuidado com os(as) residentes. Os encontros eram quinzenais, duravam em média 4h e eram contados dentro da carga-horária prática.

Apesar de ser considerado uma estratégia de avanço, essas medidas precisam estar articuladas a um conjunto de outros mecanismos, sobretudo no que se refere à garantia dos direitos dos(as) residentes, requalificação da distribuição da carga-horária, entre outros, para que a questão do adoecimento mental dos(as) residentes seja, de fato, enfrentada da forma que precisa.

Acessar espaços de formação no âmbito da Pós-graduação ainda é, para grande parte dos(as) brasileiros(as), uma conquista pessoal e coletiva, apesar de uma “popularização” dos cursos *latu sensu* por meio da expansão do setor privado³⁴. Assim, uma das principais defesas que encampamos nesse estudo é a de que a Pós-graduação não deve ser um espaço de adoecimento e dor. Sobretudo nos modelos que integram Ensino em Serviço, esse cuidado precisa ser redobrado e tomado como força motriz das lutas do conjunto de residentes. Entendemos, desse modo, que o processo de formação não precisa exaurir as condições de saúde e trabalho para que construa relações de aprendizagem.

Assim, é possível assinalar também que uma marca do processo de formação nas Residências, enquanto cursos de formação pelo trabalho, é a intensificação do trabalho: “chamamos de intensificação os processos de quaisquer naturezas que resultam em um maior dispêndio das capacidades físicas, cognitivas e emotivas do trabalhador com o objetivo de elevar quantitativamente ou melhorar qualitativamente os resultados” (DAL ROSSO, 2008, p. 23). Esta tem sido a tônica dos processos de trabalho na atualidade, sobretudo no âmbito dos serviços, como afirma o autor.

Apesar dos debates que colocam em questão se o que é feito nas Residências pode se considerar trabalho, dada a natureza do vínculo estabelecido entre os(as) Residentes e as instituições, consideramos no nosso estudo que de fato o(a) residente não pode ser equiparado a um(a) empregado(a) ou servidor(a) público(a) dos serviços de saúde. Contudo, no campo das suas atividades práticas, o(a) profissional realiza trabalho. A partir dessa compreensão, pode-se falar em intensificação do trabalho nos Programas de

³⁴ Ver mais em: Cursos de Especialização Lato Sensu no Brasil – SEMESP (2019). Disponível em: <https://www.semesp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Especializa%C3%A7%C3%A3o-de-N%C3%ADvel-Superior.pdf>

Residência, considerando o dispêndio de energia física, mental e emocional dos(as) residentes neste processo.

b) Dificuldades na vivência dos Eixos Teóricos:

No que se refere à distribuição da carga-horária, muito se discorreu acerca das atividades práticas. Contudo, foram pontuadas questões essenciais no que se refere às dificuldades de acompanhamento dos eixos teóricos e a carga-horária destinada para isso:

A minha opinião é que é muito pesada a carga horária prática, então a gente acaba não podendo se dedicar a carga de ensino, porque a carga prática é muito grande então isso atrapalha muito. É importante, claro, a carga horária prática, porque a gente é ensino em serviço, mas ainda é desigual, então (...) eu acho que deveria equivaler essa carga horária para que a gente pudesse se dedicar mais à parte teórica do curso, que é uma pós-graduação, então a gente espera que a gente possa estudar e tenha tempo para isso, então é bem complicado, não curto muito não, não curti muito essa carga prática não (PY, 2021. Grifos nossos).

quando a gente vai mensurar, a gente entende que há uma discrepância muito grande e quando a gente vê que dificilmente eles conseguem querer aceitar que a gente possa participar de atividades, seja atividades de extensão, de pesquisa da própria universidade que é o nosso projeto político pedagógico, consta que a residência tem que envolver ensino-pesquisa-extensão e pelo menos a realidade de onde foi minha residência no HUOL eles não permitem, e quando a gente vem com os instrumentos que regem a própria residência, o regimento interno, que diz assim: “olha o regimento diz isso, o nosso projeto pedagógico diz isso”, então a gente consegue confrontar, e a gente têm que entender que a residência ela pode ser para além da carga horária prática ela pode envolver muito ensino na parte teórica que é fundamental. Não adianta você sair com título de especialista sem vivenciar de fato porque você está no só na prática você vai ser absorvido pelas demandas que o serviço (PW, 2021. Grifos nossos).

A gente tem a dimensão da pesquisa, fazemos uma pesquisa no tempo da residência mas não temos as condições objetivas necessárias para fazer uma pesquisa nos moldes éticos, políticos, técnicos que a nossa profissão e eu acredito que toda profissão exige os moldes científicos necessários, então a gente faz com muitos percalços, com muitas limitações um trabalho de conclusão de residência, um TCR, por que o formato da residência não nos permite a construção de um processo criativo para desenvolvimento de uma pesquisa e além de, assim, a gente tem muitas pesquisas de qualidade na residência principalmente na área do serviço social. E aí eu costumo até colocar que a salvação da lavoura, da nossa formação na residência é de fato o eixo 3 né, o eixo 3 da conta sem sombra de dúvidas de nos trazer para a relação entre teoria prática, para os objetivos da residência de uma formação voltada para os princípios do SUS (PC, 2021).

A partir dos relatos, é possível apreender que as dificuldades apontadas referentes à vivência nos eixos teóricos, está para além da disponibilidade de carga-horária destinada para tal. Observamos que há, no conjunto das falas, uma percepção cristalina da necessidade de redistribuição e requalificação da carga-horária da

Residência, de forma a priorizar, de modo equivalente, a dimensão da formação teórico-acadêmica.

Importa ressaltar que, no formato atual, os cursos não favorecem a construção a dimensão investigativa no âmbito da produção acadêmica de estudos e pesquisas, prevista no Regimento Geral dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da UFRN: “Art. 42. Todos os residentes obrigatoriamente deverão elaborar monografia no formato de artigo, sob orientação do núcleo docente-assistencial” (UFRN, 2011, p. 10).

Observando de modo matemático-relacional, questionamos: de que forma o(a) residente pode produzir pesquisas de qualidade, quando precisa dividir as 1.152h de atividades teórico-práticas no curto espaço de 2 anos, entre as requisições das disciplinas, produção acadêmico-científica e construção de monografia – com a qualidade suficiente que atenda critérios de periódicos acadêmicos, cuja submissão é obrigatória para aquisição do certificado de conclusão de curso conforme Regimento Geral –, em paralelo às 4.608h de atividade práticas exigidas? Como fazer isso de modo qualitativo? Parafraseando um(a) dos(as) residentes egressos(as) participantes da pesquisa, parece “humanamente impossível”.

Mas quando expomos aqui esses elementos, não anulamos as possibilidades de que se construam boas pesquisas, artigos e produções acadêmicas no âmbito da residência, até porque temos observado que, apesar de todas as condicionalidades, os(as) residentes têm viabilizado formas de construir boas produções científicas. Contudo, nos atemos à qualidade do processo – aligeirado, amplamente voltado para a prática profissional em serviço – na qual o profissional residente é submetido a realizar tais atividades.

A repercussão desse processo no âmbito da formação profissional dos(as) residentes pôde ser percebida também nos espaços de sala de aula, pelos(as) profissionais docentes, conforme relato que, apesar de extenso, traduz com precisão a análise dessa experiência:

*Bom, dentro da experiência que eu tenho vivenciado enquanto docente do início até hoje, nós sempre vimos como algo precisa ser melhor debatido dialogado, porque o quê que nós vemos: **profissionais cansados, meio em que dado momento até nos parecem desestimulados, mas não por não dar importância aquela atividade que eles estão realizando no programa de residência, mas sim aquele contexto de como está organizado, como foi planejado. Então eu acho que até hoje é uma das questões que envolve o programa de residência que precisa ser revisto. Então logo no início, só pra você ver uma coisa que nós observamos lá no início, as turmas eram menores aí foram ampliando-se as vagas para que nós temos hoje, mas antes era 6 - 4***

eram muito poucos estudantes, mas desde lá já existia essa questão de uma carga horária prática exacerbada e não haver um modo mais organizado de modo que os residentes pudessem e possam que até hoje eu vejo isso realmente ter um momento de disponibilização para estudar, para participar de modo mais efetivo daqueles eixos teóricos, (...) e eu tô falando isso com base no diálogo com os próprios residentes, é algo que eles expõe para nós (PO, 2021, grifo nosso).

A percepção docente complexifica ainda mais a questão, de modo que a exacerbação da carga-horária prática e a conseqüente secundarização das atividades teórico-práticas repercute não só no esgotamento dos(as) residentes, mas também na qualidade do acompanhamento das atividades e na produção acadêmico-científica exigida pelos programas, de modo que incide ainda na prática pedagógica dos(as) professores que ministram as disciplinas. Ainda de acordo com o(a) docente,

*Havia obrigatoriedade de construir pesquisa, de construir TCR e não ter um momento já planejado para as orientações. Aí aquilo foi se construindo dali e aí posteriormente que começaram a dialogar e as coisas começaram a ficar melhor nesse sentido, que a meu ver, isso já devia já tá dentro daquela estrutura desde o início e são coisas assim que nós perguntamos por que que de lá para cá ainda não se avançou. Porque isso tem a ver com a qualidade do processo formativo diretamente, porque se envolve prática, se envolve teoria, se envolve a inter-relação entre essas duas dimensões o legal seria o quê, o correto, se pensar em algo qualitativo, é que aquilo esteja estruturado para que tenha uma carga horária equilibrada no sentido que essa formação ou essa continuidade dessa formação agora no outro patamar ela se dê forma realmente qualitativa com pessoas que estão realmente ali estimuladas, porque isso instiga, isso incentiva essa estrutura equilibrada vamos chamar assim. **E isso repercute em quem está dando aula, por que você vê, eu tive turmas diferentes de lá para cá, nenhuma turma é igual em nenhum nível, mas mesmo nessa diversidade das turmas, em termos de participação, interação, enfim, essa questão do cansaço sempre estará presente e aí você tem que dar atenção, por que é impossível não observar isso, você tem que dar atenção e de modo a tentar mudar uma coisa ou outra para desenvolver a proposta daquele conteúdo e também estimular essa participação, esse diálogo, porque se não num tá valendo** (PO, 2021, grifo nosso).*

Além desses pontos, foi mencionado ainda que as problemáticas que envolvem os eixos teóricos da Residência se particularizam quando se referem à formação dos(as) assistentes sociais inseridos nos programas, mediante a obrigatoriedade de cursar disciplinas que não se relacionam direta ou indiretamente à prática profissional do Serviço Social. Contudo, tal discussão será desenvolvida no próximo capítulo.

Ademais, foram identificadas ainda questões que se referem à ambivalência na apreensão sobre quem é o(a) residente no serviço de saúde, bem como a relação direta da precarização do processo de formação nas residências com a implementação da EBSERH.

No que se refere à imprecisão sobre o(a) residente, entendemos como uma ponderação importante identificada nas falas dos(as) residentes egressos(as) e nos relatos das tutoras/preceptoras, visto que ela se desenvolve no âmbito das contradições inerentes ao próprio Programa de Residência, sob a concepção de Ensino em Serviço. Nesse sentido, identificamos que as percepções acerca dessa ambivalência, no que se referem ao(a) residente, são apreendidas de modo diferente entre tutores(as) e residentes. De acordo com o relato de uma das tutoras participantes da pesquisa:

a gente não tem que perder de vista que tem um colega ali, é um colega de profissão, ele passou por uma graduação, ele está aqui com a motivação de uma especialização, e o formato da especialização é residência (...) ele tá aqui no espaço prático, mas ele tá aprendendo, não me entenda mal, não estou dizendo que prática é uma coisa e teoria é outra, mas ele tá tendo a oportunidade de aprender algo, ele ao mesmo tempo, ele tem duas personalidades ali dentro, ele tem a personalidade graduado profissional, registrado com CRESS, então é um colega nosso, e a outra personalidade é estudante, porque é um residente né? Porque é a fase residente dele, mas eles coabitam numa mesma pessoa, que ele está aqui na prática para entender como são os processos, para aprender como trabalhar nessas áreas (PS, 2021).

De modo geral, entendemos que o discurso da profissional identifica essa relação contraditória, que é estrutural, histórica e a depender da situação, é instrumentalizada, mas no relato acima, aparece numa perspectiva de apreender sob quais aspectos, limites e possibilidades sua supervisão deverá incidir no âmbito da formação daqueles sujeitos. Para Rodrigues (2016, p. 80):

Pela natureza das Residências Multiprofissionais em Área de Saúde – formação em serviços – há uma inserção diferenciada e dúbia dos residentes nos serviços. Não são estudantes, mas estão em processo de formação e devem estar amparados pelas instituições formadoras em todo o percurso formativo, com destaque para a mediação ensino–serviços, a perspectiva teórica e ético-política presente nos projetos político-pedagógicos dos Programas, a necessária supervisão e articulação das atividades e, fundamentalmente, os vínculos com os preceptores, sujeitos dos serviços que acompanham o cotidiano dos residentes. Não são trabalhadores dos espaços sócio-ocupacionais onde os Programas se realizam, mas estão aptos ao exercício da profissão naquele espaço.

Desse modo, observamos que no atual contexto, há uma instrumentalização dessa relação de caracterização dúbia do(a) residente enquanto estudante e/ou profissional, a qual por vezes é frágil, e, de modo geral nos programas de Residência, tal ambivalência tem sido funcional à perspectiva de uma lógica tecnicista, produtivista e segmentária de

Ensino em Serviço. Tal apreensão pôde ser estabelecida a partir do relato de um(a) dos(as) egressos(as) que contribuíram com o estudo:

o residente hora é visto como um estudante quando é conveniente e hora é visto como trabalhador, quando é conveniente. Embora ele não tenha vínculo institucional com espaço que ele está atuando, ele precisa de uma preceptoria permanente, mas infelizmente não temos isso, é uma realidade que a gente não pode deixar de falar que se aprofundou com essa transição com relação à EBSEH (PC, 2021).

A figura do(a) residente no cotidiano dos serviços é vista, portanto, em um não-lugar. Não é uma coisa, nem outra. Nem isso, nem aquilo. E qual a finalidade de tal indefinição? Nos próprios relatos dos(as) profissionais egressos que abordaram tal questão, assim como nos documentos analisados e mediante vivência da autora, esse ‘não-lugar’ demarca lugares e relações específicas de contradição e vulnerabilidade da condição de inserção destes profissionais nos serviços, os quais são acionados em seus diferentes papéis, mediante necessidade. Contudo, trata-se de um limbo funcional: não é vantajoso para as instituições defini-los nem como estudantes, visto que seu trabalho profissional é urgente e necessário no serviço; nem como trabalhadores(as), já que esse processo enseja outras relações contratuais, empregatícias e de autonomia.

Esses e outros pontos desafiadores da formação profissional dos programas de Residência Multiprofissional aparecem nos discursos como diretamente relacionados à implementação da EBSEH enquanto instituição privada que passa a gerenciar um serviço público, sob uma racionalidade específica do modo neoliberal, a qual sedimenta o solo das relações destrutivas no âmbito do trabalho, formação, acesso e participação social nos serviços públicos.

A literatura³⁵ evidencia que as transformações de instituições estatais em organizações sociais mistificam as relações público-privadas no Estado, abrindo largas possibilidades para processos efetivos de privatização. De forma emblemática, no Brasil, temos o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), de 2010, o qual foi implementado durante o segundo governo de Luís Inácio Lula da Silva, com o objetivo de “criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em

³⁵ Os estudos de Granemann (2011), Correia e Santos (2015) e Sodré (*et al*, 2013) analisam criticamente o cenário elucidado sobre a Reforma do Estado e as implicações nas políticas sociais, no que diz respeito a gerência dos serviços e políticas públicas por organizações do mercado, marcando diferentes formas de privatização.

relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde” (BRASIL, 2010). Contudo, tal Programa fertilizou o cenário de criação da EBSEH, a qual gere atualmente a maior parte dos Hospitais Universitários brasileiros, o que representou (e representa) um processo de empresariamento e privatização da saúde, que implementa nos HUs um modelo de gestão eminentemente empresarial e gerencial, caminhando na direção oposta à dos princípios do SUS.

Assim, ao converter as políticas públicas e sociais para a esfera dos serviços, perde-se o horizonte político e de direito desses mecanismos, afetando diretamente o processo de trabalho dos/as trabalhadores inseridos nessas políticas, bem como o acesso a estas pela população. A incidência desse processo sobre a Residência Multiprofissional em Saúde é percebida pelos(as) residentes, conforme os seguintes relatos:

o problema não está na carga horária total, o problema é que a divisão dessa carga horária total apenas em dois anos e esses dois anos numa formação cada vez mais distante do sistema único de Saúde, é uma formação, e aí meu caso e tantos outros casos que corroboram para essa análise, e a formação é uma substituição de mão de obra, uma formação para uma lógica privatizante da formação, principalmente aí nos hospitais universitários onde tem uma lógica estranha delimitada pela EBSEH, e aí eu não vejo problema na questão total, o problema é justamente isso a gente poder requalificar essa carga horária. (PJ, 2021).

Quando eu iniciei o meu período de residência a (EBSEH) já estava inserida no hospital universitário, mas ainda estava naquele processo de convocação de profissionais então eu meio que acompanhei a chegada de muitos profissionais, [...] e assim, era nítido o desgaste não pelos profissionais em relação interprofissional dentro do setor, (...) e como a (EBSEH) não cumpriu aquilo que ela prometeu, de prover recursos humanos para os hospitais universitários, então ela fica com recurso público mas ela não cumpre os seus principais objetivos, que era prover recursos humanos para as instituições que estavam sobre sua gestão. Então muitos recaiam nas costas de quem? Dos residentes né, e aí o que é que a gente tinha aquelas áreas de concentração que tinham residência era as áreas que as profissionais mais se sentiam à vontade para eu acho que deixar de lado não é a palavra mais adequada, mas por falta de outra vou usar ela nesse momento, deixar de lado (PC, 2021).

Observamos, portanto, que as inflexões do modelo gerencial da EBSEH na política de saúde, estão para além de um processo de “privatização por dentro” da política de saúde, este modelo institui uma racionalidade empresarial nos serviços, a qual impacta diretamente a lógica do processo de trabalho institucional.

De acordo com Soares (2010), a partir da Reforma Administrativa do Estado, implementada no governo Fernando Henrique Cardoso (1995), é instituído um processo de “redefinição do **Público Estatal**; mas, desta vez com uma particularidade, o movimento foi incorporado e engendrado pelo próprio Ministério da Saúde, em parceria

com o Ministério do Planejamento, quando propôs o Projeto de Lei das Fundações Estatais de Direito Privado” (SOARES, 2010, p. 85-86).

A autora faz ainda uma análise crítica acerca do período de criação da EBSEH, em que estava no poder executivo o governo petista de Luís Inácio Lula da Silva, o qual se colocava como defensor da Reforma Sanitária. Contudo, operaram neste quesito para a redefinição da concepção do que seria o “Público estatal”, de modo a viabilizar apoio e consensos acerca da proposta de implementação desse novo modelo de gestão nos serviços de saúde dos Hospitais Universitários (SOARES, 2010).

Para isso, opera-se um efeito digno de ilusionismo: cria-se uma entidade que afirma ser meio pública e meio privada, aglutinando os interesses do espaço público e a agilidade e eficácia da lógica privada. No entanto, essa criação é ideal, ou ideológica. No concreto, na materialidade do real, é impossível tal constituição, tendo em vista que ao dispor de instrumentos da lógica privada na gestão, tal entidade constitui-se um ente privado. O mais grave é que a racionalidade que organiza esse ideário e a lógica institucional, ao misturar o público com o privado no âmbito do discurso, reproduz a ideia de que independente dos interesses privados presentes na gestão pública esta sempre será pública, o que tem consequências drásticas para as práticas sociais no conjunto do sistema (SOARES, 2010, p. 86).

Neste sentido, é possível apreender como a lógica privada opera no empresariamento dos serviços de saúde dos Hospitais Universitários, o que incide diretamente nos processos de trabalho institucionais, afetando também a vivência dos(as) residentes nesses espaços. Desse modo, os serviços públicos de saúde administrados pela gestão empresarial mantêm formalmente princípios, diretrizes e objetivos do SUS, mas passam a operar em uma lógica oposta, a fim de atingir agora outras metas e objetivos do âmbito privado.

A racionalidade empresarial e, por consequência, privatista, imposta aos cenários de prática dos(as) residentes, reforça um modelo de Ensino em Serviço baseado na supervalorização das atividades práticas em detrimento das atividades teóricas ou teórico-práticas, de forma a reduzir cotidiana e progressivamente a dimensão acadêmico-formativa dos programas de Residência, utilizando-os como estratégias de inserção de profissionais nos serviços de saúde a baixo custo e sem vínculo empregatício.

A relação direta que a EBSEH constrói com os Programas de Residência no âmbito hospitalar atualmente, toma contornos ainda mais complexos a partir dos últimos anos, intervindo agora desde o modelo de seleção e ingresso dos(as) residentes nas RIMS. Com isso, precisamos dialogar sobre o Exame Nacional de Residência (ENARE).

O ENARE foi criado em 2019 pela EBSEH “com o objetivo de otimizar a forma de selecionar os residentes, oferecendo benefícios para as instituições e para os próprios candidatos” (EBSEH, 2021). Os exames eram/são realizados de forma local, através de cada instituição que oferta o(s) curso(s), utilizando, por vezes: provas escritas, análises curriculares, memoriais descritivos e entre outros. O novo exame, por sua vez, propõe unificar o processo de seleção para as Residências em Saúde, além de ter como objetivo principal

oferecer mais oportunidades de vagas de residências das áreas médica, multi e uniprofissional. Além disso, o Enare visa reduzir o número de vagas ociosas, eliminar a carga burocrática da realização de exames individuais e ampliar a qualificação da seleção para as instituições. Já para os candidatos, o exame unificado apresenta vantagens como custo menor, data única para a realização das provas, aplicação em todas as capitais e a possibilidade de escolha do local onde o residente quer atuar, dentre outras (EBSEH, 2021).

Contudo, tal centralização significa, na prática, uma desvinculação ainda maior das instituições universitárias do processo de residência. Ademais, confere um caráter distinto do projeto inicial de formação que a Residência Multiprofissional em Saúde propôs, de modo que ao analisar o que o ENARE alega como vantagens aos(as) candidatos(as), o processo se assemelha muito mais a uma seleção para um cargo de instituição privada do que para ingresso em um curso de pós-graduação em instituição pública: “Democratização do acesso; Data única; Baixo custo; Meritocracia e acesso dos melhores candidatos às instituições de sua preferência” (EBSEH, 2021).

Destacamos ainda a apropriação indevida do termo “democratização do acesso” para falar sobre o ENARE. Não se trata de uma estratégia que possibilite ampliar número de vagas ou melhorar as condições de acesso e permanência dos(as) residentes nos programas, mas de conduzir o processo em uma perspectiva privatista, evidenciada pelas expressões “eliminação da carga burocrática”, “meritocracia e acesso dos melhores candidatos às suas instituições de preferência”. Quem são, portanto, “os melhores”, senão aqueles(as) que obtiveram mais e melhores condições de preparo para os exames? A perspectiva é de construir os “melhores” programas para os “melhores” residentes – o chamado padrão ouro –, aprofundando relações de concorrência e desigualdade de acesso, visto que nem todos(as) os(as) candidatos(as) conseguem acessar uma formação acadêmica que lhes permite construir currículos ou se preparar para as provas.

Assim, a tendência é privatizar cada vez mais o processo de formação nas Residências em Saúde, fragilizando cada vez mais a relação dos Programas com as

instituições universitárias públicas, de modo que a tendência é que a Residência seja integralmente conduzida pela gestão dos Hospitais Universitários, no caso, a EBSEH.

Identificamos que esse processo aprofunda relações de fragilização do protagonismo da Universidade Pública na condução dos Programas de Residência, o que vem ocorrendo desde 2010, como pode ser observado na publicação da Resolução nº 02/2010 CNRMS/MEC, a qual distingue concretamente as instituições formadoras (Universidades) e as instituições executoras (Hospitais Universitários), como se não estivessem se referindo ao mesmo ente, visto que, à época, os HUs eram geridos pelas Universidades Públicas. Colocam-se, portanto, lugares distintos para a formação e para a prática, separando essencialmente as dimensões do trabalho manual e intelectual.

Com a chegada da EBSEH na gestão dos HUs, entendemos que essa desvinculação da Universidade se concretiza de forma paulatina, incidindo na gestão administrativa, na racionalidade institucional, no processo de trabalho dos(as) servidores(as) e, mais recentemente, na formação acadêmica promovida nos Hospitais Universitários.

Diante disso, é importante ressaltar que os programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) são criados como iniciativa de qualificação de recursos humanos para o trabalho no SUS na perspectiva da formação permanente em saúde e, para além de uma modalidade de ensino de pós-graduação, se configuram também como espaço sócio-ocupacionais de diferentes profissionais da área da saúde, sofrendo, por isso, os rebatimentos das transformações ocorridas no mundo do trabalho, bem como das inflexões do projeto neoliberal em curso, o qual engendra o desmonte das políticas sociais, como a Política de Saúde e a Política de Educação, que passam a ser mercantilizadas, seletivas, focalistas e residuais (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Diante da situação de trabalho e formação dos(as) residentes atualmente, é possível inferir que tais medidas de formação dos(as) trabalhadores para o SUS se dá não apenas numa perspectiva de repensar e transformar os processos de trabalho em saúde, mas também de inserção de força de trabalho para os serviços.

No conjunto das falas dos(as) participantes da pesquisa, observamos que há uma consciência do processo como algo macro, dentro do movimento da realidade, marcada por relações de produtividade, articuladas à identificação de secundarização dos eixos teóricos no processo, cujas relações não são apreendidas pelos sujeitos numa perspectiva de separar teoria da prática, mas de identificar que o programa propõe essa relação, mas não a oferta. Contudo, observamos que a relação de sobreposição de uma dimensão sobre

a outra sinaliza para um movimento de separação entre atividades práticas e teóricas de modo funcional.

Observamos, portanto, que a concepção de Ensino em Serviço se constitui como expressão das tendências de tecnificação e especialização do trabalho na atual sociabilidade, que incidem sob os processos de formação no ensino superior, o que sinaliza para nós o movimento contrário ao da proposta inicial do Ensino em Serviço: ao priorizar as atividades práticas em detrimento das atividades teóricas, podemos identificar a tendência de separação do trabalho manual do trabalho intelectual, o que fragiliza os processos formativos de tais programas e, em uma análise crítica, observamos que em certa medida, vem sendo reiterada a concepção de uma formação para a reprodução do trabalho, não necessariamente para a construção do conhecimento e transformação dos processos de trabalho, exigindo de nós, portanto, reflexões acerca desta perspectiva.

Por isso, para analisarmos a divisão do trabalho intelectual e manual ora identificada a partir dos relatos dos(as) residentes egressos, bem como, na análise referente ao processo de Ensino em Serviço da forma como se coloca na atual conjuntura, partimos das análises de Marx e Engels (1998), que ao tratarem sobre a produção da consciência, encontram como mediações estruturais desses processos a divisão social do trabalho, as quais destacam como “uma das forças capitais da história” aquela que “se manifesta na classe dominante sob a forma de divisão entre o trabalho intelectual e o trabalho material, de tal modo que teremos duas categorias de indivíduos dentro dessa mesma classe” (op. Cit., p. 49).

Ao desenvolverem tal análise, Marx e Engels (1998) situam a separação entre cidade e campo como a maior divisão entre o trabalho material do trabalho intelectual, onde a cidade se desenvolveria como centro político de decisões e, ao campo, restariam as atividades materiais produtivas. Contudo, ao discorrerem sobre as transformações das forças produtivas e dos processos de trabalho, sobretudo na cidade, as expressões dessa divisão trabalho se materializam em outras determinações.

De todo modo, trata-se de uma relação de poder (daqueles que pensam e determinam os processos das classes sociais) e passivização – obtenção do consentimento sem uso da força (daqueles que foram designados às atividades laborais materiais), cuja relação de passividade e receptividade às ideias da classe dominante não podem ser apreendidas como relações de subalternidade, dado que a classe trabalhadora historicamente mobilizou formas de resistência, dentro das suas possibilidades. Também para Dal Rosso (2008, p.38):

a divisão de trabalho intelectual e manual nada mais é do que a separação do trabalho entre seus componentes intrínsecos. O trabalho contemporâneo mantém muitos elementos da divisão entre trabalho manual e intelectual, mas acrescenta outros. Dentre eles, há uma proporção muito maior de pessoas trabalhando em condições que exigem fortemente o componente intelectual no exercício das atividades cotidianas. [...] Mas além dos setores tipicamente manuais, a divisão do trabalho ampliou campos anteriormente inexistentes que exigem dramaticamente o emprego das funções intelectuais. [...] Assim como a atividade intelectual, o envolvimento emocional passou a ser exigido cada vez mais no capitalismo contemporâneo. Todos os setores de atendimento de educação, de pesquisa, de atendimento a saúde, de atendimento a clientes [...] são indicações das novas demandas feitas sobre o corpo e o espírito do trabalhador (DAL ROSSO, 2008, p. 38).

A partir dessas análises, observamos que os projetos sociais (direção social, projeto societário e projeto cultural) se expressam em diferentes ambientes e instituições, tais como: empresas, hospitais, escolas. Assim, na concepção de Ensino em Serviço dos programas de Residência Multiprofissional se destacam alguns aspectos como a supremacia das atividades práticas sobre as teóricas mediante extensas jornadas de trabalho, disciplinas mais voltadas ao conhecimento clínico e procedimental dos processos de trabalho em saúde e entre outros, dos quais relacionamos como o principal, a subversão da proposta de articular educação e trabalho à uma lógica de reprodução da força de trabalho eminentemente tecnicista, própria do atual estágio de desenvolvimento do capital. Para Gramsci (1980),

A escola do trabalho foi sacrificada à escola do emprego. A burocracia matou a produção. [...] A Escola Técnica também se tornou escola de funcionários. [...] É o proletariado que deve exigir, que deve impor a escola do trabalho [...] sem exclusões por causa da guerra do mercado, sem protecionismos nem mesmo para o proletariado. Mas numa concorrência leal das capacidades, com competição para uma maior exploração dos produtos do engenho humano, para que sejam oferecidos a todos os meios necessários à sua própria elevação interior e à valorização das boas qualidades de cada um (GRAMSCI, 1980, p. 183 *apud* NOSELLA, 1992, p. 17)

Observamos ainda que, da forma em que se coloca atualmente, a perspectiva do Ensino em Serviço que orienta os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, os quais são concebidos como estratégias de formação para o trabalho e mantém-se essencialmente destinados à classe trabalhadora, se distanciam da proposta gramsciana de Escola do Trabalho. Em verdade, evidenciam que historicamente não houve, de fato, o compromisso em pensar uma educação para o trabalho como forma de desenvolvimento

das capacidades humanas, como estratégia de construção e/ou fortalecimento da emancipação política e humana dos sujeitos sociais.

Nas formas escusas, a proposta de fortalecimento das estratégias de educação profissional e formação para o trabalho no atual estágio de desenvolvimento do projeto neoliberal e ultraconservador opera de modo contraditório, mistificada pelo discurso de popularização da educação e expansão do acesso – que, de fato, possibilitou sobretudo nos últimos 20 anos o acesso dos(as) filhos(as) da classe trabalhadora à educação –, encontra-se a reprodução, em novas determinações, da raiz estrutural dessa concepção: reprodução material da força de trabalho para retroalimentação do sistema, ao custo do rebaixamento programático do ensino por meio de seu aligeiramento, tecnificação e superespecialização.

Considerando o caráter contraditório que permeia os programas de Residência em Saúde no Brasil, desde sua concepção pedagógica e política à sua execução enquanto estratégia da política de saúde, entendemos que apesar das ponderações tecidas, as Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde têm se expandido também como conquistas do Sistema Único de Saúde e das iniciativas de qualificação deste. Exemplo de seu crescimento pôde ser observado em 2019, em que foram autorizadas 264 vagas de Residência Multiprofissional, distribuídas em 24 instituições por todo o país. (BRASIL, 2019)

Esse dado nos provoca a reflexão sobre os reais objetivos do aumento dos programas de Residência em Saúde, visto que, em períodos de ajuste fiscal como os que vivemos, tais iniciativas do âmbito da educação têm sido amplamente ameaçadas e desmontadas por meio dos cortes orçamentários. De acordo com Reis (et al, 2007, p. 359), o ajuste fiscal é “obtido através de aumentos de receitas ou de cortes efetivos nas despesas, ou, ainda, por um conjunto seletivo de medidas fiscais que atinja receitas e despesas conjuntamente.”. Desse modo, vêm sendo construídas no Brasil, sob a falácia do déficit público, diferentes estratégias de cortes e contenções orçamentárias que incidem majoritariamente nas políticas sociais públicas, as quais vêm ameaçando diretamente os direitos sociais e agravando seriamente as condições de vida da classe trabalhadora.

De forma paradoxal, o processo de expansão da Residência Multiprofissional em Saúde tem oportunizado o ingresso de muitos profissionais na pós-graduação, além de possibilitar para muitos(as) o acesso à renda e à experiência nos campos de prática de cada profissão, sendo atualmente um elemento diferencial na formação dos profissionais da saúde que se especializam por meio desses programas. Por outro lado, levanta

questionamentos quanto à funcionalidade das Residências nos serviços de saúde, posto que, em virtude da carga-horária de atividades teórico-práticas dos profissionais residentes (60 horas semanais), estes têm substituído a força de trabalho nos serviços de saúde, o que incide na precarização do processo de formação das Residências.

Diante do cenário de expansão da Residência Multiprofissional em Saúde, colocamos em questão o Ensino em Serviço, seus fundamentos, sua orientação teórica e direção social, bem como as condições de sua realização. Para pensar tais elementos no cenário circunscrito para a pesquisa, faz-se necessário situar na conjuntura local a inserção dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

3.1 A Residência Multiprofissional em Saúde no Rio Grande do Norte: um estudo sobre o Hospital Universitário Onofre Lopes

As problemáticas que envolvem as condições de trabalho e formação dos(as) residentes são uma realidade comum aos programas de residência no Brasil, ainda que se processem em suas particularidades nas distintas realidades regionais. Assim, se faz necessária a análise das tendências de formação emergentes desse contexto, relacionando-as com o processo de expansão dos programas no Rio Grande do Norte.

O Rio Grande do Norte é um estado da região nordeste brasileira com aproximadamente 3,4 milhões de habitantes que foi notoriamente beneficiado com as políticas de interiorização do ensino superior e profissionalizante da Rede Federal de Educação, amplamente fomentadas nos governos de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2011) e Dilma Rousseff (2012-2016), o que implicou a construção e fortalecimento dos *campi* da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN, atualmente com 5 unidades de ensino), da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA, com 4 *campi*) e do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN, que conta atualmente com 22 escolas). A partir desse crescimento, foi possível também expandir os cursos de graduação e pós-graduação, e, dentre eles, a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFRN³⁶.

³⁶ Apesar de analisarmos a formação dos(as) assistentes sociais inseridos nas Residências em Saúde da UFRN no seu atual contexto de crescimento exponencial, a expansão ora citada trata-se de um processo ainda maior, que engloba outros programas de Residência Multiprofissional em Saúde da UFRN que não oferecem vaga para assistentes sociais, e por esta razão, não entraram na representação aqui exposta.

Considerando que existem ainda outros programas de Residência Multiprofissional em Saúde oferecidos no estado do Rio Grande do Norte (vinculados à Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN), ao Centro de Educação e Pesquisa em Saúde Anita Garibaldi (CEPS)/Instituto Santos Dumont (ISD) e à Liga Norte-rio-grandense Contra o Câncer (LIGA), elegemos a UFRN como instituição para esse estudo, dada sua visível expansão, sobretudo nos últimos anos (2016-2019), bem como seu alcance em diferentes municípios do RN. Ademais, a escolha pelos programas da UFRN se deu pela estreita relação que estes estabelecem com os demais programas de pós-graduação *stricto sensu* da Universidade para a execução dos eixos teóricos de cada profissão, o que acreditamos ser um elemento diferencial na formação dos(as) residentes da instituição.

Nos dias atuais, a UFRN é a instituição que mais congrega programas de Residência em Saúde no estado. De acordo com o Portal da UFRN³⁷, a instituição contabiliza: 1 (um) Programa de Residência em área profissional de Saúde: Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais – Odontologia da UFRN; 40 (quarenta) Programas de Residência Médica³⁸, em diferentes áreas de atenção à saúde e 8 (oito) Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde.

Esses dados nos provocam a reflexão acerca da funcionalidade das Residências em Saúde no atual contexto, que, para além de ofertar oportunidades de ingresso nos programas de Pós-graduação em uma universidade pública, representam um contingente importante de profissionais atuando diretamente na assistência à saúde nos Hospitais Universitários, Escolas Multicampi, Unidades Básicas de Saúde, entre outros, o que, de fato, é ganho para o estado, para as instituições, para os(as) ingressantes e, mais ainda, para os usuários do SUS.

Todavia, isso tem um significado importante no atual contexto do RN, onde temos acompanhado uma relação inversa e desproporcional entre o crescimento dos programas de Residência em Saúde e a baixa, ou (por que não dizer) escassa, oferta de concursos públicos que assegurem uma inserção formal e estável nos espaços sócio-

³⁷ Ver mais em: <https://www.ufrn.br/academico/ensino/pos-graduacao/residencia-em-saude/cursos>

³⁸ O quantitativo de Programas de Residência Médica aparece reduzido no Edital nº01/2021 vigente para ingresso em 2022, o qual sinaliza apenas 32 programas e 113 vagas. O referido Edital se refere apenas aos programas executados no Hospital Universitário Onofre Lopes – HUOL e Hospital Universitário Ana Bezerra – HUAB. Não foi identificado se os demais programas executados pela Escola Multicampi de Ciências Médicas – EMCM e Maternidade Escola Januário Cicco – MEJC estão suspensos, foram encerrados ou aderiram ao ENARE.

ocupacionais de trabalho, dado o fato de que a Residência não se configura como vínculo empregatício. Desse modo, temos duas esferas distintas, mas que se articulam na medida que a Residência Multiprofissional em Saúde tem sido utilizada não apenas como estratégia de formação, mas como provedora de força de trabalho para os serviços de saúde.

Assim, nos propusemos também a analisar esse contexto a fim de problematizar as contradições inerentes ao processo de expansão das Residências em Saúde no RN, apreendendo as implicações e as particularidades deste cenário desafiador para a formação profissional dos(as) assistentes sociais.

No Rio Grande do Norte, os programas de residência multiprofissional em saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)³⁹ foram instituídos em 2010, no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL/UFRN) e no Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB). Apenas em 2011 o Serviço Social passa a integrá-los, nas áreas de concentração Terapia Intensiva – Adulto (HUOL) e Saúde Materno-Infantil (HUAB) (SOARES; ELEUTÉRIO, 2013). A partir de então, o estado tem acompanhado o expressivo desenvolvimento dos Programas de Residência em Saúde, vinculados a instituições públicas ou privadas.

A criação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na UFRN foi desafiadora desde o início e começa sua trajetória alguns anos antes da criação do primeiro curso, conforme assinalado no Projeto Pedagógico do curso de Terapia Intensiva Adulto:

A elaboração desse projeto foi, inicialmente, um grande desafio lançado pelo MEC aos Hospitais Universitários, no fórum que ocorreu no III Seminário sobre Residência Multiprofissional e em área da saúde que aconteceu em Brasília, em outubro de 2008. Após esse evento iniciamos o processo de discussão de uma residência multiprofissional em saúde capaz de unir os Hospitais universitários que compõem o Complexo Hospitalar e de Saúde da UFRN. Foram reuniões, oficinas e inúmeras discussões entre os representantes de cada unidade hospitalar para uma construção coletiva, na qual buscamos contemplar as necessidades locoregionais e capacidade operacional de cada Instituição, exercendo a integralidade e interação dos saberes. Dessa forma a construção do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) ocorreu de forma participativa e integrada com os demais Hospitais Universitários, que compõem o Complexo

³⁹ Este trabalho se limita à análise dos programas de residência multiprofissional em saúde realizados pela UFRN, não abrangendo demais programas de residência médica e multiprofissional do estado, vinculados à Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN), ao Centro de Educação e Pesquisa em Saúde Anita Garibaldi (CEPS) – Instituto Santos Dumont (ISD) e à Liga Norte-rio-grandense Contra o Câncer (LIGA).

Hospitalar e de Saúde da UFRN, bem como com a participação ativa dos gestores de saúde e os departamentos dos cursos envolvidos. Hoje encaminhamos o fruto de nossos esforços em contribuir para a formação de recurso humano qualificado para o trabalho em linhas de cuidados na saúde e para o SUS, um projeto para quatro Programas de Residência Integrada Multiprofissional em saúde, que envolve os Hospitais Universitários da UFRN de forma distinta e com momentos de interação coletiva, com o propósito maior de trabalhar em equipe multiprofissional integrada e promover uma assistência de qualidade e humanizada (UFRN, 2019, p. 59).

Nos últimos anos, o RN tem se destacado neste cenário em virtude da paulatina expansão dos programas de Residência Integrada Multiprofissional. Só na UFRN, entre 2015 e 2020 foram criados 6 novos programas, que, somados aos 2 que já eram oferecidos desde 2012 (Terapia Intensiva Adulto - HUOL e Atenção Materno-Infantil - HUAB), oferecem atualmente o total de 119 vagas, das quais 14 se destinam a assistentes sociais.

No quadro abaixo, podemos visualizar a distribuição de vagas por programa, profissões abrangidas e seu tempo de existência na UFRN:

Quadro 2 – Programas, ano de criação, profissões e vagas ofertadas

PROGRAMA	SERVIÇO DE SAÚDE/CIDADE	ANO DE CRIAÇÃO	PROFISSÕES	VAGAS OFERTADAS ATUALMENTE
Saúde Materno-infantil	Hospital Universitário Ana Bezerra - Santa Cruz/RN	2010	Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Farmácia, Serviço Social, Odontologia	14
Terapia Intensiva Adulto	Hospital Universitário Onofre Lopes - Natal/RN	2010	Farmácia, Psicologia, Nutrição, Enfermagem, Fisioterapia e Serviço Social	13
Saúde da Criança	Hospital Universitário Onofre Lopes - Natal/RN	2015	Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Farmácia, Serviço Social, Odontologia	12
Cardiologia	Hospital Universitário Onofre Lopes - Natal/RN	2016	Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Farmácia	7
Atenção Psicossocial	Hospital Universitário Onofre Lopes - Natal/RN	2019	Enfermagem, Psicologia e Serviço Social	3
Terapia Intensiva Neonatal	Maternidade Escola Januário Cicco-Natal/RN	2016	Farmácia, Psicologia, Nutrição, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Serviço Social	14

	Atenção Materno-Infantil	Escola Multicampi de Ciências Médicas-Caicó/RN/Currais Novos/RN	2016	Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Farmácia, Serviço Social	12
	Atenção Básica	Escola Multicampi de Ciências Médicas-Caicó/RN/Currais Novos/RN	2016	Farmácia, Educação Física, Psicologia, Nutrição, Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia, Medicina Veterinária, Fonoaudiologia e Serviço Social	44
Total	8 programas e 119 vagas.				

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados da Comperve, 2020.

Para a realização deste estudo, nos propusemos a analisar esse contexto no âmbito do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), visto que é um dos pioneiros na realização de programas de Residência em Saúde no Rio Grande do Norte, além de ser a instituição de saúde da UFRN que mais oferta programas de Residência Multiprofissional em Saúde desde 2010. Conforme dados disponíveis no Portal do HUOL,

Ao longo de sua história, este hospital teve várias denominações. Inaugurado em 09 de setembro de 1909 pelo então governador Alberto Maranhão, recebeu o nome de Hospital de Caridade Juvino Barreto, em reverência ao proprietário da única fábrica de tecelagem que havia em Natal naquela época e que contribuiu financeiramente para a existência do hospital. Era uma casa de veraneio que foi transformada em uma unidade hospitalar, com disponibilidade de 18 leitos, sob a direção do médico Januário Cicco, que tanto administrava quanto prestava assistência aos doentes. Em 1935, passou a chamar-se Hospital Miguel Couto, em homenagem ao influente médico e pesquisador na área da saúde pública. Em 1960, com a federalização da universidade e a incorporação da Faculdade de Medicina (que fora criada em 05 de fevereiro de 1955, tendo esse hospital como campo de prática) recebe nova denominação: Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, assumindo personalidade de hospital-escola e agregando o tripé ensino, pesquisa e extensão. Em 1984, passou a chamar-se Hospital Universitário Onofre Lopes (Huol), nome que permanece até os dias atuais, em homenagem àquele que criou e foi o primeiro reitor da UFRN (HUOL, 2021).

Ao longo de seus 112 anos, o HUOL segue como importante hospital de referência para o povo potiguar, tanto como hospital-escola quanto pelas dezenas de especialidades clínicas ofertadas pelo SUS. A adesão à EBSEH ocorreu em 29 de agosto de 2013, e desde então a Empresa tem realizado a gestão hospitalar da instituição. Hoje, a EBSEH realiza a gestão de 40 Hospitais Universitários no Brasil. O HUOL atualmente

dispõe de 12 unidades de atenção à saúde no âmbito assistencial e 10 unidades divididas entre apoio diagnóstico e terapêutico.

Observamos que a intensificação do processo de desenvolvimento e expansão da Residência Multiprofissional em Saúde relaciona-se, dentre outros fatores, com o início da gestão EBSEH nos HUs, seja a nível de Rio Grande do Norte ou a nível nacional, o que nos desperta a necessidade de apreender criticamente o sentido da expansão das RIMS, de modo a identificar ao que tal processo se vincula atualmente: se a projetos comprometidos com a democratização da educação superior pública ou se com proposições que subvertem as ações de formação às determinações do mundo do trabalho em crise no atual contexto neoliberal, o qual enseja inserções precarizadas de força de trabalho nos serviços.

Analisar esse processo de expansão dos programas – sobretudo em contextos extremamente adversos para a Política de Educação e Saúde, dadas as estratégias de ajuste fiscal – faz-se necessário, por compreendermos que ele está permeado pelas contradições inerentes à dinâmica da sociabilidade capitalista, exigindo análises críticas, sobretudo no que concerne à funcionalidade destes programas no atual contexto de precarização do trabalho, bem como, às questões referentes as condições de trabalho dos residentes, à ausência de absorção destes profissionais no mercado de trabalho ao término dos programas, entre outros desafios e possibilidades deste cenário.

Nesse processo de expansão e desenvolvimento dos programas de Residência Multiprofissional, emergem relevantes contradições quanto ao seu projeto formativo. Definida legalmente como “um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2005a), a Residência Multiprofissional foi criada com o objetivo de formar para o trabalho no Sistema Único de Saúde, com base nos princípios da Política Nacional de Educação Permanente do SUS, e tem sido organizada em regime de dedicação exclusiva, com atividades supervisionadas por tutores, preceptores e docentes, as quais são distribuídas em 60 horas semanais, divididas em 40h de atividades práticas e 20h de estudos nos eixos teórico-práticos, os quais são ofertados em formato de disciplinas.

Tal expansão é fato que nos inquieta, visto que se dá num contexto totalmente adverso ao fortalecimento das políticas sociais e sobretudo da ciência, da universidade pública e do acesso à formação e trabalho no Brasil. Acompanhamos o progressivo aprofundamento da crise brasileira, sobretudo a partir do golpe sofrido em 2016 pela

então presidenta Dilma Rousseff, o qual desencadeou o protagonismo de projetos governamentais historicamente comprometidos com o grande capital e com as expressões mais estruturais e abjetas do conservadorismo.

Tal realidade é patente e amarga a todos(as) nós, brasileiros e brasileiras, e foi agravada pela crise sanitária vivenciada a partir de 2020. Se, em meio a quase 600 mil mortes pela Covid-19 (favorecidas pela evidente ingerência estatal no enfretamento à crise), taxas históricas de desemprego, fome e inflação, ameaças cotidianas de novos golpes à democracia e dentre outras questões, ainda observamos que um governo descomprometido com a vida e os direitos do povo brasileiro, inaugura o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde (julho/2021), é, no mínimo, para estarmos ainda mais atentos(as) ao que isso significa a nível de efetivo fortalecimento da Residência em Saúde como estratégia de formação e qualificação para o SUS.

De modo geral, o referido Plano “visa valorizar e qualificar residentes, corpo docente-assistencial e gestores de programas de residência em saúde e apoiar institucionalmente programas de residência em saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2021) e traz alguns estudos que embasaram a necessidade de fortalecimento das Residências. Contudo, até então, não identificamos relação com as discussões dos Fóruns Nacionais de Residentes ou Tutores/Preceptores e demais organizações representativas.

De acordo com o texto da Portaria GM/MS nº 1.598, de 15 de julho de 2021, o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde se desenvolverá em 3 eixos, quais sejam:

- I - Ofertas Educacionais: consiste em um conjunto de ações de capacitação e qualificação profissional de residentes, corpo docente-assistencial e gestores de programas de residência em saúde, na modalidade de cursos, apoio à produção científica e outros processos formativos;
- II - Valorização Ensino-Assistencial: consiste em cursos para qualificação do corpo docente-assistencial com intuito de aprimorar o conhecimento científico e, conseqüentemente, contribuir de maneira qualitativa e quantitativa no ensino e na formação de novos especialistas, e com a produção científica no país; e
- III - Apoio Institucional: consiste em um conjunto de ações de apoio técnico, pedagógico e institucional às instituições proponentes de programas de residência em saúde na elaboração de projetos pedagógicos e na condução de processos administrativos para a criação, reativação ou reestruturação de programas de residência, em conformidade com as necessidades e capacidades loco-regionais do SUS (BRASIL, 2021).

Dos eixos elucidados, destacamos o Eixo II, que se refere a uma pauta histórica de luta: a valorização e fortalecimento do trabalho dos(as) tutores(as) e preceptores(as),

visto que, historicamente, estes(as) têm assumido as atividades de supervisão e acompanhamento de residentes, mas sem efetivas contrapartidas dessa atividade no que se refere à bonificação na remuneração, carga-horária de trabalho definida para essas atividades, entre outros. Esse contexto, apesar de não aparecer com frequência na fala das tutoras e preceptoras participantes da pesquisa, foi sentido e referenciado por falas dos(as) residentes egressos(as):

Os tutores e preceptores são pessoas que já estão dentro do serviço, são profissionais que estão dentro do serviço, e a tutoria que era uma coisa que me inquietava bastante na minha época, era que o profissional que assumia a tutoria de residência ele tinha que vamos dizer assim, assumir essas atividades de tutoria e também estava na assistência direta, então o tutor ele terminava muito sobrecarregado e existe até uma resistência de assumir essa tutoria dentro do espaço por que os profissionais eles entendiam que eram a carga a mais de trabalho, que não existia uma carga horária destinada para esta tutoria. Que não existia, até assim, esse tutor ele passa para esse processo de exploração porque a tutoria é colocada, mas também não é pensada para que esse profissional ele consiga dentro da carga horária dele assumir essas atividades sem que esteja numa relação de sobrecarga. (...) Então eu acho que uma coisa que precisaria ser pensada, era pensar numa carga horária também, dentro dessa carga horária do tutor também, pensar que ele também é um profissional que está na pesquisa, que precisa de tempo para colaborar também com programa de residência e de forma colaborar com qualidade, porque ele também não adoeca, por ele acaba assumindo várias coisas e ele vai adoecer, é uma tendência (PX, 2021).

Contudo, ao analisar o documento, observamos que a concessão do auxílio financeiro a tutores, docentes e preceptores será feita por edital e terá a contrapartida na produção acadêmica, o que nos provocou diversos questionamentos: como isso ocorrerá conciliando as horas de trabalho e preceptoria dos residentes (as quais já são cumulativas)? Haverá carga-horária definida para as atribuições da Residência em Saúde ou outras garantias os profissionais? Seria isso submeter os profissionais a um nível de pressão e precarização semelhante ao da residência? E ainda, os incentivos financeiros serão concedidos por meio de edital: o que isso indica? Vai haver financiamento para todos(as) ou apenas para aqueles(as) que cumprirem determinados requisitos?

Ademais, ao analisar o documento e seus objetivos, observamos que há baixa menção às instituições universitárias, de modo que, nesse processo, a residência vai sendo cada vez mais pertencente aos cenários de prática – majoritariamente Hospitais Universitários (geridos pela EBSEH) –, em um formato mais voltado às necessidades dos serviços. Observamos ainda que o texto faz menção aos(as) profissionais egressos(as), mas não sinaliza para a construção de uma política de absorção desses profissionais pelo SUS.

De modo geral, é um plano que avança em algumas pautas históricas, como a valorização do corpo docente-assistencial, mas com limitações importantes: iniciativas seletivas por edital, com apenas 2.000 vagas no ano, e com pagamento não-permanente (período de 6 meses para os/as selecionados/as). Isso pode gerar maior adesão ou engajamento dos profissionais? Se sim, a que custo? Ou isso pode afastar/dificultar ainda mais a inserção de preceptores/tutores nos programas de residência?

Além disso, não estabelece nenhuma relação com as entidades representativas dos(as) residentes, tutores(as) e preceptores(as), o que indica um ponto fortemente negativo. Não versa também sobre qualquer alteração na carga horária desses cursos, pelo contrário: indica que fomentará cursos de formação complementar aos(as) residentes, provavelmente pelas plataformas remotas (UNA-SUS), mas não especifica como isso será conciliado ou cobrado. Significa uma exigência a mais? Para os preceptores/tutores, da mesma maneira: como essa formação ocorrerá?

Esperamos, em breve, ter respostas animadoras no que se refere às questões aqui levantadas. Contudo, as tendências observadas até aqui não nos trazem garantias de melhorias efetivas a esse respeito e indicam que o presente e o futuro permanecem sendo de muita luta para a qualificação do processo de formação e trabalho para todos(as) os(as) profissionais que constroem as Residências em Saúde.

3.2 Organizar, resistir e lutar: a organização política dos(as) residentes potiguares

Um elemento importante no que se refere aos Programas de Residência em Saúde no Rio Grande do Norte é a organização política dos(as) residentes, a qual tem se estado nas importantes trincheiras de luta pelos direitos desses sujeitos, bem como pela qualificação da formação nas RIMS a nível local e nacional.

Muito tem sido discutido no âmbito do Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS) e nos diferentes coletivos regionais dos profissionais da residência acerca das condições de trabalho e formação dos(as) Residentes e uma das bandeiras de luta recorrentes no Fórum é a questão da carga horária de 60h semanais, como um aspecto que tem precarizado as condições de trabalho e estudo dos profissionais inseridos nos programas.

Na *Carta de Natal*, elaborada como conjunto de resoluções e encaminhamentos do IX Encontro Nacional de Residências em Saúde, ocorrido em Natal/RN no ano de 2019, residentes, tutores, preceptores e coordenadores apontam ainda outros desafios do

atual momento vivenciado pelos programas de Residência, que tem sido expandidos em um contexto de desmonte da Política de Saúde, por meio do desfinanciamento público, a exemplo da Emenda Constitucional n° 95/2016, que define os limites dos gastos públicos em setores estratégicos das políticas públicas, como saúde e educação, significando um retrocesso sem precedentes no tocante aos direitos conquistados pela classe trabalhadora.

Desse modo, são ressaltados na *Carta de Natal* como encaminhamentos e desafios: a retomada dos trabalhos da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS); a necessidade de construção de uma Política Nacional de Residências em Saúde; a requalificação dos Projetos Político-Pedagógicos das Residências em Saúde; a melhoria nos editais de seleção; criação de Comissões Estaduais de Residências em Saúde, entre outros.

Destacamos que a organização política dos(as) residentes, tutores(as) e preceptores(as) tem cumprido um importante papel de tensionamento e enfrentamento das situações de precarização do trabalho destes. No Rio Grande do Norte temos acompanhado a construção do Coletivo Potiguar de Residentes em Saúde, o qual tem encampado muitas lutas em defesa do trabalho e da formação profissional de qualidade nesses programas em todo RN. O Coletivo foi articulado pelos(as) residentes potiguares em 2018, conforme relata um(a) dos(as) residentes egressos(as):

A construção, a articulação primeira, (...) a indicação da construção de fóruns ou coletivos estaduais nada mais nada menos são encaminhamentos dos encontros nacionais. São os encontros nacionais que já discutiram em 2012 e 2013, os encontros que vieram nessa história, que apontavam a necessidade de centralizar o movimento (...). Então o coletivo de residentes ele nasce daí, a gente nasce dentro do fórum nacional de residências. Os coletivos são isso, os coletivos são a materialização do fórum nacional em cada região (...) O coletivo potiguar ele serve como esse espaço, então a gente começa o coletivo potiguar nas primeiras sementes, no encontro de Olinda, eu ainda não era residente, isso foi em 2016. (...) E aí chegando no encontro do Rio, provocados, chegamos com a motivação do encontro e aí começamos a implicar dentro da UFRN, porque nós somos a maioria dos programas dentro do estado, e é referência dos programas é a UFRN, a maioria olha para UFRN. E aí a gente começou a implicar dentro da COREMU, a importância de criar um coletivo respaldado pelo encontro nacional. E aí a gente conseguiu colocar em ata, o residente, dos problemas da UFRN, tem a liberação entre aspas dentro do horário eixo teórico prático para organizar coletivamente dentro do coletivo potiguar que nós temos hoje. Tá em ata, (...) 2018, ata de novembro de 2018. (...) e aí nós conseguimos, dentro da UFRN, então nós começamos a fazer encontros entre nós na UFRN e começamos a aproveitar esse movimento dentro da UFRN e dialogar com os demais. Eu tive ajuda bastante da coordenadora da COREMU na época (...), então a gente ligou para cada coordenador solicitando a presença do residente e assim nasceu o coletivo. (PJ, 2021)

Como pode ser observado, a construção do Coletivo Potiguar é um processo que vem sendo gestado a muitas mãos e há alguns anos. Apesar de regularmente instituído como força de organização e representação política dos(as) residentes de diferentes programas, para além da UFRN, o Coletivo segue lutando por sua consolidação e pelo avanço das construções coletivas que vem realizando.

O coletivo nasce aí. Nós tivemos esse primeiro momento, a ideia era que fosse encontro semipresencial, à princípio com os representantes, mesmo sabendo que é importante implicar os demais, mas estamos no processo embrionário, para a gente se conhecer alinhar alguma coisa. E aí a gente não conseguiu fazer presencial, fizemos online, todo mês, com a presença de cada residente de cada programa, e aí nós também aproveitamos o movimento de trazer o movimento nacional para cá, para poder fortalecer o coletivo potiguar, onde nós fizemos. Nós criamos uma pequena... um grupo de residentes, nós fizemos visita em todos os programas do Estado do Rio Grande do Norte nos apresentando: o que é o fórum, direitos e deveres, formações, entraves... (...) então isso, a importância do fórum, do coletivo, para que os residentes tenham um lugar do coletivo para saber isso aqui, “aqui tá passando por isso, como é que vocês estão passando aí?”, enfim, além de fazer os enfrentamentos das dificuldades, trocar as experiências, (...) e aí conseguimos avançar (PJ, 2021).

O primeiro Encontro Potiguar dos(as) Residentes em Saúde ocorreu na cidade de Currais Novos/RN, no Seridó potiguar, em setembro de 2019, conforme apresentado no relato que segue:

*Nós fizemos nosso primeiro encontro, e aí como atitude política, a gente fez no interior para justamente fazer uma interiorização nessa perspectiva de interiorização da saúde e também para uma perspectiva política (...) Aquele encontro ali acho que marca, é um marco com indicativo importante: aquele encontro, indicativo de não pararmos o movimento de criação do Coletivo Potiguar, mas indicativo de criar um movimento no estado. Então a importância dos professores se organizarem, os tutores, os coordenadores e criarmos junto com as secretarias de saúde estaduais, municipais conselhos, uma comissão estadual. Esse é um indicativo: **a necessidade de criar uma comissão estadual dentro da educação permanente**, da política, do plano de educação permanente do estado do Rio grande do Norte, para que essas residências impliquem de maneira alinhada com a política do governo, enfim, os projetos que o governo, o controle social vai construindo no estado do Rio Grande do Norte, justamente para a gente botar em prática o pouco que nós idealizamos na política nacional (PJ, 2021).*

Apesar das dificuldades enfrentadas para a criação e efetivação do Coletivo Potiguar, destacamos que atualmente a incidência política do grupo é notória no cenário das RIMS do Rio Grande do Norte e estabelece fortes elos entre as agendas de luta locais e nacionais. Como resultado da importante organização política dos profissionais, em março de 2020 e em maio de 2021, ocorreram greves e paralizações nacionais dos(as) residentes, tendo como principal pauta de luta a defesa pela não redução da bolsa recebida

mensalmente (à época no valor de R\$ 3.330,00), a qual não havia sido reajustada desde 2016 e estava sob ameaça de redução em virtude do aumento da contribuição previdenciária, decorrente da Reforma da Previdência aprovada no Brasil em 2019, representando uma proposta explícita de desmonte e precarização do trabalho e das condições de vida da classe trabalhadora.

Cabe destacar que, em razão da luta histórica dos(as) Residentes e demais coletivos de preceptores(as) e tutoras(as), dentre outros movimentos sociais, no dia 13 de outubro de 2021 foi anunciado reajuste no valor da bolsa mensal recebida pelo(a) profissional residente para o ano de 2022, a qual passará a ser de R\$ 4.106,09⁴⁰ (BRASIL, 2021). Um valor maior que o já recebido pelos(as) profissionais desde 2016 passou a ser pago a partir de 2020 como forma de bonificação, correspondente a R\$ 667,43, em virtude da manutenção das atividades práticas dos(as) residentes durante o período de pandemia, porém só agora um efetivo reajuste foi incorporado como parte do valor bruto recebido por estes(as) profissionais.

Assim, é possível observar que a formação dos profissionais inseridos nas Residências em Saúde tem sido tensionada pelos processos de transformação societária de restrição do Estado na regulação e provimento das políticas sociais, articulado às políticas de ajuste fiscal, as quais têm incidido diretamente sobre a garantia dos direitos sociais. Analisar a expansão dos programas de Residência em Saúde nesse contexto, portanto, aponta para questões referentes à qualidade e ao direcionamento da formação que tem sido ofertada nos cursos.

Pela apreensão dos processos elucidados, partimos da ideia de que no movimento da atual conjuntura, tem sido forjado um projeto de formação nas Residências em Saúde que caminha em direção oposta ao preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como produto de uma expansão precarizada dos programas. Isso pode ser apreendido mediante a leitura dos desafios apontados pelos trabalhadores das Residências em Saúde na *Carta de Natal*.

No contexto da UFRN, apreendemos que o movimento tem sido semelhante: os cursos têm se expandido, oportunizando o ingresso de profissionais em uma proposta diferenciada de pós-graduação e formação para o SUS. Contudo, a expansão dos cursos

⁴⁰ O reajuste foi divulgado pelo Ministério da Educação e Cultura através da Portaria Interministerial n° 9 de 13 de outubro de 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-9-de-13-de-outubro-de-2021-352332739> .

convive com dilemas, desafios e possibilidades na particularidade de cada realidade onde tais cursos são ofertados.

No nível local, esses programas são coordenados pela Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), a qual dispõe de um representante por programa nas localidades onde os cursos são ofertados. Já a nível nacional, as Residências Multiprofissionais são coordenadas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Contudo, como já mencionado, a CNRMS está desarticulada desde os anos 2016 e 2017, inviabilizando a condução efetiva dos programas de Residência no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde. De acordo com um dos relatos,

Politicamente falando a Comissão Nacional ela está ativa, está suspensa para o controle social, ou seja, os fórum que representam os atores e atrizes, então Fórum Nacional de Residente em Saúde; Fórum de Coordenadores; o Fórum de Preceptores; que formam o movimento nacional das residências em saúde, que é um movimento histórico. (...) Esse movimentos nacional, que nasce lá nos Seminários Nacionais de Saúde, que aconteciam promovido pelos ministérios, justamente tudo que nós temos, o pouco que nós temos de resolução, de normas técnicas, enfim, de normativas das residências, nasce nesse processo de seminários, e o último aconteceu em 2012 (...), e justamente essa desorganização, ela não é por acaso, isso é histórico. Não é a primeira vez que a Comissão Nacional é suspensa, já houve outros momentos de suspensão, e a história aponta sinais que, todas as vezes que os movimentos, o controle social conseguia alcançar os espaços de coordenação ou estavam próximo de ocupar esse espaço de coordenação, de pensar, de realmente pautar as nossas necessidades, não a necessidade da burocracia, houve golpes e cancelamento da comissão. 2017 isso acontece, 2019 isso também acontece, as últimas duas suspensões (PJ, 2021).

Ao analisar as publicações da CNRMS no site do Ministério da Educação e Cultura, identificamos algumas questões:

a) Foram identificadas movimentações de documentos da CNRMS em anos posteriores a 2017: até 2018, os comunicados saíam em nome da CNRMS; há um vazio de comunicados entre as datas de 03/05/2018 e 11/01/2019 (ambos em nome da CNRMS). Após isso, o comunicado seguinte é de 02/05/2019, já em nome da **Coordenação Geral de Residências em Saúde**. A partir deste, os comunicados seguintes partem todos da CGRS, sendo o último emitido em agosto de 2020;

b) No que se refere à divulgação das ATAS de reunião, a última divulgação foi feita em 2017, socializando o calendário de reuniões da CNRMS 2017/2018. Contudo, há uma divulgação do calendário de reuniões da CNRMS para 2019, com a divulgação de 2 atas (1 reunião em janeiro e outra em fevereiro). Tais cenários suscitam dúvidas: a

CNRMS continua ativa? Quem está coordenando/gerindo, no âmbito ministerial, as Residências Multiprofissionais? A CGRS coordena as Residências Médica e Multiprofissional?

c) De acordo com o site, a CNRMS está composta por representantes: MEC (6); Secretaria Executiva (2); MS (4); CONASS (4); CONASEMS (4); ANDIFES (2); ABRUEM (2); Representantes de Coordenadores (4); Representantes dos Residentes (4); Associações de Ensino das profissões da Saúde (2); Conselhos Federais da Área da Saúde (2); Entidades sindicais nacionais representativas de trabalhadores da área da saúde (2); Representante de Tutores/Preceptores (4); CNS (2). Porém, por não estar datado, não sabemos se os dados são atualizados. De todo modo, ainda questionamos que os Fóruns de articulação (Residentes, FENTAS e etc) não são considerados, a princípio, para a composição da CNRMS.

d) Foi divulgada a Portaria Interministerial nº 7, de 16 de setembro de 2021, que “dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS (...), e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde” (BRASIL, 2021). Contudo, tal portaria não contempla paridade na representação dos integrantes, significando um processo de retomada com frágil composição democrática⁴¹. Do mesmo modo, não foram identificados registros de atas ou reuniões no site oficial do MEC, após a publicação desta Portaria, que indique a retomada de fato da Comissão Nacional.

Além das indefinições evidenciadas acima, o impacto da ausência da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde se dá também na avaliação e aprovação da criação de novos programas de residência, conforme relato:

A avaliação nas residências deveria ser pré, antes do programa ser aprovado e uma avaliação contínua. Hoje a comissão nacional está suspensa desde 2017. Eu fazia parte da Comissão Nacional, era representante do Fórum Nacional de Residentes, mas naquela época mesmo ela ativa não estava tendo avaliação prévia. Então os programas que estavam sendo aprovado sem avaliação nenhuma, ou seja, na cega, e aí, claro, conflito de interesses, clientelismo, aprovações, estavam acontecendo dentro da Comissão Nacional de Residência em Saúde. As câmaras técnicas (...) para avaliar um programa para ser aprovado, você precisa primeiramente apresentar um projeto a partir do edital, e aí existe uma resolução para isso, onde a comissão nacional, o MEC e o Ministério da Saúde enviam os avaliadores, investimento público para isso. Esses avaliadores vão fazer avaliação a partir do projeto político pedagógico,

⁴¹ Em outubro de 2021, foi divulgada nota conjunta entre o CFESS e a ABEPSS acerca da retomada da CNRMS sem a garantida da paridade na representação, solicitando a revogação desta normativa. Ver mais em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-cfess-abepss-2021.pdf> . Acesso em: dez. 2021.

ele vai dar o parecer, depois vai para câmara técnica, que são sete câmaras técnicas: existe uma câmara técnica hospitalar, intensiva, atenção básica, enfim (...). Na Comissão Nacional só tá no papel, há mais de cinco anos ou mais, 2017 para cá, 3, 4 anos. O pessoal fala que desde 2012 isso tá acontecendo sem visita, então na cega. A gente conseguiu fazer visitas em 2017, mas devido porque as instituições que pagavam o avaliador, então conflito de interesses vinham à tona, então as avaliações para provar programa tavam sendo feita dessa forma (PJ, 2021).

Neste sentido, entendemos que as implicações são severas no que se refere à carência da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, pois incidem na qualidade dos Programas que vêm sendo aprovados. Como garantir que os projetos de novos programas de Residência estejam alinhados ao preconizado para as RIMS na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde?

A ausência de uma instância ativa institucional que regule, proteja e defina diretrizes para o trabalho e a formação dos residentes, bem como para a ação dos tutores e preceptores, reflete diretamente nas condições de estudo e trabalho historicamente precarizadas no âmbito desses programas. Ao mesmo tempo, entendemos que são necessárias forças sociais, agentes políticos coletivos, entre outros. Um movimento social que está em construção e tem muitos desafios.

No atual contexto em que as deliberações sobre cada programa recaem unicamente às COREMUs formadas nas instituições, perde-se o horizonte de totalidade e fragiliza-se a organização geral dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde, resultando em situações de desproteção, sobretudo do/a residente.

Entendemos que a situação se complexifica nas particularidades dos Programas de Residência inseridos nos Hospitais Universitários que, em sua maioria no Brasil, encontram-se geridos pela EBSEH, cuja racionalidade privatista e gerencial adentra aos Programas de Residência e incidem diretamente no funcionamento dos Programas, reiterando uma lógica de Ensino em Serviço que fragmenta essas dimensões, opera na separação do trabalho manual e intelectual e fortalece práticas de inclusão de força de trabalho de forma precarizada nos serviços de saúde. Por essa razão também, nos detivemos nesse estudo a apreender o processo de construção da Residência Multiprofissional em Saúde em um Hospital Universitário.

Na UFRN, os programas têm sido expandidos nesse contexto, de modo que acompanhamos também o crescimento do Serviço Social nesses espaços, o que nos inclina a pensar neste estudo acerca da formação dos(as) Assistentes Sociais nos programas de residência da UFRN no seu atual contexto de expansão.

Tal debate se funda na premissa de que há particularidades na formação dos(as) assistentes sociais – como a orientação do processo formativo por um projeto ético-político –, as quais, no contexto da pós-graduação que se realiza por meio dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde, têm sido desafiadas pelo contraditório processo educativo desses cursos. Assim, nos colocamos a pensar no próximo capítulo: como se dá a formação de Assistentes Sociais nos programas de Residência em Saúde?

4 A FORMAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Neste capítulo, particularizamos a análise sobre o processo de formação dos(as) assistentes sociais nas Residências em Saúde, trazendo as apreensões acerca dos elementos que constituem a formação na Residência: motivações para participação nos Programas de Residência da UFRN; qualificação para o SUS; conteúdos ofertados nos eixos teóricos; mecanismos de avaliação; relações entre residentes, tutores/preceptores e COREMU; relações multiprofissionais no cenário hospitalar; experiências do pós-residência para os(as) egressos(as) e proposições de melhorias para os Programas de Residência em Saúde da UFRN. Ademais, abordaremos ainda os conteúdos dos Projetos Pedagógicos dos Programas de Residência executados no HUOL, em que os(as) assistentes sociais integram.

Dialogar acerca da presença do Serviço Social nos Programas de Residência em Saúde exige reconstruir, a priori e de modo breve, o caminho traçado até aqui, no que se refere a construção da Pós-graduação em Serviço Social como integrante do processo de desenvolvimento da Pós-graduação no Brasil, a qual se constitui efetivamente como sistema após a década de 1960, mediante aprovação do Parecer Sucupira, conforme já mencionado no primeiro capítulo.

Tal processo traz consigo as marcas do contexto ditatorial-militar vivido à época, o qual tinha o desenvolvimento técnico e científico da universidade como requisição política e do mercado, que, por sua vez, buscava realizar o projeto desenvolvimentista. Nesse contexto, a universidade passou a se constituir como inimiga do Regime e, portanto, alvo de interpelações do governo, passando por reformas que buscavam adequá-la às requisições da época. Segundo Kameyama (1998), a Reforma Universitária foi realizada para adequar o ensino superior à perspectiva vigente de “modernização conservadora” da sociedade. Ademais, de acordo com Guerra (2011), a partir desse movimento, o projeto ditatorial visa fortalecer

a perspectiva de configurar à universidade um determinado perfil de neutralidade, assepsia, tecnocratismo, conformando e sustentando uma racionalidade formal-burocrática. Internamente, foi necessário que a ditadura promovesse um projeto que vele, acoberte, dissimule sua natureza coercitiva. O invólucro mistificador de que ele se recobre tanto se faz pela ideologia tecnicista quanto ganha corpo na constituição de uma tecnoburocracia. É importante ressaltar que a criação da pós-graduação no Brasil obedece à mesma lógica de tantos outros processos históricos do Brasil e de outros países da América Latina: foi criada pelo alto, para atender aos interesses de uma burguesia nacional e, sobretudo, estrangeira (GUERRA, 2011, p. 129).

É nesse contexto, sobretudo a partir da década de 1970, que a trajetória da pós-graduação e da produção de conhecimento no Serviço Social se processa no Brasil através da criação de espaços de reflexão teórica, como os cursos de Pós-graduação – *locus* de qualificação da massa intelectual de cariz crítica que se formava no Serviço Social, constituindo uma vanguarda política e intelectual – a qual contribuiu para o avanço das tendências do projeto de ruptura com o conservadorismo. Neste período a produção intelectual se constitui como uma estratégia de formação da direção social que se apresentava como projeto ético-político. Segundo Guerra (2011),

não obstante a esta tendência de continuidade com o modelo alienígena – mas vindo em sentido contrário, como parte de um movimento iniciado em meados da década de 60 que questiona as influências estrangeiras no Serviço Social latino-americano e o tradicionalismo das suas formulações teórico-metodológicas e ético- -políticas –, tem-se no ano de 1975 a fundação do primeiro Curso de Pós-Graduação Latinoamericano de Trabajo Social (PLATS) na Universidade Nacional de Honduras, resultado da articulação entre Universidades Centro-Americanas e o Centro de Estudios Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS). **É no contexto do movimento de reconceituação latino-americano, como marco questionador do conservadorismo profissional e das influências estrangeiras no Serviço Social latino-americano, que se estabelecem as bases para uma interlocução com as ciências sociais.** Este movimento questionador da suposta subalternidade profissional e do significado social da profissão desencadeia preocupação com a qualificação profissional e com a pesquisa. Não é demais lembrar que é a batalha travada contra o tradicionalismo (teórico-metodológico, ético-político e prático-profissional) do Serviço Social que o direciona para a sua qualificação, já que esta é pressuposto daquela (GUERRA, 2011, p. 131-132, grifo nosso)

Além da Pós-graduação, um conjunto de elementos como a publicação da Revista Serviço Social e Sociedade e a organização de eventos como Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais e assembleias da Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social (ABESS)⁴² e do Centro de Documentação e Pesquisa em Políticas Sociais e Serviço Social (CEDEPSS) figuram como importantes mediações realizadas pela categoria no âmbito universitário para impulsionar os avanços da renovação profissional em curso.

O contexto da autocracia burguesa e as agendas de luta por democracia impõem demandas sociais que passam a ser absorvidas no âmbito da pesquisa e da produção de conhecimentos, a fim de possibilitar respostas profissionais adequadas àquela realidade que se colocava, consolidando assim a Pós-graduação em Serviço Social. Esse contexto é permeado ainda pelo processo de ruptura com o conservadorismo, empreendido pela categoria profissional desde meados dos anos 1960, cujo processo foi embargado pela Ditadura Militar,

⁴² A ABESS foi criada em 1946 e o CEDEPSS na década de 1980. Ver mais em: <https://www.abepss.org.br/historia-7>.

ganhando forças novamente no declínio dos anos de chumbo, ao final da década de 1970. Para Carvalho e Silva e Silva (2005, p. 28):

o Serviço Social aos poucos assume as inquietações e insatisfações deste momento histórico e direciona seus questionamentos ao Serviço Social tradicional através de um amplo movimento, de um processo de revisão global, em diferentes âmbitos: teórico, metodológico, operativo e político. Este movimento de renovação que recebe a denominação de Movimento de Reconceituação alcança a América Latina como um todo e impõe aos assistentes sociais a necessidade de construção de um novo projeto comprometido com as demandas das classes subalternas, particularmente expressas em suas mobilizações.

A partir de então, o Serviço Social assume como matriz teórico-metodológica o marxismo, através de um processo complexo de interlocução com a teoria social crítica de Marx, permeado inicialmente pela aproximação da categoria profissional com outros autores de base marxiana, como Althusser, Mao Tsé-Tung e entre outros⁴³ (NETTO, 2011).

No decorrer das décadas de 1970 e 1980, muitos avanços se processam até o Serviço Social se consolidar como importante área de conhecimento no ensino superior brasileiro, também como decorrência do reconhecimento do Serviço Social como área de conhecimento das agências de fomento à pesquisa, como a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq),

cujos princípios e parâmetros de avaliação vigentes apontam para a valorização de conhecimentos que deem respostas práticas aos desafios da realidade brasileira: a inclusão social, o combate às drogas e à violência, questões urbanas, as reformas da saúde, da previdência, a gestão da assistência social, as políticas de gênero, dentre outras. (MOTA, 2013, p. 21).

Na Pós-graduação, o Serviço Social alcança sua maturação mediante o desenvolvimento do seu referencial teórico no marxismo entre os anos 1980 e 1990, destacando-se nesse processo a contribuição de Yamamoto (1982), Netto (1990), entre outros. Os avanços da Pós-graduação se expressam na maturação das premissas teóricas do pensamento marxiano e da absorção de novas questões de pesquisa no cenário profissional, bem como o crescimento de gerações de intelectuais provenientes da área de Serviço Social, contribuindo com a formação de novos pesquisadores.

⁴³ Netto (2011) configura este momento como uma aproximação enviesada do Serviço Social ao Marxismo. Ver mais em: Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.

Todo esse processo acompanhava as transformações sócio-históricas do período, sobretudo a transição democrática vivenciada no Brasil, após o fim da Ditadura Militar. Com isso, o ensino superior em Serviço Social, em nível de graduação e pós-graduação, se fortaleceu e expandiu consideravelmente. O primeiro curso de pós-graduação em Serviço Social (PPGSS) a nível de mestrado foi criado em 1972, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), seguido pela criação de outros cursos de mestrado em Serviço Social em todo país: PUC/RJ – 1972; UFRJ – 1976; PUC/RS – 1977; UFPB – 1978; e UFPE - 1979. Em 1980 a PUC/SP cria o primeiro curso de doutorado em Serviço Social (KAMEYAMA, 1998).

De acordo com os dados do Relatório da Avaliação Quadrienal da CAPES (2017)⁴⁴ sobre o Serviço Social,

Essa expansão inicial entre os anos de 1970-80 é parte de um processo em curso no país. Nessas décadas, as principais agências de financiamento de pesquisa (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível superior - CAPES e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq) incluem o Serviço Social como área de conhecimento, momento de configuração do Sistema Nacional de Pós-Graduação e de elaboração do primeiro Plano Nacional de Pós-Graduação (PNPG). Mais do que um procedimento burocrático-administrativo, esta inclusão reconhece a luta da categoria em prover status acadêmico a uma profissão que se legitima por meio de sua dimensão interventiva na divisão sócio técnica do trabalho. Cumpre reconhecer o papel da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), dos programas de pós-graduação, dos pesquisadores e de todas as coordenações da área na Capes na luta pela legitimação do conhecimento produzido pela área (CAPES, 2017, p. 3).

É nesse período, mediante a expressão que a Pós-graduação em Serviço Social assume no país – em um contexto de massificação do ensino superior, inclusive na graduação de Serviço Social⁴⁵ e suas contradições, como o Ensino à Distância, privatização, dentre outros – que se consolida o reconhecimento do Serviço Social como profissão e importante área de conhecimento, cujo reconhecimento é notório desde 1980 e se fortalece a partir da segunda metade dos anos 2000, quando aumentam os cursos de doutoramento.

⁴⁴ O Relatório da Avaliação Quadrienal da CAPES (2017) foi analisado, visto que era o último relatório de Avaliação da Área de Serviço Social realizado pela CAPES disponível no site. Ver mais em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/avaliacao/sobre-a-avaliacao/areas-avaliacao/sobre-as-areas-de-avaliacao/colegio-de-humanidades/ciencias-sociais-aplicadas/servico-social>. Acesso em: dez. 2021.

⁴⁵ Para o Serviço Social, este tem sido um cenário preocupante e desafiador, visto que, somado às tendências já mencionadas no âmbito do ensino superior, têm sido veiculados e ofertados de forma ilegal cursos de extensão em Serviço Social, o que tem mobilizado a categoria profissional por meio do Grupo de Trabalho do conjunto CFESS/CRESS ‘Cursos de extensão e/ou livres ofertados ilegalmente como graduação em Serviço Social’, o qual publicou recentemente seu relatório final, elucidando o cenário desafiador que se coloca para a profissão nos dias atuais.

Sobre o percurso desse processo traçado pelo Serviço Social, Netto (1998, p. 105-106) aponta alguns elementos que configuram esse “quadro de maturação profissional”, quais sejam: um currículo mínimo definido nacionalmente e inserido no ensino superior; a pós-graduação em expansão (naquele período estava em 7 universidades); a renovação da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS, anteriormente denominada ABESS – Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social, criada na década de 1940); o avanço da produção acadêmico-científica nos espaços universitários e centros de pesquisa, tendo como importante marco a criação da *Revista Serviço Social e Sociedade* em 1979 como um dos principais veículos de comunicação e divulgação científica da categoria profissional; a interlocução com outros países; o fortalecimento dos Conselhos Federal e Regionais de Serviço Social, das instâncias do Movimento Estudantil de Serviço Social, bem como dos eventos e encontros nacionais da categoria, como o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, com notado crescimento a partir do final dos anos 1970.

Em um levantamento acerca do perfil de pós-graduação em Serviço Social no Brasil, Prates (*et al*, 2016) apontam que, à época do estudo, a área de Serviço Social dispunha de 34 programas de pós-graduação, em sua maioria realizados nas áreas de: Serviço Social, Política Social, Políticas Públicas, Serviço Social e Política Social, Política Social e Serviço Social, e Economia Doméstica (PRATES, 2016).

De acordo com a Avaliação Quadrienal da CAPES (2017, p. 4), esses Programas estão assim distribuídos: “12 na região Sudeste (36,4%), 11 na região Nordeste (33,3%), 05 na região Sul (15,2%), 03 Programas na região Centro-Oeste (9%) e 02 estão na região Norte (6%).”, apontando portanto, um destaque para as regiões sudeste e nordeste com a maior concentração de cursos de pós-graduação em Serviço Social. Destes, 78,8% estão nas universidades públicas, 14,7% em universidades comunitárias e 2,9% em universidades privadas (CAPES, 2017).

De modo geral, a concentração dos cursos de Pós-graduação nas instituições públicas se estende às demais áreas de conhecimento aoem nível nacional. Sobre o atual cenário dos cursos de Pós-graduação *stricto sensu* no Brasil, em uma consulta realizada ao GeoCapes⁴⁶, até julho de 2019 os 4.291 cursos existentes estavam assim distribuídos: 57,6% (2.472) na rede pública federal, 23,2% (994) na rede pública estadual, 0,7% (22) na rede pública

⁴⁶ De acordo com o Portal da Capes, “GeoCapes é uma ferramenta de dados georreferencial. De forma simplificada, pode ser definida como uma base de dados que consiste em referenciar informações de acordo com sua localização geográfica. É uma maneira de disponibilizar informações acerca dos mais diversos cenários em que a Capes participa ou está relacionada.”

municipal e 18,5% (793) na rede privada de ensino. Com isso, apesar da forte expansão do setor privado no ensino superior nos últimos anos, observa-se que a maior concentração de oferta de cursos de Pós-graduação ainda é na rede pública, com 81,5% destes. Contudo, partilhamos da análise de Carvalho e Silva (2005), ao inferir que

mesmo sem estar exclusivamente alojada no setor privado e mercantil, a *Educação, em geral, e a Pós-graduação, em particular*, estão sendo objeto de uma ofensiva política e intelectual que as colocam a serviço da formação do chamado capital humano, considerando a formação profissional e a pesquisa como um instrumento à competitividade do país (CARVALHO; SILVA, 2005, p. 15, grifo nosso).

Desse modo, é possível apreender que o desenvolvimento histórico da pós-graduação, não só no Serviço Social, mas de modo geral, tem sofrido os rebatimentos das inflexões do projeto neoliberal, os quais têm reiterado em complexas relações as tendências já apontadas de tecnificação, superespecialização do conhecimento, aligeiramento, precarização, EaD e privatização, alterando assim as condições de formação para o trabalho, trazendo diferentes contornos para a relação entre teoria e prática.

Assim, formar para o trabalho no atual contexto, trata-se de um processo permeado por expressões contemporâneas de desenvolvimento da sociabilidade capitalista, sob a égide do projeto neoliberal, manifestadas como algumas tendências já apontadas neste estudo.

A tendência de tecnificação aparece como uma das mais fortes e com mais desdobramentos não só no ensino de Pós-graduação, mas na graduação e na educação básica e tecnológica. Esse movimento se desenvolve historicamente, não sendo necessariamente uma novidade das últimas décadas. Trata-se de uma demanda histórica do desenvolvimento das forças produtivas do modo de produção capitalista, que credita à Educação a necessidade formação da força de trabalho, exigindo, pois, sua constante adequação às transformações do capital.

Vale salientar ainda que não se trata de um processo passivo e sem resistências daqueles(as) que compõem e pensam a Política de Educação, cujos processos se delineiam de forma dinâmica e contraditória. As lutas por qualidade da educação, lutas por educação pública e de qualidade se constituem historicamente, com ênfase em 1960, mobilizadas por docentes, discentes, técnicos(as), dentre outros(as).

A diferença reside nas formas que se expressam, por meio da fragmentação e segmentação do conhecimento, sobretudo quando se trata da sua incidência no ensino superior, especialmente encontrando solo fértil nos cursos de Pós-graduação *latu sensu*, que

sob o fetiche da qualificação e superespecialização, fragmentam as grandes áreas do conhecimento em subgrupos, perdendo em muitos aspectos a condição de totalidade.

Nesse aspecto, ainda dialogando sobre as novas expressões dessa tendência, temos acompanhado o fortalecimento das iniciativas de processos formativos que congregam experiências teórico-práticas de forma simultânea no âmbito da Pós-graduação, a exemplo dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e os Mestrados Profissionais (MP)⁴⁷. O crescimento dos programas de Mestrado Profissional, regulamentados pela CAPES através do Parecer nº 98/1998, já era expressivo há quase uma década:

O mestrado acadêmico mostra um crescimento forte, mas é o mestrado profissional que vem apresentando um crescimento muito expressivo, embora a partir de uma base frágil: em 1999, existiam 28 programas, enquanto que, em 2011, 329 cursos já tinham sido implantados. Ou seja, um crescimento de cerca de 1000% no período (CIRANI *et al*, 2015, p. 169).

Esse número tende a subir nos anos subsequentes, chegando até 2018 com o total de 741 cursos de Mestrado Profissional no Brasil, conforme identificado no GeoCapes. De acordo com a Portaria que regulamenta tais cursos, fica evidente uma problemática já apontada neste trabalho, que é o formato desses programas, muitas vezes aligeirados e voltados à formação para o trabalho, de modo que rompem muitas vezes com o tripé Ensino-Pesquisa-Extensão, o qual sustenta a Universidade Pública.

Conforme o documento, os cursos de Pós-graduação de Mestrado Profissional devem ter “estrutura curricular clara e consistentemente vinculada a sua especificidade, articulando o ensino com a aplicação profissional, de forma diferenciada e flexível, em termos coerentes com seus objetivos e compatível com um tempo de titulação mínimo de um ano” (CAPES, 1998, p. 1)

Essas são algumas razões que sustentam as críticas que o Serviço Social, enquanto categoria, tece ao Mestrado Profissional. Para Guerra (2012, p. 2), nesses cursos,

⁴⁷ De acordo com a Ribeiro (2007, p. 1), “o mestrado profissional (MP) é um título terminal, que se distingue do acadêmico porque este último prepara um pesquisador, que deverá continuar sua carreira com o doutorado, enquanto no MP o que se pretende é imergir um pós-graduando na pesquisa, fazer que ele a conheça bem, mas não necessariamente que ele depois continue a pesquisar.”. Ver mais em: https://www.capes.gov.br/images/stories/download/artigos/Artigo_30_08_07.pdf

em razão da sua natureza, formato e objetivos, a pesquisa inovadora e autônoma desaparece. A educação se realiza cada vez mais conectada com a lógica do mercado, como um bem de consumo imediato. Neste formato, há o interesse no aproveitamento de mestres nos setores produtivos e de doutores na pesquisa. Obedecendo a uma lógica mercantilista, pragmática e instrumental, a pós-graduação é instrumentalizada para responder diretamente às necessidades do capital e dos serviços oferecidos no mercado (GUERRA, 2012, p. 2).

Ribeiro (2007) endossa a perspectiva ora criticada pelo Serviço Social ao apontar os dois eixos prioritários para os Mestrados Profissionais, quais sejam: o primeiro evidencia que tais cursos agregam competitividade e produtividade às empresas, sejam elas públicas ou privadas; o segundo, de que os MP contribuem diretamente com a gestão de ONGs, setores sociais governamentais e “outras organizações de espírito público, ainda que não estatais”. (RIBEIRO, 2007, p. 1)

Reitera-se aqui que as inquietações quanto aos modelos de cursos que se propõem e se expandem no âmbito do ensino superior de Pós-graduação atualmente, residem na sua articulação mecânica com o trabalho, fugindo assim das relações teórico-práticas que constituem a práxis. Assim, as expressões do tecnicismo e do aligeiramento da formação na Pós-graduação relacionam-na diretamente enquanto produto para o mercado, ao se voltarem para uma formação eminentemente técnica para o trabalho.

Desse modo, analisar as atuais tendências do ensino de pós-graduação para além da pesquisa, mas como formação cada vez mais voltada para o mercado de trabalho, implica apreender os processos de formação para o trabalho, e o que isso acarreta para as instituições de ensino, as quais, em decorrência do desenvolvimento das forças produtivas do capital – exigindo uma educação cada vez mais tecnicista e laboral –, têm se tornado espaços quase exclusivos de formação para o trabalho, desenvolvendo em menor escala outras habilidades e conhecimentos.

Como outra expressão desse processo, trazemos para análise que ora propomos uma modalidade particular de Pós-graduação: os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, que se situam no âmbito da pós-graduação e tem sido uma área em expansão – que se dá no contexto do avanço do Ensino Superior no Brasil durante o ciclo do PT 2003-2016 – para o Serviço Social, a fim de apreender as relações paradoxais que os constituem enquanto formação para o Sistema Único de Saúde e educação para o trabalho, com o propósito de identificarmos e analisarmos as tendências para a formação dos(as) assistentes sociais inseridos nestes espaços.

Como já mencionado, tais programas têm sua criação datada da década de 1940 e sua regulamentação ocorrida em 1977 por meio do Decreto n° 80.281/77 (RIBEIRO, 2011;

CFESS, 2017). A Lei nº 11.129/05, que institui a residência em área profissional da saúde, diferencia os programas de residência multiprofissional em saúde dos demais programas de pós-graduação *lato sensu* por contemplar a concepção de Ensino em Serviço, o que pressupõe a atuação profissional dos residentes nos serviços de saúde, em articulação com as atividades teóricas exigidas nos cursos de especialização. Assim, é possível inferir que a Residência em Saúde no Brasil tem cumprido não só sua função formativa para o trabalho no SUS, mas também fornecido força de trabalho para os serviços de saúde.

Embora o Serviço Social já estivesse inserido nos programas de Residência Multiprofissional, segundo Castro (2013, p. 155) em 2 programas criados há mais de 20 anos, nos Hospitais Universitários da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), é nesse período de regulamentação e expansão dos programas por meio do REHUF que se abre a possibilidade de entrada massiva para os(as) Assistentes Sociais na Residência em Saúde.

A inserção do Serviço Social nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde se dá pela importância que a profissão assume ao se consolidar nas últimas décadas enquanto profissão e área de conhecimento, bem como em virtude da histórica presença da categoria profissional na área da saúde, como uma das áreas que mais emprega assistentes sociais. Com isso, os programas de Residência Multiprofissional em Saúde têm, ao longo dos anos, expandido suas vagas para os/as assistentes sociais. No ano de 2006, por exemplo, o Serviço Social ocupava a terceira posição entre as profissões com maior quantitativo de vagas de Residência em Saúde (BRASIL, 2006).

Ademais, a análise sobre a Residência Multiprofissional vem ganhando importante espaço no debate do Serviço Social, enquanto curso de pós-graduação e espaço de atuação, apresentando questões importantes que interferem diretamente na atuação dos profissionais, quais sejam: a carga horária de 60h semanais dos(as) residentes⁴⁸, a qual se organiza de forma desproporcional entre 40h de atividades práticas de 20h de atividades teóricas; a organização

⁴⁸ Essa determinação ocorreu efetivamente quando a portaria interministerial (MEC/MS) nº 506/2008 alterou a portaria interministerial (MEC/MS) nº 45/2007, definindo a carga horária de 60h semanais para os residentes. A Resolução nº 3/2010 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde preconiza: “Art. 1º Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde têm a duração mínima de dois anos, equivalente a uma carga horária mínima total de 5760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas. (...) Art. 2º Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde serão desenvolvidos com 80% da carga horária total sob a forma de atividades práticas e com 20% sob forma de atividades teóricas ou teórico-práticas” (CNRMS, 2010, p. 1).

política das entidades representativas destes(as); a ausência de melhores condições e incentivos de trabalho para os(as) tutores e preceptores, e entre outras.

As condições de trabalho e formação nos programas de Residência Multiprofissional são historicamente marcadas pela precarização – tendo em vista que o curso já inicia com uma estrutura desproporcional da relação teórico-prática –, de modo que em tal contexto essa disparidade aumentou em face da crise pandêmica, momento no qual a força de trabalho da saúde foi amplamente requisitada (adoecimentos, mortes de profissionais, alta pressão sobre o serviço), fundamentada da premissa do Ensino em Serviço.

O que propomos, portanto, é a reflexão crítica sobre a forma que as contradições do processo de Ensino em Serviço vêm sendo delineadas, o que não anula as conquistas adquiridas com a criação e expansão desses programas, os quais, de fato, têm possibilitado o acesso de profissionais a cursos de pós-graduação, bem como, para muitos, se configura como importante espaço de contato com a prática profissional e acesso a renda, através das bolsas ofertadas.

Ao analisar esse movimento, identificamos que sob as condições que o Ensino em Serviço vem se estruturando, tende a reproduzir a separação do trabalho manual do trabalho intelectual, ao passo que há uma discrepante divisão do tempo destinado às atividades práticas em relação às atividades teóricas. Para além disso, trata-se de um trabalho desprotegido no que diz respeito aos direitos trabalhistas, justificado pela condição de estudante do(a) residente.

Desse modo, retomamos as análises quanto às novas modalidades de ensino superior de Pós-graduação, que são gestadas e difundidas na atual conjuntura, sob a perspectiva de inovação do ensino. Ao vincular o processo de ensino-aprendizagem com atividades práticas ou voltadas para o trabalho, os cursos orientados sob a perspectiva do Ensino em Serviço são estabelecidos sob uma perspectiva tecnicista, cuja organização curricular e de carga-horária – a exemplo dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde – suscitam questionamentos.

Diante do cenário já apontado, é urgente analisar as determinações que conformam essa perspectiva de Ensino em Serviço que tem norteado as novas modalidades de ensino de Pós-graduação, bem como, entender de que modo esse processo incide na formação dos(as) assistentes sociais.

4.1 A Formação em Serviço Social nas residências em saúde

Apreender a formação profissional dos(as) assistentes sociais na contemporaneidade, nos coloca a necessidade de conceber esse processo formativo como complexo, dinâmico e contraditório, que se forja na reprodução do semelhante movimento da realidade social. Partir dessa premissa nos faz resgatar inicialmente os debates realizados na categoria profissional desde a década de 1980 – período que remete ao processo de Reconceituação do Serviço Social e às tendências que se iniciam neste período no que se refere à formação, configurando-se como processo no qual a ABESS/ABEPSS é fundamental –, os quais já indicavam direcionamentos que se fazem ainda atuais para uma melhor apreensão da realidade onde se situa a formação dos(as) assistentes sociais.

Carvalho (1986) colocava como ponto de partida da análise o conceito de formação profissional como um processo complexo e amplo de:

preparação científica de quadros profissionais para responder às demandas sociais que se colocam para o Serviço Social; produção de conhecimentos, ou seja, intervenção; capacitação continuada da categoria em termos de atualização para o exercício da prática profissional (CARVALHO, 1986, p. 19).

Contudo, vale salientar que o processo de formação profissional dos(as) assistentes sociais não se reduz à preparação para o emprego e não está circunscrito à formação acadêmica de profissionais técnicos, mas, segundo a autora, trata-se de um projeto educacional que correlaciona o tripé universitário da pesquisa, ensino e extensão, sendo orientado por diretrizes básicas, cujo processo vem sendo delineado sob as condições sociais, econômicas e políticas em seu desenvolvimento histórico (CARVALHO, 1986).

É a partir dessa concepção ampliada de formação profissional dos(as) assistentes sociais que nos propomos a analisar esse processo no âmbito dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da UFRN executados no Hospital Universitário Onofre Lopes, que vivenciam nos últimos anos um contexto importante de expansão no estado, o que tem se dado também num período adverso de transformações societárias decorrentes do aprofundamento do projeto neoliberal, incidindo diretamente no desmonte das políticas de saúde e educação, assim como em importantes garantias democráticas no Brasil.

De acordo com o relatório da pesquisa Mapeamento das Residências em Área Profissional e Serviço Social, realizado pela ABEPSS (2018), observamos que a trajetória do Serviço Social nas Residências em Saúde inicia-se na década de 1970,

Apesar do avanço da inserção do Serviço Social nas Residências ocorrer nos anos 2000, é na década de 1970 que se identifica a primeira participação do Serviço Social em Residências. Em 1976, assistentes sociais integram a Residência Multiprofissional da Unidade Sanitária São José do Murialdo, em Porto Alegre (CFESS, 2017); tem-se ainda no mesmo ano a criação da Residência Uniprofissional do Hospital Universitário da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); e em 1997, a implementação da Residência Uniprofissional do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF) (ABEPSS, 2018, p. 11).

A partir dos anos 2000, concomitantemente à expansão dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil⁴⁹, o Serviço Social é cada vez mais inserido nesses cursos, constituindo-se como mais um espaço de formação profissional de nível superior para a categoria profissional. Contudo, como já evidenciado no decorrer do estudo, os Programas de Residência se constituem atualmente sob um tecido social complexo e apresentam importantes contradições em seu processo.

No Relatório elaborado pela ABEPSS (2018), foram pontuadas algumas questões referentes à organização, estrutura e formação nas Residências Multiprofissionais, as quais dialogam com alguns elementos também apontados como resultados da nossa pesquisa, identificados a partir das falas dos(as) profissionais e das análises documentais realizadas, quais sejam:

falta de condições de trabalho e de profissionais para assumirem a preceptoria/tutoria dos Programas; projetos construídos para atender à demanda ministerial de instalação de Programas de Residência multiprofissionais, gerando tensões e divergências quanto aos propósitos da Residência; dificuldades de relação entre instituição formadora e serviço, com dificuldades na efetivação da carga teórica; fragilidades no direcionamento das diretrizes curriculares da ABEPSS e do projeto ético-político profissional, nas atividades práticas e teóricas (ABEPSS, 2018, p. 12).

⁴⁹ De acordo com a ABEPSS (2018), “A metodologia utilizada teve como base a abordagem quantitativa e qualitativa. O mapeamento foi realizado a partir da análise de editais que apresentaram vagas para o Serviço Social no ano de 2018 no Brasil; pesquisa com tutores e preceptores de programas de residência; análise de 71 produções do Serviço Social sobre as Residências encontradas nas Revistas da área, anais dos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS) e Encontro Nacional de Pesquisadores de Serviço Social (ENPESS), e em teses e dissertações, publicadas a partir de 2010.”. Ver mais em: <https://www.abepss.org.br/noticias/confiraorelatoriodapesquisamapeamentodasresidenciasemareaprofissionaiseservicosocial-270>

Entendemos que os pontos relacionados acima se traduzem como estruturais da constituição dos programas de Residência em Saúde e se conformam nas relações contraditórias destes. Contudo, buscamos aqui dialogá-los com os relatos obtidos neste estudo, de modo a destacar as particularidades desses elementos no processo de trabalho e formação dos(as) Assistentes Sociais inseridos nos Programas de Residência.

Para apreensão das particularidades do processo formativo de Assistentes Sociais inseridos(as) nas Residências em Saúde, entendemos a priori que a formação em tais cursos de pós-graduação ocorre como processo complexo, permeado por dimensões macro e microsociais que se relacionam entre si, das quais elegemos algumas que consideramos principais para esta análise: motivações para participação nos Programas de Residência da UFRN; qualificação para o SUS; conteúdos ofertados nos eixos teóricos; mecanismos de avaliação; relações entre residentes, tutores/preceptores e COREMU; relações multiprofissionais no cenário hospitalar; experiências do pós-residência para os(as) egressos(as); e proposições de melhorias para os Programas de Residência em Saúde da UFRN.

Por se tratar de múltiplas dimensões, optamos por organizá-las sob forma de tópicos de análise temática dos relatos, de modo a facilitar a exposição dos resultados:

a) Motivações para participação nos Programas de Residência da UFRN

Nos dados obtidos, observamos que, de modo geral, tanto as tutoras e preceptoras quanto os(as) residentes egressos(as) elegeram 3 pontos fundamentais, cada, os quais expressam as motivações apontadas, conforme observamos nos relatos seguintes.

Os(as) residentes egressos(as) trouxeram como principais motivações: a busca por qualificação profissional e experiência profissional; acesso a renda; e experiências anteriores com a área da saúde e grupos de pesquisa, conforme observamos nos relatos a seguir:

ter uma qualificação atrelada a uma renda, de ter uma atuação profissional nessa área de residência na especialização, mas também de ter garantia realmente das minhas sobrevivências materiais (PH, 2021).

Então, eu criei essa vontade, esse desejo de me inserir no programa de residência a partir da disciplina de saúde. (...) Então, na metade do curso, eu vou dizer que eu já comecei a me preparar, eu já me via como residente (PM, 2021).

Referente ao grupo de tutoras e preceptoras, estas destacaram fundamentalmente três elementos de motivação para participação nos Programas de Residência: demanda do

Setor de Serviço Social do HUOL, relação com a academia (Universidade) e identificação com a proposta de formação, além de outras motivações pessoais, conforme observamos:

Era uma necessidade real que tinha, de algum profissional assumir e por outro lado, eu resolvi aceitar também por essa ligação com a academia e com a proposta de ensino (PS, 2021).

Eu recebi um convite diante de uma necessidade do serviço pela insuficiência de profissional e a necessidade de ter mais profissional em virtude disso. (...) E a minha motivação pessoal eu diria aqui, eu gosto do processo, eu acho que é um campo de muito aprendizado, um campo relacional, um campo de muita troca (PA, 2021).

No que se refere ao grupo de tutoras e preceptoras participantes da pesquisa, as motivações principais apontadas referem-se, de modo imediato, a uma demanda institucional do setor de Serviço Social do HUOL para as atividades de supervisão de residentes, o qual conta atualmente com quadro reduzido de profissionais para a atividade. Cabe mencionar que o setor de Serviço Social do HUOL conta atualmente com 18 assistentes sociais⁵⁰ (sendo 5 pertencentes ao quadro da UFRN e 13 vinculadas à EBSEH), que se dividem entre as 12 unidades de atenção. Algumas das unidades, contudo, encontram-se descobertas visto que determinados setores demandam mais de um(a) profissional de referência por situações do próprio trabalho e/ou por afastamentos de servidores(as) em função do contexto de pandemia. Destes/as assistentes sociais, apenas 3 acumulam as funções de tutoria e os(as) demais, de preceptoria dos(as) residentes de Serviço Social.

Ademais, tais elementos sinalizam para outros pontos importantes: nos relatos, identificamos que, para além de requisições do processo de trabalho institucional, há uma relação de compromisso profissional com a formação dos(as) residentes – nas profissionais do HUOL, bem como na docente da UFRN entrevistada –, compromisso este que tem base fundamental nos pressupostos do Projeto Ético-Político do Serviço Social. Entretanto, as atividades nos Programas de Residência aumentam a sobrecarga e não se traduzem em maior remuneração nem em reserva de horário para sua realização, de modo que as ações de tutoria e preceptoria se somam às demais atribuições profissionais cotidianas junto aos(as) usuários(as) no horário do expediente.

A situação das tutoras e preceptoras de Serviço Social do HUOL não é necessariamente uma particularidade da profissão, contudo se acentuam nesse sentido,

⁵⁰ Dados extraídos do Portal da Transparência, acessados em outubro de 2021.

dada a insuficiência de profissionais no setor, o que pode implicar significativas alterações nas atividades cotidianas realizadas, bem como sobrecarga de trabalho para as assistentes sociais.

Para os serviços, os desafios englobam a necessidade de maior integração entre tutoria/preceptoria; a realização de planejamento e avaliação conjuntos; a ampliação de quadros profissionais nos serviços de saúde; e a precarização das condições de trabalho. A não designação de carga horária para tutores e preceptores participarem de espaços de articulação e o número reduzido de profissionais nos cenários de prática inviabilizam muitas vezes a saída dos profissionais para os encontros que envolvem a participação do Serviço Social nos programas (CASTRO; CASTRO, 2013, p. 166).

Nesse sentido, assumir o compromisso com a melhoria da qualidade das condições de trabalho dos(as) tutores(as) e preceptores(as) nas Residências em Saúde deve ser pauta também prioritária nas agendas de luta dos diferentes fóruns e coletivos organizativos, a fim de, através dessa dinâmica, qualificar o processo formativo da Residência, não só para o(a) residente, mas também para a aqueles(as) que o constroem no campo da supervisão, com previsão de carga-horária e condições de trabalho adequadas.

Pensar o Serviço Social no âmbito das Residências em Saúde exige analisar o movimento pelo qual muitos(as) profissionais têm buscado esses programas. Nos relatos do grupo de residentes, observamos que as motivações se referem à busca por experiência profissional e sobrevivência, além de formação em nível de pós-graduação.

Um fato interessante observado nos relatos, sobretudo dos(as) residentes graduados a partir de 2016, foram as projeções da Residência como um “sonho”, como desejo alimentado desde a graduação. A Residência é vendida como “padrão ouro” de formação, e aparece para o(a) assistente social recém-formado(a) como uma combinação de possibilidades: experiência profissional, formação de pós-graduação, acesso a uma renda superior à média geral⁵¹ auferida por assistentes sociais no Brasil – os(as) quais passam por um processo de achatamento salarial em virtude da inflação, dos ajustes fiscais, ocasionando uma diminuição do poder aquisitivo como todas as demais categorias de trabalhadores – e a falta de concurso público, sobretudo no atual contexto em que os

⁵¹ Conforme relatório do DIEESE (2015), a média geral de rendimentos dos(as) Assistentes Sociais no Brasil em 2015 era de R\$ 2.265,35. Não foram localizados dados mais recentes. Ver mais sobre a pesquisa ‘Quem são os assistentes sociais no Brasil?’ (DIEESE, 2015): <https://drive.google.com/file/d/1zQVbn3UeyuFlhAow-asNsXuA4k66Rb5B/view>. Acesso em: outubro, 2021.

concursos públicos e empregos estáveis dão lugar aos contratos flexíveis, contratações por pregões públicos, entre outros.

Parte dessas expectativas construídas ainda na graduação pelos(as) assistentes sociais sobre os Programas de Residência referem-se à possibilidade de relacionar teoria-prática de forma imediata, conforme é proposto pelos programas, os quais são extremamente atrativos para a maior parte dos residentes. O debate sobre a indissociabilidade das dimensões teoria e prática é caro para o Serviço Social e diz respeito à superação da visão dicotômica e fragmentada da teoria e da prática para uma apreensão crítica e dinâmica da realidade.

Contrariando essa imagem, ao longo deste estudo analisamos que a concepção de Ensino em Serviço que engendra os Programas de Residência Multiprofissional – a qual se coloca como promotora de relações imediatas entre teoria e prática no âmbito da formação – tem reiterado relações de separação entre o trabalho manual e intelectual no processo de formação, mediante as formas que os programas vêm sendo implementados atualmente.

Observar este aspecto é fundamental para nos inquietarmos enquanto categoria profissional: qual modelo de formação tem sido fomentado para os(as) assistentes sociais nas Residências em Saúde? É fato que o espaço da Residência é rico de experiências importantes para a formação dos(as) trabalhadores que lá se inserem. Contudo, diante da precarização e desproteção da situação da formação, e sobretudo do trabalho nesses programas, é possível inferir que o(a) residente ainda precisa vivenciar caminhos tortuosos entre extensas carga-horárias de plantões, as quais devem ser conciliadas com as atividades teóricas e de pesquisa inerentes à elaboração de trabalhos de conclusão de curso, entre outros elementos que, combinados da forma que estão atualmente, afetam diretamente a formação através do ensino no âmbito da pós-graduação.

Os(as) residentes acabam encontrando as mesmas tendências do mundo do trabalho, estando, portanto, submetidos(as) às extensas jornadas diárias que duram 10 ou 12h, poucas folgas, valores das bolsas aquém da quantidade de trabalho realizada, exigências de produtos em prazos curtos para o cumprimento de atividades teóricas, dinâmica de produtividade, entre outros. As expressões desse processo aparecem ainda antes da entrada dos(as) profissionais nesses programas, quando têm que cumprir uma série de exigências para ingresso nos cursos, realizar exames de seleção com uma concorrência que cresce vertiginosamente a cada ano e se relaciona diretamente com a diminuição dos postos de trabalho, entre outros elementos.

Considerando esse contexto, analisar a Residência em Saúde implica diretamente a apreensão das condições de trabalho nesses programas, que apesar de não se configurarem como vínculos empregatícios, têm sua organização centrada na atividade de trabalho dos residentes. Com isso, o debate ora realizado sinaliza para nós que os(as) residentes, enquanto trabalhadores(as), estão expostos aos mesmos constrangimentos dos(as) demais trabalhadores(as) assalariados(as), que vendem sua força de trabalho para viver.

b) Qualificação para o SUS:

No que se refere às percepções acerca do Programa de Residência ser adequado para qualificar trabalhadores para o SUS, observamos que, de modo quase unânime, as respostas assinalaram positivamente para essa avaliação. Contudo, em todas as respostas, seja do grupo de tutoras e preceptoras, seja dos(as) residentes egressos(as), foram denotadas ressalvas importantes no que se refere ao processo de formação da Residência, conforme relatos das tutoras e preceptoras:

eu acho que ela é adequada, é importante, ela é necessária. Eu sempre dizia o quão privilegiado o profissional que consegue passar por uma residência, porque ele vai ter uma carga horária destinada para essa análise teórica, ele vai ter uma carga horária para tá inclusive circulando dentro do sistema, entre outras unidades, o que isso, principalmente pra gente, é muito importante essa questão da rede. Então você conhecer esse sistema, conhecer profissionais, não só ali pela linha telefônica, faz toda diferença, mas eu creio que ela ainda precisa de adaptações, eu acho que a gente precisa avançar do ponto de vista da discussão mais crítica (PQ, 2021).

é uma experiência de formação muito boa, mas precisa de muitas mudanças, eu acho que tem determinadas questões que precisam ser trabalhadas de forma melhor para a gente poder avançar nessa questão de formação (PE, 2021).

Já o grupo de residentes egressos(as) avaliou a formação nas Residências em Saúde para o SUS a partir dos seguintes elementos:

Para a primeira experiência que eu tive, eu acho que o SUS, ele fica muito secundário e deveria ser o ator principal. A proposta da residência em saúde é formar para o SUS, é ter um profissional qualificado para isso. E no processo da residência, principalmente no âmbito hospitalar, isso é muito secundário. Acredito que a fala de um residente na atenção básica é bem diferente da minha, mas eu não queria que fosse. A formação é para o SUS e ela deveria ser bem mais equiparada. (PM, 25).

A gente não pode dizer que não qualifica, qualifica, principalmente na nossa área e eu acho, eu acho não, eu tenho certeza, porque eu vivenciei que a

inclusão do serviço social no âmbito das categorias que formam a residência multiprofissional tem grande contribuição (...) eu acredito que com grandes dificuldades e grandes limitações ainda consegue formar bons trabalhadores com a visão ampliada de saúde para o SUS e grande parte das contribuições de residência se deve ao direcionamento ético-político do serviço social (PC, 2021).

Considero adequada no sentido da proposta, quem dera que todos os profissionais que querem atuar na saúde tivessem a oportunidade de fazer a residência, mas eu faço críticas ao formato de como é desenvolvido, a carga horária excessiva, a questão da responsabilidade que se é colocada ao residente quando se diz que ele deve ser, formação em serviço (...) é um formato interessante, porque ele insere profissionais recém-formados nas instituições de saúde pública, porém a forma como se desenvolve essa residência que precisa se repensar, seja em termos de carga horária, seja dentro da bolsa remunerada, seja em termos do acompanhamento real. (PL, 2021).

Os relatos nos suscitam algumas questões, como por exemplo: por que a carga horária dos(as) residentes não é igual a de seu(a) tutor? A reprodução do modelo biomédico inclusive passa por “adequar” o Serviço Social aos parâmetros de outras áreas passando, por cima das particularidades da profissão, como o debate das 30 horas.

Importante observar que, apesar dos relatos obtidos ao longo do processo de pesquisa, que referiam as situações de exaustão, descontentamento com a organização de carga horária dos cursos, entre outros, a percepção dos(as) entrevistados(as) sobre a Residência Multiprofissional é que se trata de uma formação diferencial e qualificada de trabalhadores(as) para o SUS. Mesmo com as ressalvas pontuadas, há uma identificação de que ainda é uma oportunidade única o profissional conseguir acessar uma formação para o SUS como a Residência em Saúde.

Observamos que, durante as entrevistas, sobretudo com residentes egressos(as), as relações de sentimentos quanto à formação na Residência são contraditórias, articulando ao mesmo tempo emoções de gratidão, descontentamento, frustração de expectativas, reconhecimento da importância da RIMS, justiça e injustiça, dentre outras, isto porque a experiência é rica em contradições e tensões, nas quais a materialidade do cotidiano tensiona os princípios e diretrizes do SUS e dos Programas de curso.

Salientamos o ponto levantado em uma das falas, que diz respeito à secundarização da discussão sobre o SUS no âmbito hospitalar. Apesar das experiências que os(as) residentes vivenciam durante o curso em diferentes equipamentos da Rede de Saúde, dimensões importantes da política de saúde, como as instâncias de controle social, são reduzidas e/ou inexistentes no processo de formação do(a) residente no HUOL, cabendo destacar que as diretrizes do SUS são afirmadas na estrutura, mas não se

materializam no âmbito do controle social. Trata-se de um processo de formação majoritariamente voltado para o treinamento técnico e procedimental, com base no modelo biomédico hegemônico.

Esse modelo se fundamenta na medicina científica moderna, para a qual a doença consiste em um defeito biológico-mecânico, o que leva a uma abordagem tecnicista da Atenção à Saúde, centrada na incorporação de tecnologias duras. Agrega-se aí uma concepção sobre saúde e doença em torno do paradigma da História Natural da Doença (HND), que trabalha com o agente, o hospedeiro e o ambiente, em seus aspectos quantitativos, centrando o manejo no corpo doente, considerando que o tratamento adequado no momento oportuno e durante o tempo necessário repercutirá em cura ou na redução dos danos aos corpos. Escapa dessa abordagem um conceito mais amplo de saúde, que inclui singularidades, relações, inclusões e exclusões, valores e culturas, que certamente modificam a possibilidade e o curso dos adoecimentos (SEIXAS *et al.* 2021, p. 4).

Esse modelo clínico-especializado e hospitalocêntrico de atenção à saúde encontra substrato na racionalidade médico assistencial privatista, a qual, segundo Mendes (1996 apud VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014, p. 50), tem como principais características: “a) ênfase no individualismo; b) o biologicismo; c) especialização médica; d) ênfase na tecnificação do ato médico; e) curativismo”. Com isso, o cuidado em saúde é centrado na cura individual e na produção de procedimentos clínicos – cuja discussão é parte do cenário (hospital de alta complexidade), mas não deve ser a hegemônica –, opondo-se frontalmente à concepção ampliada de saúde construída na Reforma Sanitária e impressa nos princípios, diretrizes, objetivos e organização do Sistema Único de Saúde.

Entendemos que a proposta da Residência em Saúde como demanda da Reforma Sanitária para qualificação de trabalhadores para o SUS visa romper com esse modelo biomédico e fortalecer o modelo de promoção a saúde horizontal e articulado em Redes. Contudo, esbarramos novamente nas questões que se referem a quais tendências e direção teórica e ético-política movem atualmente a implementação dos programas de Residência Multiprofissional na rede de saúde? Que projeto de formação é fortalecido nas RIMS que se expandem e se estabelecem nos Hospitais Universitários atualmente geridos pela EBSEH, cuja racionalidade empresarial favorece a manutenção do modelo biomédico de atenção à saúde?

Entendemos que, para essas questões, as respostas são complexas e estabelecidas no movimento das forças sociais, mobilizando cada vez mais articulações políticas e análises críticas que possibilitem realizar os enfrentamentos necessários. Mesmo assim, observamos que elas emergem das percepções dos(as) profissionais egressos, os quais

sentiram em suas experiências os impactos efetivos das questões apontadas referentes aos modelos de atenção à saúde nos Programas de Residência.

Ademais, no conjunto das falas, destacamos ainda a particularidade que o Serviço Social confere à RIMS, tanto na maneira de apreendê-la de forma crítica, reconhecendo seus limites, desafios e possibilidades, quanto no trabalho realizado e na organização didática dos conteúdos estudados no curso, cujos profissionais reconhecem a filiação dos(as) assistentes sociais que constroem a Residência em Saúde ao Projeto Ético-Político da profissão.

Algumas falas dos(as) residentes egressos(as) relacionaram a qualificação do curso com as dimensões da instrumentalidade do serviço social, identificando que apesar das fragilidades do programa, há ainda essa relação. Outra relação imediata estabelecida com o Serviço Social aparece na relação com as 30h, destacando a incompatibilidade entre o excesso de horas práticas da residência e a legislação profissional vigente, cujo dado indica que o momento “Trabalho” predomina sobre o momento “prática”.

c) Conteúdos ofertados nos eixos teóricos:

Outro elemento presente nos relatos obtidos na pesquisa foi o descontentamento dos(as) residentes egressos(as) com a maior parte dos conteúdos ofertados nos eixos teóricos 1 e 2 da Residência Multiprofissional, os quais pouco dialogam com a prática profissional dos(as) assistentes sociais e com a formação para a política de saúde de modo geral, expressando um indicador de adequação do Serviço Social ao modelo das profissões médicas. De acordo com o Manual da Residência Multiprofissional em Saúde 2021 (UFRN, 2021), os eixos teóricos são divididos da seguinte forma⁵²:

⁵² Foram inseridos apenas as imagens referentes aos programas de Residência em que constam Assistentes Sociais inseridos.

Figura 1 – Organização curricular da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFRN – Eixo 1

ATIVIDADE TEÓRICA		CARGA HORÁRIA
Eixo 1 (transversal dos programas)		220 horas
Eixo 2 (transversal da área de concentração)		610 horas
Eixo 3 (específico da profissão)		322 horas

EIXO 1		
ÁREAS TEMÁTICAS	CARGA HORÁRIA	PREVISÃO DE INÍCIO
Políticas de Saúde	40 h	1º semestre 2021
Metodologia da pesquisa e da ciência	60 h	1º semestre 2021
Ética e Bioética	20 h	2º semestre 2021
Epidemiologia	50 h	1º semestre 2021
Bioestatística	30 h	1º semestre 2021
Práticas Integrativas Complementares em Saúde	20h	1º semestre 2021
TOTAL	220h	

Fonte: UFRN (2021, p. 17).

Figura 2 – Organização curricular da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFRN – Eixo 2 (Saúde da Criança)

EIXO 2		
Área de Concentração – SAÚDE DA CRIANÇA		
MÓDULOS	CARGA HORÁRIA	PREVISÃO DE INÍCIO
Seminário de integração	20 h	Março de 2021
Segurança do paciente e uso racional	20h	1º semestre 2021
Gestão do Cuidado em Saúde	60h	1º semestre 2021
Cuidado Integral à Saúde da Criança I	80h	2º semestre 2021
Cuidado Integral à Saúde da Criança II	100h	2º semestre 2021
Processo Saúde-Doença	30 h	2º semestre 2021
Projeto de TCR	300 h	A partir do 2º semestre de 2021, distribuído na escala pelo tutor
TOTAL	610h	

Fonte: UFRN (2021, p. 17-18).

Figura 3 – Organização curricular da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFRN – Eixo 2 (Terapia Intensiva Adulto)

EIXO 2		
Área de Concentração – TERAPIA INTENSIVA ADULTO		
MÓDULOS	CARGA HORÁRIA	PREVISÃO DE INÍCIO
Seminário de integração	20 h	Março de 2021
Segurança do paciente e uso racional	30h	1º semestre 2021
Gestão do Cuidado em Saúde	60h	1º semestre 2021
Clínica ampliada ao paciente crítico	50h	2º semestre 2021
Cuidado integral ao paciente crítico	120h	1º semestre 2021
Processo Saúde-Doença	30 h	2º semestre 2021
Projeto de TCR	300 h	A partir do 2º semestre de 2021, distribuído na escala pelo tutor
TOTAL	610h	

Fonte: UFRN (2021, p. 18).

Figura 4 – Organização curricular da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFRN – Eixo 2 (Atenção Psicossocial)

EIXO 2		
Área de Concentração – ATENÇÃO PSICOSSOCIAL		
MÓDULOS	CARGA HORÁRIA	PREVISÃO DE INÍCIO
Seminário de integração	20 h	Março de 2020
Segurança do paciente e uso racional	30h	1º semestre 2021
Gestão do Cuidado em Saúde	60h	1º semestre 2021
Política Pública de Saúde e de Atenção Psicossocial	65h	1º semestre 2021
Cuidado Integral na Atenção Psicossocial	60h	2º semestre de 2021
Psicopatologia e Psicofármacos Suicidologia/ Gênero e sexualidade	30 h 20h/25h	2º semestre de 2021
Projeto de TCR	300 h	A partir do 2º semestre de 2021, distribuído na escala pelo tutor
TOTAL	610h	

Fonte: UFRN (2021, p. 19).

Quadro 3 – Organização curricular da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFRN – Eixo 3 (Serviço Social)

DISCIPLINAS	CARGA-HORÁRIA
<p><i>Questão Social, Determinação Social da Saúde e as Estratégias Profissionais em Saúde I</i></p> <p><i>Fundamentos Teórico Metodológicos, Ético-Político e Técnico-Operativo</i></p> <p><i>Particularidades do Serviço Social no Campo da Saúde Pública I</i></p> <p><i>Questão Social, Determinação Social da Saúde e as Estratégias Profissionais em Saúde II</i></p> <p><i>Particularidades do Serviço Social no Campo da Saúde Pública II</i></p>	322h

Fonte: Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas da UFRN – SIGGA (UFRN, 2021)

Cabe destacar que, ao analisar os Projetos Pedagógicos dos 3 cursos em que o(a) Assistente Social pode ser inserido(a) no HUOL (Atenção à Saúde da Criança, Terapia Intensiva Adulto e Atenção Psicossocial), identificamos que nas primeiras turmas do curso de Terapia Intensiva Adulto, havia a previsão de oferta de outras duas disciplinas, além das cinco que já são ofertadas atualmente no Eixo 3: Estudo Dirigido em Serviço Social I e Estudo Dirigido em Serviço Social II, as quais tinham como ementa “Abordagem de conteúdos e estudo dirigido contemplando a Política de Saúde e o trabalho do assistente social, aprofundando na unidade de terapia intensiva adulto” (UFRN, 2019, p. 43-44).

Porém, nos anos e projetos subsequentes, não consta nos Projetos Pedagógicos as justificativas pelas quais os componentes curriculares não foram mais ofertados, o que tem um impacto direto no processo de formação quando articulado a outras ausências de conteúdo, como aqueles referentes ao controle social, por exemplo.

Ao observarmos a disposição das disciplinas dos eixos teóricos 1 e 2, observamos que a maior parte dos componentes curriculares tem pouca ou, em alguns casos, nenhuma relação com a particularidade da profissão no âmbito hospitalar, o que tem um impacto relevante na trajetória dos(as) residentes, conforme relato dos(as) egressos(as):

Os eixos teóricos particularmente o eixo 1 e o eixo 2, o eixo 1 é o mais geral, ele tem um embasamento muito biomédico das ciências da saúde (...) e ao mesmo tempo tinha uma abordagem epidemiológica, mas muito pouco, o estudo de epidemiologia é muito pouco. Enfim, era o eixo 1 onde é que a gente tinha que analisar exames, tinha disciplina de análise de exames para todos os residentes, mostrar o caráter do procedimento centrado no paciente sem considerar as particularidades de uma formação ampla se conhecimento do SUS, da rede, apesar de que essa era a função do eixo 1 mas ele acabou sendo muito focado nas ciências da saúde, particularmente, biomédicas. E o eixo 2 que era a atenção à saúde da criança, já foi um pouco mais abrangente de entender a rede de atenção à saúde da criança, entender as particularidades, enfim, das redes de atenção à criança (...). E o eixo 3 era atividade teórica e específica do serviço social que eu acredito que foi a mais proveitosa na nossa própria formação profissional, foi aquela que de fato agregou para o exercício de uma prática dentro do hospital (PT, 2021).

Eu vejo que são sempre os mesmos eixos teóricos que não são pensados para abranger todas as categorias profissionais, então sempre tem uma categoria profissional que ela não vai ser contemplada. Então mesmo você fazendo parte daquele eixo, você precisa enquanto assistente social fazer avaliação de exames laboratoriais, radiográficos, e eu vejo que isso não contempla a nossa formação enquanto assistente social em serviço, no caso residente lá na prática, então eu vejo que deveria ser visto é esses eixos teóricos que de fato contemplasse de forma integral todas profissões, e não de fato que tivesse integralização e não uma separação do porque uma categoria é mais forte do que a outra dentro do programa, enfim eu acho que esse eixo deveria ser revisto pelo COREMU mesmo, pela coordenação geral (PH, 2021).

A partir dos relatos e da análise da organização curricular da Residência Multiprofissional em Saúde da UFRN, é possível observar que há, além da secundarização estrutural das dimensões de ensino acadêmico, uma disputa de projetos traduzida na hegemonia do modelo biomédico, evidenciando uma correlação de forças entre as categorias profissionais que compõem os Programas e suas respectivas áreas de conhecimento.

Tal processo pode ser observado não só nos componentes curriculares que são diretamente ligados aos conhecimentos clínicos e biomédicos da saúde, que não dialogam com a formação dos(as) Assistentes Sociais, mas também no que se refere ao ensino da metodologia de pesquisa e a produção de conhecimento no âmbito das Residências.

Um adendo importante: no que se refere à disciplina de Políticas de Saúde (Eixo 1), em que o(a) residente deve conhecer – nos limites do componente curricular – o Sistema Único de Saúde e os processos que o compõem, esse conteúdo é experienciado de forma semipresencial na Residência Multiprofissional em Saúde no HUOL, em que parte

da disciplina era ministrada por um(a) docente em sala de aula e outra parte o(a) residente deve(ria) acessar pela plataforma AvaSus⁵³.

Esta situação nos convida a refletir que, apesar de o conhecimento acerca da Política de Saúde precisar estar transversalizado em todos os componentes curriculares, observamos que a disciplina específica dessa temática, que é comum a todos os cursos, é também precarizada no processo de formação. O espaço teórico onde poderiam ser discutidas as questões referentes ao Movimento de Reforma Sanitária, construção do SUS, controle social e conjuntura atual da saúde no Brasil, acaba reduzido a conteúdos referentes de forma majoritária às legislações e normativas, fragilizando um espaço teórico profícuo de construções sobre o Sistema Único de Saúde.

Ademais, observamos que no Eixo 2, não aparecem discussões sobre o SUS, seus princípios e diretrizes, a fim de que a prática profissional esteja situada no âmbito da política social e as contradições atuais a ela inerentes. Prevalece, portanto, a construção de um saber técnico.

As disciplinas que envolvem o ensino de método científico de pesquisa, como Metodologia da pesquisa e da ciência e Bioestatística também se voltam amplamente ao modelo de pesquisa quantitativa e clínica realizada majoritariamente na área da saúde, desconsiderando os métodos e metodologias da Pesquisa Social, as quais são ofertadas em mínima escala no Programa de Residência da UFRN, em comparação aos conteúdos relacionados a pesquisa quantitativa:

É tanto que o serviço social e psicologia às vezes fica sem saber o que fazer e a gente se deparou com profissionais de enfermagem e fisioterapia dizendo "Gente, eu não tô entendendo nada, a gente tem uma disciplina de metodologia da pesquisa que a gente tem cinco aulas quantitativas e uma qualitativa, sendo que predominantemente os residentes eles pesquisam quanti-quali". [...] Então a gente não desconsidera a pesquisa quantitativa, mas por que você demandar as cinco aulas para uma pesquisa quantitativa e apenas uma para qualitativa? Como se fosse aquele pincelado na pesquisa qualitativa, que é o que predomina nas pesquisas dos residentes. [...] E a disciplina de bioestatística não precisa nem falar, porque é uma disciplina que a gente de fato fala " O que que eu estou fazendo nessa disciplina?" nada está adequado a minha realidade, eu não vou aplicar isso em forma nenhuma [...]. Mas a gente pensa muito nessa disciplina, então, negativo, e eu acho que sinceramente o que salva de eixo é o eixo 3 (PW, 2021, grifo nosso).

⁵³ Informações extraídas a partir da vivência da autora no Programa de Residência em Saúde da Criança (HUOL/UFRN, 2017-2019).

A partir do relato, é possível observar que as questões que se referem aos eixos teóricos ofertados nos programas da UFRN são complexas e dizem respeito a outros elementos que se desdobram, como a indisponibilidade de um quadro docente da Universidade que seja específico para a Residência em Saúde, ocasionando a composição de arranjos “informais” para realização do trabalho docente nos Eixos Teóricos. Neste aspecto, as dificuldades docentes para execução das aulas são comuns a todas as categorias profissionais.

Para o Serviço Social, esse percalço se coloca como particularidade diferencial do ensino na Residência, de modo que as disciplinas ofertadas no Eixo 3 são ministradas pelos(as) docentes do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFRN, garantindo, segundo relatos obtidos na pesquisa, alto nível de qualidade neste ponto da formação. Ademais, observamos que há nas ementas das disciplinas o esforço em articular os referidos eixos teóricos aos Núcleos de Fundamentos preconizados pela ABEPSS (1997).

Para os docentes da UFRN, tal experiência é também complexa, dadas as questões referentes à carga-horária docente já estabelecida, disponibilidade para ministrar aulas na Residência Multiprofissional, dentre outras. No relato da docente abaixo, é possível analisarmos como essas situações impactam o cotidiano de trabalho dos(as) professores(as):

*Vamos lá para o início, a coisa não é de forma assim tão tranquila, porque veja: o contato é estabelecido sim com os responsáveis para residência e conosco desde o início, desde quando as meninas foram naquela plenária nos falar do programa e solicitar nossa contribuição. E aí semestralmente tem essa, tipo uma espécie de ofício, falando da questão, comunicando sobre as disciplinas que serão ofertadas e solicitando querendo saber a contribuição do DESSO⁵⁴, quem poderá ministrar essas disciplinas. Ocorre que no âmbito da universidade, do DESSO, não [conta] a nossa inserção nas disciplinas da residência e isso hoje tá menos ruim, porque antes era muito pior. Mas até hoje é dessa forma: ela no momento em que vamos distribuir a carga horária docente, entre graduação e pós-graduação, mestrado, doutorado, para quem tá lá e a residência, na residência não aparece lá como atividade vinculada para o Departamento de Serviço Social, como tem a pós do mestrado, doutorado, como é a graduação. Então é **algo a mais**, o professor – eu quando digo – hoje tá mais organizado, porque finalmente tá lá no sistema. [...]. **Nós podemos dizer que, nós estamos, enquanto docentes na residência, por esse compromisso que já falamos e voluntariamente**, porque olha o que aconteceu em virtude da pandemia: nós que estávamos já como docentes, tivemos que dizer não porque o Departamento estava numa situação tal e também houve saídas de colegas nossos por aposentadoria, adoecimento, então a gente não*

⁵⁴ DESSO: Departamento de Serviço Social da UFRN.

podia, num dava conta de assumir a residência tendo num sei quantos componentes na graduação descobertos (PO, 2021, grifo nosso).

e assim, esses profissionais como eu disse, acho que falta também a preparação para esses profissionais, para essa preceptoria, para essa tutoria, eu não além na época não visualizava esses espaços informativos para os preceptores [...] ele precisa entender o que é o programa de residência, precisa estar preparado para receber esses residentes, então assim, tinha muito preceptor que via o residente como mão de obra [...] ainda existe essa dificuldade de visualizar o residente como não só como um aluno, mais um profissional que está em formação, em processo de formação, que é um profissional [...], mas ele está no processo de formação e ele precisa de uma supervisão, ele precisa de acompanhamento, ele não tá lá para suprir a ausência de profissionais. [...] A coordenação eu vejo que às vezes ela se fecha muito, vira uma bolha, às vezes a coordenação ela cobra para o residente esteja na prática, ela cobra pelo retorno, mas assim [...], às vezes eu observava que a forma como a coordenação cobrava era muito na base da imposição mesmo, então eu quero assim, é para ser assim, então não tinha muito diálogo, não tinha uma relação próxima, ela é coordenação (PW, 2021).

A partir dos relatos da docente e do(a) egresso, respectivamente, podemos observar que há, no conjunto de assistentes sociais docentes, assim como nas demais tutoras e preceptoras, um evidente compromisso com a formação profissional dos(as) residentes, o qual traduz forte filiação com o Projeto Ético-Político da profissão, que as motiva a assumir tais atribuições.

Em contrapartida, a situação de trabalho destes(as) profissionais encontra-se precarizada pela própria forma na qual a Residência se estrutura na UFRN, utilizando a força de trabalho das instituições para atividades de supervisão e acompanhamento (como a preceptoria e tutoria, nas quais estão incluídas as docentes), favorecendo o acúmulo de trabalho, ausência de horário delimitado e protegido para realização das atividades da Residência, bem como a ausência de uma remuneração adequada às atividades realizadas.

d) Mecanismos de avaliação:

Ao longo do estudo, foi emergente a necessidade de analisar os diferentes mecanismos de avaliação utilizados no cotidiano dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do HUOL, dado que as escolhas técnicas e políticas dos instrumentos, sua aplicação e utilização correspondem a determinadas concepções de formação e trabalho. Assim, para apreendermos o processo de formação de assistentes sociais nas RIMS, é necessário identificar de maneira ocorrem os processos avaliativos na Residência. De acordo com Igarashi (2012), a avaliação se trata de uma

ação política, sistemática, científica, que se utiliza de técnicas e metodologia, tem por objetivos o *fortalecimento da cidadania* e a *efetivação dos direitos sociais* através da ação participativa dos diferentes atores sociais envolvidos e busca evidenciar o valor e a *utilidade social* do objeto a ser avaliado (IGARASHI, 2012, p. 48, grifo nosso).

A partir dessa compreensão ampliada de avaliação, a qual a autora indica como um dos instrumentos do trabalho dos(as) assistentes sociais, seja nos espaços sócio-ocupacionais e/ou nas políticas públicas, buscamos analisar os mecanismos e as formas de avaliação presentes na Residência Multiprofissional do HUOL. Durante a pesquisa, foram ressaltados dois momentos de avaliação: a **avaliação continuada**, realizada no cotidiano mediante as vivências profissionais entre os(as) residentes, tutores(as) e preceptores(as); e a **avaliação por meio de instrumentos avaliativos**, como formulários, atividades solicitadas pelos(as) docentes nos eixos teóricos e o próprio Trabalho de Conclusão de Curso da Residência (TCR).

Tais estratégias de avaliação estão também preconizadas nos Projetos Pedagógicos dos cursos, que preveem:

A avaliação como parte do processo de ensino aprendizagem será processual, contínua, participativa e formativa com base no método problematizadora, utilizando-se de metodologias de avaliação nos diversos cenários de prática, orientada por um instrumento [...], que contempla a avaliação acerca do conhecimento teórico e prático e ético do profissional em formação. As formas de avaliação serão sistematizadas e os resultados serão compartilhados com os envolvidos e contarão com a participação ativa do residente em todas as fases. A promoção para o ano seguinte depende do cumprimento de 100% da carga horária prática e no mínimo 85% da carga horária teórica, da aprovação por meio dos resultados das avaliações, com nota mínima de 7,0 o que equivale aos conceitos A, B e C e ata de apresentação do projeto de pesquisa avaliado pela banca multiprofissional (definida pelo residente e seu orientador) Para finalizar o curso, o residente terá que apresentar o cumprimento da carga horária total, o trabalho de conclusão do curso e artigo científico com carta de recebimento para publicação em revista científica (UFRN, 2019, p. 17-18)

Atualmente os(as) residentes, preceptores(as) e tutores(as) contam com 3 formulários frequentes de avaliação mensal: Avaliação da Atividade Prática, Avaliação da Atividade Teórica e Avaliação dos Cenários de Prática⁵⁵.

Na avaliação da atividade teórica, são considerados os itens: clareza, objetividade, linguagem correta e adequada; raciocínio lógico; domínio do assunto com fundamentação científica; estrutura e apresentação de acordo com ABNT; didática de

⁵⁵ Os modelos estão disponíveis para acesso público no site do Hospital Universitário Onofre Lopes – HUOL. Ver mais em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huol-ufnrn/ensino-e-pesquisa/residencia-multiprofissional>

apresentação (técnica e recurso de ensino); e apresentação em tempo hábil. com espaços destinados a notas numéricas e conceitos.

Do mesmo modo, a avaliação sobre cenário de prática considera os seguintes pontos: condições de infraestrutura e apoio pedagógico; adequação das atividades temáticas as necessidades do/a residente; domínio do conteúdo por parte docente; além de habilidades que o/a residente possa ter adquirido ali: trabalho em equipe e ação coletiva; raciocínio clínico; análise crítica e reflexiva; comunicação com equipe e usuários; resolução de problemas; participação na tomada de decisão.

Além disso, há ainda a avaliação da atividade prática realizada pelo tutor/preceptor, em que se consideram: responsabilidade, iniciativa e desempenho (domínio dos procedimentos); evolução e/ou registro das atividades; relacionamento e comunicação com a equipe e preceptoria; assiduidade, pontualidade e aparência pessoal; liderança.

Sobre esses mecanismos de avaliação, o grupo de tutoras e preceptoras destacou de forma unânime nas falas que tem ocorrido um esforço de revisão desses instrumentos, visto que há critérios inadequados (liderança, aparência etc.) que se traduzem em critérios gerenciais, o que evidencia que ainda há muito o que melhorar:

A avaliação que é praticada hoje ela já é fruto de uma revisão. Foi revista, porém ainda assim, eu acho que a gente não chegou no ponto, eu acho que ainda falta repensar, melhorar [...] aquelas coisinhas predeterminadas: liderança, aquelas coisinhas lá, por exemplo, é sempre uma dificuldade. É sempre um questionamento o primeiro rodízio do RI nesse quesito liderança. Aí como a gente vai avaliar algo que ele não teve a oportunidade de fazer? (PS, 2021).

Eu acho que a gente precisa evoluir talvez muito mais enquanto profissionais que estão fazendo esse processo de avaliação, enquanto, principalmente preceptoria na visão e no sentido que tem essa avaliação, de não ser simplesmente um aspecto formal, um aspecto burocrático administrativo, só preencher um papel e dá uma nota, então assim, qual o significado desse processo avaliativo? Qual a importância? [...] Então eu vejo que, enfim, especificamente como quem faz a preceptoria, eu acho que nós como preceptores precisamos avaliar, melhorar muito mais, eu acho que precisa ser um processo do profissional e o instrumento ele vai ajudar, um instrumento importante porque ele direciona, ele guia, mas assim eu acho que tem que ter uma mudança maior nossa enquanto percepção nesse processo (PA, 2021).

Sendo bem sincera, eu não acho muito eficaz, embora no exercício da preceptoria essa avaliação ela ocorra no dia a dia – pelo menos eu particularmente, procuro fazer de forma contínua –, [...] se acontecer alguma situação que eu avaliar que é necessário chamar para conversar, para discutir determinadas condutas, já procuro fazer isso antes mesmo da avaliação, que ela era mensal e se tornou quinzenal. Que na minha opinião não mudou muita coisa porque é a mesma avaliação, então a diferença é que você faz uma

avaliação dos primeiros 15 dias e também uma avaliação da segunda quinzena, mas o relatório é o mesmo a formatação é o mesmo (PB, 2021).

Diante dos relatos, observamos contradições entre o Projeto Pedagógico e as formas de avaliação realizadas atualmente, visto que o Projeto parte do pressuposto que a avaliação deve ser uma estratégia dialógica e dinâmica que possibilite a construção coletiva das mudanças necessárias do processo de formação. Contudo, fica evidente que os instrumentos disponíveis atualmente e os critérios estabelecidos de forma inadequada (onde observam-se influências de uma visão gerencialista) na avaliação e nos eixos de formação não contemplam os elementos fundamentais de apreensão dos conhecimentos profissionais, mas tratam de pontos como liderança, resolução de problemas, tomadas de decisão etc., o que denota uma percepção de engessamento dos processos avaliativos.

No que se refere à avaliação continuada, entendemos que ela não se resume a um único momento, mas que pode ter mais a ver com um conjunto de fatores, orientados por uma determinada perspectiva ético-política de avaliação, trazendo indicadores adequados. Ao nosso ver, deve ser uma avaliação do contexto em totalidade, da realidade e do processo de formação dos residentes.

Para além dos critérios estabelecidos (os quais deveriam ser revistos), trata-se da necessidade de uma reformulação dos processos avaliativos de modo geral, pois as respostas remetiam a avaliações dos cenários de prática ou a aspectos teóricos, quase que como dimensões fragmentadas. A partir dessa análise, provocamos o questionamento para debates futuros: como fazer, então, uma avaliação efetiva do processo de formação a partir dos princípios do Movimento de Reforma Sanitária e do SUS?

Observamos que os modelos de formulários avaliativos disponíveis atualmente, ainda que já tenham sido fruto de revisões e melhorias, correspondem a um modelo de avaliação comumente utilizado na educação formal, conforme ressalta Igarashi (2012). De acordo com a autora:

Nas escolas, a avaliação era frequentemente utilizada como instrumento de poder do professor. A partir do resultado da avaliação – normalmente traduzido em notas – o aluno era classificado como bom ou mau, inteligente ou não; rótulos que iriam acompanhá-lo até, no mínimo, a próxima avaliação. Levando em consideração dos aspectos metodológicos, isto é, os critérios utilizados para atribuição de notas, a falta de transparência, o utilitarismo, torna-se ainda mais difícil pensar a avaliação como algo que pudesse representar alguma utilidade social (IGARASHI, 2012, p. 35).

A avaliação é importante etapa do desenvolvimento de atividades, projetos, dentre outros. Demo (2002, p. 1) traz a associação comumente realizada entre avaliação e momentos de tensão, medo e desconforto. Para o autor, algumas perspectivas avaliativas reforçam a ideia de que “avaliar é reprimir, excluir, estigmatizar, classificar, sobretudo, punir”. Contudo, destacamos que a avaliação pode servir também para a reconstrução, aprendizado, troca de saberes, dentre outros.

Nos relatos dos(as) residentes egressos, a apreensão acerca dos mecanismos de avaliação foi unânime, assim como no grupo de tutoras e preceptoras, em afirmar que os instrumentos disponíveis carecem de revisão e não contemplam elementos fundamentais da aprendizagem nos cursos:

Era uma avaliação assim, como eu disse, muito tecnicista. Era uma avaliação que era realizada mensal e tudo que era proposto, porque tinha um espaço para além da avaliação para o tutor, também tinha um espaço para o residente que mensalmente colocamos algumas questões e assim, sinceramente, eu não visualizava um retorno dessas nossas sugestões, das nossas propostas. Então meio que uma avaliação que era engavetada, que a finalidade dela era puramente de nota, não tinha uma proposta assim de melhoria, não era amplamente discutida. Tinha critérios, como eu disse, não contemplavam nossa categoria mesmo (PX, 2021).

*Eu não sei se o instrumento ainda é o mesmo mas o instrumento de avaliação era muito formal, burocrático, pouco dialógico na verdade [...] **em outras profissões eu percebi que isso normalmente não acontecia porque era um processo bem pouco democrático, nada horizontal, bem verticalizado mesmo e muitas vezes eu instrumento de avaliação era utilizado como instrumento de assédio moral contra os residentes** [...] no serviço social nós tínhamos alguns avanços, embora o instrumento fosse o mesmo e tivesse que ser cumprido, que outras estratégias fossem mais dialógicas poderiam ser implementadas no âmbito da residência. **Mas a gente dentro das nossas limitações, tentávamos outras estratégias para tentar essa avaliação mais democrática, digamos assim.** [...] em termos de projeto de intervenção, digamos assim, que seria na minha opinião, **é mais adequado para uma relação dialógica de formação em serviço**, seria uma construção que poderia trazer muitos meios tanto para o profissional residente, quanto para o preceptor, quanto para a própria instituição (PC, 2021, grifo nosso).*

As análises sobre o engessamento e burocracia dos recursos avaliativos aparecem com frequência, mas cabe destacar que no Serviço Social, apesar das limitações dos instrumentos avaliativos, as profissionais têm conseguido avançar neste processo, construindo-o de modo mais compartilhado com os residentes. Mais uma vez, identificamos que tal particularidade da profissão se ancora na visão sobre o processo educativo e sobre avaliação a partir da ótica do Projeto Ético-Político da profissão.

No último relato, observamos que o(a) egresso(a) aponta como estratégia viável para a construção de elementos significativos à aprendizagem processos avaliativos em

formato de intervenção nos cenários de prática. Seria ideal e recomendado, havendo uma revisão dos projetos pedagógicos da residência, promovendo, para tanto, condições adequadas para essa realização. É destacado que a experiência dos cursos de Residência em Saúde como um todo é aligeirada: na execução, no tempo para o eixo teórico, na avaliação também superficial, nas experiências, nos rodízios, visto que além do excesso de carga-horária do programa, fazê-los caber em um espaço de 2 anos é nocivo aos elementos já mencionados de saúde e qualidade de vida dos(as) residentes, assim como ao processo de construção de pesquisa exigido pelo programa de residência.

As experiências com a avaliação nos Programas de Residência Multiprofissional no HUOL no que se refere à dimensão do ensino e pesquisa, centraram-se nas apreensões acerca do TCR. Em suma, foram destacados os seguintes pontos: a baixa carga-horária destinada à pesquisa; a estrutura (artigo científico) e exigibilidade de submissão a periódicos; e o fato de ser um instrumento de pesquisa cujo formato é amplamente voltado área da saúde (numa perspectiva clínica), não atendendo às necessidades teórico-metodológicas do Serviço Social:

Acho que é importante também ser avaliado nesse processo, porém o modelo que a gente tem hoje no programa residência da UFRN, um modelo muito voltado apenas para áreas específicas da saúde. Você tem um padrão, então tem que ser um TCR que tenha um padrão, um padrão de um modelo já específico, já predestinado pelo comitê de ética. Então acaba que enquanto assistente social, enquanto a nossa profissão, Serviço Social, a gente tem uma avaliação mais generalista, a gente tenta imprimir isso nos nossos TCR, nós somos muito questionados nas nossas questões norteadoras, na nossa metodologia... Então sempre somos rebatidos, porque nossa metodologia não está de acordo com que está discutido apenas no campo da saúde (PH, 2021).

Assim, existe um limite muito grande porque nos é cobrado um trabalho de conclusão de curso, mas eu não vejo de retorno do próprio programa uma, vamos dizer assim, um suporte. Porque nos é dado algumas dispersões, que era justamente para essa questão da orientação, para escrita, para produção do trabalho, mas são pouquíssimas dispersões, poucas horas. Não é suficiente para produção de trabalho com qualidade, com tudo que existe, um rigor mais científico, a gente tem que dar conta de outra forma. Claro que os trabalhos têm uma imensa contribuição, mas porque o residente se propõe a fazer isso, mas não porque foi dado a condição para elaboração (PX, 2021).

Tais relatos exprimem não só as particularidades das necessidades específicas de formação dos(as) assistentes sociais nas Residências em Saúde, mas nos suscitam a questão: em que medida a produção de pesquisa pelo Serviço Social é devidamente reconhecida no processo de residência? O trabalho teórico requer tempo de maturação, produção e análises. Identificamos, portanto, **uma visão de “teórico” reducionista e superficial.**

Observamos, pois, as questões que se referem à subalternidade das profissões na área da saúde, aqui se traduzindo também no campo da produção acadêmico-científica do Serviço Social. Do ponto de vista político, a hegemonia do saber biomédico se articula com a lógica formal abstrata como influências de gerencialismo. Ademais, aparece em outros relatos a atribuição de conceitos aos TCR, os quais se referem ao produto (artigo) pronto, mas não correspondem a trajetória, de modo que não observam que o produto é fruto de cada caminho vivenciado ali. Os conceitos avaliativos do TCR, portanto, também aparecem mal posicionados no processo de formação.

Apreendemos ainda que, possivelmente, o modelo de Trabalho de Conclusão da Residência não se adequa ao Serviço Social, visto que nossa tradição está mais relacionada a monografias, dissertações e teses. Os artigos, por sua vez, destinam-se ao processo de publicação em periódicos, de forma condensada. Reconhecemos a relevância dos artigos no processo de construção e sistematização do conhecimento, mas suas limitações para tratar de um tema em profundidade, como os objetos de pesquisa dos(as) assistentes sociais, contraria a cultura de sistematizações no Serviço Social.

Desse modo, entendemos que o processo de avaliação presente nos Programas de Residência do HUOL/UFRN, apresenta importantes limitações, apesar dos avanços contabilizados e dos constantes esforços de revisão empreendidos por tutores(as), preceptores(as) e residentes, especialmente na categoria de assistentes sociais.

A partir do conjunto de relatos, torna-se premente uma avaliação com parâmetros adequados, pensada a partir perspectiva da avaliação como processo permanente de construção e acompanhamento. Assim, é premente a necessidade de construir uma avaliação que acompanhe a trajetória do/a residente. Uma avaliação menos etapista e fragmentada, mas que seja um instrumento aliado da caminhada de formação.

e) Relações entre residentes, tutores, preceptores e COREMU:

Consideramos fundamental para o nosso estudo a apreensão de como tem sido percebida a relação entre preceptoras/tutoras, residente e a Coordenação da Residência Multiprofissional no Hospital Onofre Lopes, visto que se trata de uma dimensão importante da formação profissional: a relação entre os entes institucionais no cotidiano.

A esse respeito, identificamos mediante análise dos relatos, que entre os grupos entrevistados (tutoras/preceptoras e residentes egressos(as)) as percepções convergiram

em alguns pontos, como a relação positiva de diálogo e parceria entre os pares (assistentes sociais) e a relação de hierarquia mais presente entre a COREMU e residentes.

De acordo com as falas das tutoras e preceptoras,

*A gente enquanto tutoria, na relação com a coordenação, eu acho que a gente tem relativamente uma boa articulação, um bom entrosamento, um acesso. Então tem esse canal de comunicação mais aberto. Por outro lado (...) a gente vai se sentindo mais sobrecarregado e por outro lado, tem situações que a gente espera mais apoio, mais suporte e a gente às vezes sente que não tem da coordenação. Eu entendo que é muito difícil exercer de forma geral uma função que você **não está com dedicação exclusiva** e a gente sente a dificuldade do exercício da tutoria, com o exercício das atividades que são exigidas para nós enquanto profissional **por não ter uma carga horária protegida para isso**, então tem uma série de contradições nesse processo do HUOL, dessa realidade que a gente passa no HUOL, especificamente, de que a instituição ou [...] não sei a empresa, mas falando especificamente do contexto que eu tô da instituição, **ela na prática, ela não reconhece a importância dos programas de residência**. Então tem uma contradição muito grande de ser um hospital universitário, ser tido como hospital de ensino e pesquisa e no dia a dia, isso não ter a menor relevância em termos de **disponibilidade de carga horária, em termos de pensar em processos de trabalho voltado para isso, em termos de dar importância para isso no dia a dia, de priorizar, de pensar, de articular mais, a gestão está pensada exclusivamente, enfim, no que o profissional é contratado para fazer, naquele que ele precisa cumprir, e nas dinâmicas nas demandas que estão postas no cotidiano e que é cobrado por isso** (PA, 2021).*

Os relatos do grupo de tutoras/preceptoras entrevistadas são permeados de complexas questões que se relacionam entre si, para além dos pontos já elucidados: a elevada carga de trabalho também presente no âmbito da supervisão profissional, especialmente nas atividades de tutoria; estrutura inadequada – sobreposta às demais atividades, dentre outros elementos. Ainda conforme os relatos das tutoras e preceptoras,

*A gente não é cobrado pela residência no sentido de produção, no sentido de desenvolvimento de pesquisa, no sentido de articulação, no sentido de fazer projeto, de projeto de extensão, a gente não tem o menor contato com a instituição, com nada relacionado a isso. Então assim, a gente lida com a realidade, **é como se a gente lidasse com mundos opostos, vários mundos coabitando ali na órbita da instituição porque a residência é o mundo só e é só dentro dela que isso é pensado, e que a gente pensa as críticas, e vai pensando no processo e quer melhorar, e quer evoluir**. E isso é completamente o oposto do hospital, são dois universos que eles não se unem, que eles não se correlacionam na prática, e ah, a gente tem dificuldade. Eu particularmente me sinto [...] muitas vezes quando preciso me ausentar para resolver coisas da residência [...] **às vezes me sinto até constrangida, me sinto coagida no sentido que, poxa, vai ter uma repercussão para mim, eu vou ser responsabilizado por não estar nesse momento fazendo meu trabalho e cada vez mais a residência tem me demandado mais coisas** (PA, 2021)*

Destacamos a incidência do peso subjetivo desse processo para os(as) profissionais tutores(as) e preceptores(as), que têm nessas funções “algo a mais” para

realizar no seu cotidiano de trabalho, como expressão da precarização estrutural na residência – expressa na esfera de gestão. O trabalho “extra” é realizado sem horário protegido, sem remuneração adequada, tampouco sem o reconhecimento concreto deste trabalho na instituição, que provoca ainda sentimentos de culpabilização individual destes(as) profissionais que, em nome do compromisso com a formação nas Residências em Saúde, buscam equilibrar as demandas de seus cargos de origem com as novas funções adquiridas.

Ao longo do trabalho, ao pensarmos a formação nas Residências em Saúde como processo dinâmico e complexo, evidenciamos que apesar das urgentes demandas dos(as) residentes, emerge em paralelo as expressões da precarização deste processo também para os(as) assistentes sociais envolvidos(as) nas atribuições de tutoria e preceptoria. Identificamos que o trabalho extensivo e intensivo se conforma como elemento de precarização estrutural da execução dos Programas, atingindo diferentes funções e categorias profissionais que constroem as RIMS.

Esses elementos apareceram em menor escala nos relatos dos(as) residentes egressos(as), dando lugar às percepções unânimes das relações hierarquizadas entre COREMU e residentes. Ademais, os(as) residentes egressos(as) ressaltaram ainda: a necessidade de formação para tutores(as) e preceptores(as) sobre a Residência Multiprofissional; as dificuldades de se fazerem presentes nos espaços deliberativos, evidenciando a ausência de uma gestão democrática dos processos; a solidariedade entre os(as) residentes de diferentes categorias profissionais, entre outros. Em síntese,

*Claramente há uma relação hierárquica, eu acho que cada ator, ele vai ocupar um papel aí decisivo. Eu pontuo também uma correlação de forças que é muito significativa. Tive experiência também de participar da COREMU, como representante da turma. É um espaço de controle social, é um espaço que a gente pode estar se colocando, mas eu sinto que é bem mais representativo do que de fato a minha voz, ela poderia mudar alguma coisa, entendeu? Naquele espaço. Levando em consideração que eu era minoria, **levando em consideração que muitas pautas que a gente leva, elas são simplesmente derrubadas pela questão do voto.** Então, há uma hierarquização muito forte. Há uma correlação de forças, assim, absurdas. **A gente consegue, eu acho que ainda fazer alianças. Eu acho que a gente não pode ver esse processo como um campo de batalha. Acho que tem os aliados, tem preceptores sim que compram também as nossas lutas, mas assim, na maioria dos casos é uma correlação de forças e é basicamente isso. [...] Acredito que também com essa pandemia houve mudanças, com relação a essa reposição da carga horária e o atestado. Então, assim, são questões pontuais que afetam uma coletividade, que se ela não tiver sendo levada o tempo inteiro... **Tem que tornar cansativo aquela discussão, para as pessoas se sensibilizarem e entenderem a importância de estar se discutindo aquilo** (PM, 2021, grifo nosso).***

*Às vezes vai ter alguma demanda para reivindicar com a COREMU, mas que seria a comissão nacional que teria que resolver. A gente não tem comissão nacional, então a gente vai recorrer a quem? Às vezes a gente tem um tutor que ele é tutor, ele é coordenador, ele é preceptor, ele é tudo. Eu vou recorrer a quem, quando eu tô sofrendo alguma espécie de assédio? [...] **então às vezes o residente ele não acaba levando a frente essas denúncias por medo depois de não conseguir emprego pós-residência** [...] A gente às vezes ficava até receoso de chegar na coordenação, porque principalmente com meu programa, que teve risco de ser fechado, e seria uma espécie de ser fechado mas não porque o programa não tava dando certo, mas porque a gente não estava aceitando o que a coordenação queria que a gente fizesse, infelizmente a gente acaba passando por isso (PW, 2021. Grifos nossos).*

Ambos os relatos trazem diferentes questões evidenciadas pelos(as) residentes. Apesar da luta cotidiana pela horizontalidade das relações no âmbito da Residência nas diferentes instâncias que a compõem – em âmbito nacional ou local, referente ao trabalho ou a gestão dos programas –, encontramos a forte marca da relação hierárquica, vertical e em forma de pirâmide. Há, portanto, a reprodução (na Residência Multiprofissional) das relações hierárquicas existentes no hospital entre as categorias profissionais, em que a Residência tem sido um espaço de questionamento destas relações e tem conseguido algumas conquistas.

Entendemos que a lógica hospitalar, historicamente marcada por relações de poder derivadas da centralidade do saber médico, tem em sua natureza a cristalização das hierarquias, sobretudo do conhecimento. Tal processo estrutura ainda a manutenção de uma concepção clínica e curativista da saúde, que não apreende os sujeitos em sua totalidade, mas apenas como um corpo adoecido sobre o qual determinados sujeitos e instituições têm o poder de cura.

Para o Movimento de Reforma Sanitária, essas relações devem ser horizontais e passaram a ser contrapostas pelo conceito ampliado de saúde que orienta o Sistema Único de Saúde, o qual, assim como a Residência enquanto formação de trabalhadores para o SUS, é fruto das requisições do Movimento de Reforma Sanitária. Como raiz desse processo, temos a disputa ainda vigente entre os projetos Privatista e do MRS, o qual se expressa desde a implementação de gestões privadas em serviços públicos de saúde – a exemplo da EBSEH – até a reiteração de relações hierárquicas no cotidiano das instituições.

as residências multiprofissionais e também as residências em outras áreas, que não a médica, surgem em meio à disputa política e ideológica sobre os destinos do SUS, no conflito entre as políticas de Estado (construção do SUS) e as políticas de mercado (hospitais, empresas privadas de saúde, medicina de grupo) e então as universidades, os hospitais de ensino, os centros de pesquisa e as unidades básicas de saúde passam a ser campos privilegiados dessa disputa. Nesse contexto, as residências aparecem como estratégicas para ambos os projetos, pois enquanto modalidade de especialização, propiciam através de uma remuneração condizente, a dedicação integral que significa uma vivência intensiva dos múltiplos acontecimentos do dia a dia do serviço com orientação sistemática, aprofundamento técnico, teórico e obviamente conduzido politicamente (MIOTO *et. al.*, 2012, p. 189).

Derivado desse processo elucidado pelos(as) residentes, temos também a frágil participação destes(as) profissionais nas instâncias de deliberação locais, como a COREMU. Tal participação acaba debilitada não pela ausência de residentes, mas pela forma com que estes(as) e suas pautas são tratados nos espaços e momentos de decisão. Exemplo disso é a questão do atestado médico, conforme colocado no relato do(a) residente egresso PM, que destaca o quanto esta requisição (assim como boa parte das demandas dos(as) residentes) teve que ser exaustiva nas reuniões para que pudesse ser discutida e acatada.

Nesse ponto, destacamos ainda que atestado médico é um direito básico tanto em instituições de ensino quanto em relações de trabalho, o que não necessitaria torná-lo pauta desgastante como foi, tampouco para, após tantos anos, ser permitido apenas o(a) residente usar 1 (um) dia de atestado em cada semestre por ano, sem compensação de horário. Os demais casos que envolvam afastamento para tratamento de saúde, estão assim descritos no Regimento Geral,

Art. 37º São direitos dos residentes:

[...]

XII – afastamento para tratamento de saúde:

- a) até 15 (quinze) dias por ano, receberá a bolsa integralmente;
- b) a partir do 16º (décimo sexto) dia de atestado médico receberá auxílio-doença do INSS;
- c) **o residente que ficar licenciado por atestado médico, até o máximo de 30 (trinta) dias, poderá optar, por escrito, para compensar este período nas férias.**

Parágrafo único. A solicitação de afastamento do PRIMS-UFRN ou ajuste de escala mensal, que ultrapassem o período de 15 (quinze) dias, deverá ser solicitado por escrito pelo residente, com antecedência de no mínimo 15 (quinze) dias úteis para o período solicitado, à comissão interna do programa que colocará em pauta na reunião ordinária ou extraordinária da COREMU/UFRN, responsável pelo (in)deferimento do pedido. No caso de solicitação de afastamento ou ajuste de escala por um período menor ou igual a 15 (quinze) dias deverá ser solicitado por escrito pelo residente e (in)deferido pela comissão interna do programa de residência, **bem como o período e a forma de reposição** (UFRN, 2011, p.8, grifo nosso).

Destacamos, portanto, que as previsões de afastamento para cuidados de saúde estão na sessão de Direitos dos residentes, mas se o afastamento é, de fato, direito, o que justifica a compensação dos dias de afastamento em períodos de férias? A compensação ocorre, desse modo, afetando o direito de descanso dos(as) residentes. Não se trata, pois de um efetivo direito, mas de uma concessão de períodos de afastamento que devem ser repostos posteriormente.

Algo perceptível nas falas, durante todas as perguntas da entrevista, é que os(as) participantes fazem muita menção à coordenação local (COREMU) relacionando-a às dificuldades da residência, mas pouco se relaciona isso ao contexto nacional, onde é constatada a presença das instâncias de deliberação nacional nesse processo (CNRMS).

Observamos que, ressalvadas as apreensões da coordenação local da COREMU sobre estes aspectos (a qual não foi entrevistada neste estudo⁵⁶), identificamos que há lacunas estruturais, que não se relacionam apenas com o HUOL, mas com o processo de residência como um todo: questão das horas, das formas de avaliar, das organizações dos eixos. Não temos dúvida de que as coordenações locais incidem fortemente sobre tais processos, mas apreendemos também que a ausência de uma direção nacional do processo, com uma perspectiva adequada acerca da formação na Residência em Saúde, tem impactado fundamentalmente a execução dos Programas e a experiência de quem os constroem.

Observamos, pois, que o terreno em que os(as) residentes buscam se firmar nos programas da UFRN ainda é incerto e desprotegido (também ao nível nacional, dada a ausência da CNRMS), de modo que empreendem suas estratégias de resistência ao nível local a partir da construção do Coletivo Potiguar de Residências em Saúde e, majoritariamente, por meio das relações de solidariedade entre seus pares, seja com os(as) demais residentes da turma ou com seus(as) colegas de profissão (tutores/as e preceptores/as).

⁵⁶ No processo de construção do projeto de pesquisa, a ideia inicial era entrevistar apenas assistentes sociais residentes. Após o processo de qualificação (julho/2020), foi evidenciada a necessidade de diálogo também com tutores(as) e preceptores(as) de Serviço Social. Contudo, como não há assistentes sociais nos espaços de coordenação da Residência Multiprofissional no HUOL, os(as) participantes da coordenação da COREMU do HUOL não foram elencados(as) nesse primeiro momento. De todo modo, reconhecemos a importância da continuidade desse processo de pesquisa – que não se esgota com essa dissertação – contemplando os(as) coordenadores(as) dos Programas de Residência do HUOL, na construção do diálogo e do processo investigativo de pesquisa.

Particularmente, para o Serviço Social, observamos que na fala dos(as) profissionais dos dois grupos, destacam-se majoritariamente relações de solidariedade, diálogo e parceria, as quais são atribuídas diretamente ao compromisso profissional com o Projeto Ético-Político da categoria, o que confere, a princípio, uma visão diferenciada dos processos de trabalho e formação na Residência, favorecendo a construção de relacionamentos profissionais de apoio e aprendizado mútuo.

De modo geral, entendemos esse processo de relações atravessadas entre as coordenações locais e os(as) residentes como mais uma expressão da imprecisão da condição efetiva em que estes(as) profissionais se encontram (trabalhadores/as ou estudantes?), visto que formalmente a Residência ocupa um lugar de curso de formação, mas expressa-se majoritariamente pela via do trabalho, o que mantém os(as) profissionais residentes em um não-lugar, cuja indefinição se materializa como fundamental para o entendimento dos(as) residentes ora como força de trabalho no cotidiano de serviços, ora como profissionais em formação de baixa ou relativa autonomia no que concerne a participação política efetiva nas deliberações que os(as) dizem respeito.

f) Relações multiprofissionais no cenário hospitalar:

Durante o processo de entrevistas, ao dialogar com os(as) entrevistados(as) sobre as relações entre COREMU, residentes, tutores(as) e preceptores(as), emergiu a necessidade de tratar das relações multiprofissionais no âmbito hospitalar e a presença da Residência Multiprofissional nestas.

A multiprofissionalidade como uma das características centrais dos PRIMS é produto das requisições do Movimento de Reforma Sanitária, a qual buscava transformar o modelo de atenção à saúde no Brasil, e para tanto, seria necessário alterar também o modelo de formação e os processos de trabalho em saúde. Contudo, Mioto *et. al.* (2012) ressaltam que esse processo ocorre permeado por tensões entre projetos políticos que incidem sobre o modelo de atenção à saúde no Brasil, as quais desembocam nas relações multiprofissionais. Para as autoras:

As propostas de residência, mesmo vindo no bojo do discurso da consolidação do SUS desde o início estão marcadas pelas disputas mencionadas e atravessadas por diferentes formas de conceber a interdisciplinaridade desejada para o atendimento das necessidades de saúde da população, ou seja, para consolidação da integralidade. Exemplo disso está nas diversas propostas surgidas no início dos anos 2000 onde se pode identificar:

- Grupos que centravam a multiprofissionalidade na equipe mínima (médicos e enfermeiros) e buscavam dar a esses profissionais uma formação interdisciplinar;
- Grupos cujo projeto era construído por médicos e/ou enfermeiros e incluíam nesse projeto outros profissionais;
- Grupos que construíam coletivamente o projeto por diferentes profissionais e a direção do processo também ocorria de forma coletiva.

Essas propostas traziam as tensões típicas, de forma explícita ou não, da multidisciplinaridade. Essas tensões se manifestavam em vários aspectos relacionados à coordenação dos projetos, ao conteúdo da proposta pedagógica, ao número de horas destinadas a prática e a teoria, profissões a serem incorporadas e também no número de residentes por área profissional. Nesse aspecto, geralmente era um exército de médicos e enfermeiros e alguns poucos de outras profissões (MIOTO *et. al.*, 2012, p. 190).

A partir das análises de Miotto *et al.* (2012), podemos caracterizar os Programas de Residência Multiprofissional da UFRN como uma articulação entre interdisciplinaridade e integralidade, considerando alguns elementos distintivos, como: o projeto para o Serviço Social elaborado por Assistentes Sociais, mas dentro de um Programa que conserva parâmetros das residências médicas. Apesar dos elementos supracitados, a implementação de um modelo de formação multiprofissional em saúde foi um avanço na ampliação da concepção de saúde, bem como da formação e do trabalho no SUS. Contudo, tal concepção apresenta ainda algumas fragilidades, como apontam Alvarenga *et. al.* (2013):

A multiprofissionalidade é considerada uma estratégia que orienta e possibilita a realização de assistência integral, e é erroneamente confundida com interdisciplinaridade. A primeira **retrata uma justaposição de diversas disciplinas e cada profissional atuará de acordo com o seu saber especializado**; o processo terapêutico é fragmentado. A segunda implica na interação entre duas ou mais disciplinas, sendo que essa interação se reflete na integração de conceitos chave, na epistemologia e na organização da pesquisa e do ensino (ALVARENGA *et. al.*, 2013, p. 5945, grifo nosso).

Desse modo, partimos da apreensão de que a multiprofissionalidade intenciona favorecer e construir a produção do trabalho coletivo integrado em saúde, contudo esbarra em limitações estruturais de sua concepção, conforme citado anteriormente pelos autores. Tais processos foram identificados nas realidades locais dos Programas de Residência Multiprofissional do HUOL, mas foram especificamente particularizados a partir do lugar de assistentes sociais que ocupam no conjunto multiprofissional.

Para o grupo de tutoras e preceptoras, de modo geral, a visão é a de que, apesar das diferenças profissionais identificadas no cotidiano, há uma boa relação entre as profissões e que houve uma evolução no sentido da melhoria no relacionamento multiprofissional do Serviço Social com as demais categorias profissionais. Isto foi percebido apesar de ainda haverem debilidades, destacando-se nesse processo a importância da Residência Multiprofissional nessa mediação, sobretudo demarcando o trabalho do Serviço Social na saúde, cujo desconhecimento das diferentes profissões sobre o que faz o(a) Assistente Social é uma marca histórica do processo de inserção da profissão na Saúde. Ainda sobre o grupo de tutoras e preceptoras, apenas uma das falas caminhou no sentido oposto ao da apreensão das demais, afirmando que:

No geral não tem se uma boa relação, o que se observa é que esse trabalho em equipe multi ele se dá mais no discurso do que na prática. Geralmente o que acontece é que cada área fica com sua, o que lhe cabe no seu campo de atuação. Existe, de fato, situações que a necessidade dessa intervenção em conjunto, na maioria das vezes, se dá sem nenhum problema, sem nenhuma dificuldade. A gente consegue estabelecer essa relação. Algumas vezes existem sim atritos, no caso do serviço social, embora não seja frequente, mas esses atritos acabam acontecendo com a enfermagem, e aí o que a gente observa é que de fato uma categoria tentando interferir na conduta profissional do outro. Aquela profissional de outra área de atuação que é dedicado ao Serviço Social, fazer ou deixar de fazer. Então assim, quando ocorre os conflitos, não são frequentes, na maioria das vezes acaba acontecendo com a equipe de enfermagem. Em relação à residência não observa assim essa interferência não nessa relação (PB, 2021).

Nos discursos dos(as) residentes egressos(as), observamos que aparecem tanto pontos referidos na avaliação geral do grupo de tutoras e preceptoras – no que se refere à importância da Residência Multiprofissional na melhoria das relações entre as categorias profissionais –, quanto elementos pontuados no relato citado acima – no que concerne às dificuldades nas relações multiprofissionais cotidianamente –, destacando os desafios e possibilidades desse processo a partir da condição de residentes:

Eu visualizo em função dessas demandas, das requisições e da forma que o Assistente Social responde a isso, ele é visto como importante e necessário. No entanto se ele não conseguir “dar conta” do que é solicitado e demandado (como se fosse algo que dependesse única e exclusivamente da vontade e do desejo dele), ele não era visto da mesma forma. Então, a nossa importância, ela está diretamente relacionada com a nossa utilidade. (...) Então, se a formação daquele profissional, ele tem uma perspectiva mais associada a um conceito ampliado de Saúde, que leva em consideração a determinação social da saúde, a nossa profissão ela vai estar bem equiparada. Mas não é a maioria, não é a realidade do âmbito hospitalar. Então, a formação, ela é muito biomédica, ela é muito médico-centrada. É o modelo hegemônico, o que predomina no

hospital. Então, em função dessa formação, em função do contexto que a gente está inserido, a profissão, ela é subalternizada. (PM, 2021)

Principalmente acho que nesse cenário pandêmico, o assistente social é menos valorizado. Então eu vejo como uma das dificuldades através mesmo da formação, que não há esse debate, que é uma coisa muito engessada, e que deveria ser de fato, revista, até mesmo porque a gente defende um projeto ético político, então a gente sabe o nosso projeto societário de classe, a gente luta pra quebrar com esse projeto capitalista. Nós somos importantes nesse cenário de residência, principalmente no processo dentro da saúde mesmo, pra quebrar com esse projeto hegemônico privatizado que a gente vê hoje, que tá cada vez mais em ascensão e o projeto de reforma sanitária um pouquinho mais pra trás (PH, 2021).

Neste sentido, os(as) residentes egressos pontuaram questões referentes a: ausência do efetivo reconhecimento do trabalho do Serviço Social; importância da Residência Multiprofissional na qualificação do trabalho coletivo; Projetos de formação, trabalho e concepção do sus voltados à perspectiva biomédica e curativista; e o contexto de pandemia como potencializador das relações de subalternidade profissional.

Em todas as falas dos(as) residentes egressos, destacamos a importância da Residência Multiprofissional no processo de melhoria das relações entre as diferentes categorias profissionais. Essa importância se dá, por vezes, de forma controversa, de modo que ocorre a partir do momento em que o(a) residente é identificado(a) como profissional de referência daquela unidade de atenção em que seu programa está vinculado.

Essa visão do(a) residente como profissional de referência pode até ser vista de forma positiva, considerando o reconhecimento do seu trabalho. Contudo, é prejudicial pois indica que o(a) residente está sob uma carga elevada de trabalho e complexidade de demandas, para os quais sua condição de profissional em formação não lhe compete.

Apesar disso, o Programa de Residência, ao ofertar um reforço de trabalhadores(as) em formação para determinadas unidades de atenção no Hospital, impacta positivamente nas relações multiprofissionais, visto que o trabalho coletivo e integrado em saúde é um dos pressupostos do PRIMS, em que pese as ressalvas quanto a ainda persistente segmentação do trabalho entre as diferentes categorias profissionais.

Além do no processo de melhoria das relações entre as diferentes categorias profissionais, outro aspecto importante é o fato de que aparecem fortemente identificadas as relações de subalternidade do Serviço Social diante das outras profissões, seja no âmbito do conhecimento, seja nas respostas profissionais às demandas do cotidiano. Para os(as) residentes, esse reconhecimento é caro à sua formação e estes(as) têm buscado

cotidianamente estratégias de enfrentamento a essa problemática histórica do Serviço Social na Saúde:

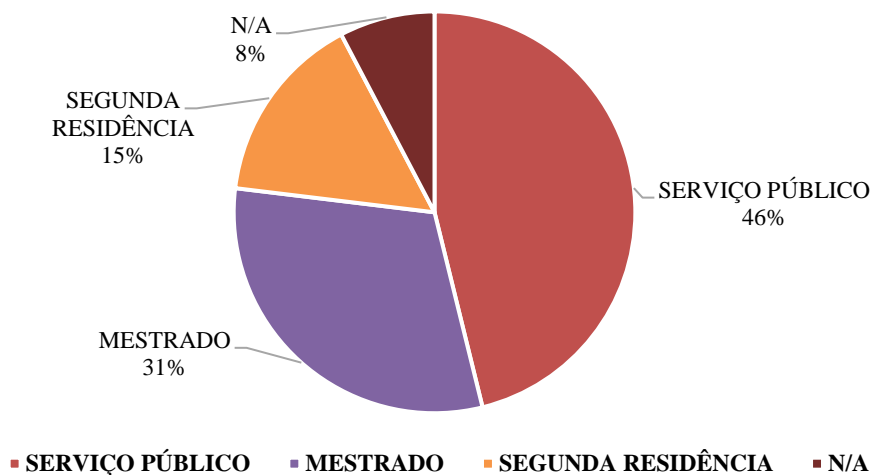
Sob a hegemonia do modelo biomédico (envolta em uma série de interesses políticos e econômicos), as necessidades de saúde são tratadas de forma individualizada, biologizadas; o foco dos serviços de saúde é a cura, a produção de procedimento; o máximo que se busca é a prevenção da saúde, enquanto que a Promoção da Saúde (PS) fica secundarizada. Sob tal ideário, o trabalho em saúde paulatinamente migra de uma prática médica liberal para um processo coletivo de trabalho, organizado prioritariamente em hospitais. A formatação desse tipo de trabalho resulta em novos arranjos na divisão social e técnica do trabalho, redefinindo tanto o papel da medicina quanto de várias outras profissões que atuam no âmbito da saúde. Costa (1998) indica que, sob a direcionalidade técnica do(a) médico e a incorporação da lógica da gerência científica, ocorre a padronização das rotinas e procedimentos, reproduzindo nos serviços de saúde, em certa medida, a organização taylorista da indústria, seja nos hospitais, seja na própria medicina comunitária. Assim, continua a autora, os serviços e as profissões de saúde sofrem um processo de fragmentação e especialização, numa lógica concatenada ao ideário biomédico. Nesta perspectiva, as/os médicas/os assumem um papel central e os demais profissionais tem sua atuação a eles subordinados, sendo considerados, em geral, como paramédicos ou profissionais “não-médicos” (COSTA, 1998 *apud*. LEAL 2015, p. 3-4).

Nesse sentido, para além das questões já enfrentadas cotidianamente pelos(as) profissionais residentes, estes(as) ainda se relacionam cotidianamente com as adversidades historicamente enfrentadas pelo Serviço Social e findam sendo elemento fundamental para a melhoria de tal cenário nos serviços de saúde.

g) Experiências do pós-residência para os(as) egressos(as):

A conclusão do curso de Residência Multiprofissional em Saúde para os(as) assistentes sociais se coloca como experiência particular diante de todo processo vivenciado. Os aspectos que, por vezes, se constituem como maiores motivações para o ingresso nos Programas, tais como ausência de oportunidades no mercado de trabalho, retornam e ganham contornos diferentes após a conclusão dos cursos.

Contudo, observamos que os(as) profissionais de Serviço Social egressos dos PRIMS/HUOL que participaram da pesquisa, apesar de referirem algumas dificuldades após a finalização dos cursos, se inseriram em determinados espaços de formação e trabalho:

Gráfico 4 - Experiências dos(as) Assistentes Sociais pós-residência

Fonte: elaboração própria mediante entrevistas realizadas, 2021.

A partir do gráfico e dos relatos, foi possível observar que, em que pese as dificuldades vivenciadas nas experiências da Residência em Saúde e após ela, os(as) assistentes sociais egressos(as) conseguiram se inserir em um ou mais de um espaço de trabalho e formação, como cursos de mestrado e serviço público de forma efetiva. Destaca-se, portanto, que o(a) profissional de Serviço Social finda com o diferencial curricular e de experiência, de uma formação como a Residência em Saúde, o que sinaliza a priori, que o processo favorece, portanto, essa absorção de profissionais⁵⁷.

Contudo, destes(as) que ingressaram no serviço público, apenas a metade retornou ao SUS. Ademais, há ainda aqueles(as) profissionais que não conseguiram acessar ainda nenhum dos espaços elucidados. Destacamos como dado importante a significativa participação em outros programas de Residência, que têm ganhado expressão no Rio Grande do Norte dada a escassez de oferta do mercado de trabalho, o que tem motivado a continuidade da participação dos(as) assistentes sociais nesta modalidade de formação, conforme relato abaixo:

⁵⁷ Estimamos que esse número referente a profissionais formados pelos Programas de Residência Multiprofissional da UFRN que conseguiram ser absorvidos após a conclusão dos cursos seja ainda maior, visto que a população analisada neste estudo corresponde apenas a uma parcela mínima e representativa de apenas 1 dos 7 Programas de Residência Multiprofissional da UFRN vigentes.

Então, eu acredito que a maior dificuldade do egresso é ou voltar para o SUS, ou trabalhar naquilo que ele se formou. Uma das minhas motivações de fazer um segundo programa foi justamente por questão de sobrevivência. A gente precisa vender nossa força de trabalho e o programa de residência foi a primeira opção que me surgiu e a que deu certo. Então, eu fui por esse caminho. Então, as dificuldades eu visualizo que são dificuldades objetivas. Da gente conseguir se inserir no mercado de trabalho da forma que a gente se propôs, que a gente se especializou para isso e que esse mercado, ele nos absorva. Porque a quantidade de residentes, de mão de obra qualificada, especializada, é muito grande. Então, não é por falta de especialização, não é por falta de conhecimento. [...] Então, assim, é uma mão de obra muito especializada, que não há um mercado de trabalho que absorva na mesma proporção que forma profissionais. Minhas dificuldades são mais nesse sentido (PM, 2021)

Assim, apesar dos dados relativamente animadores, nos deparamos fortemente com um dos gargalos das RIMS ao nível local e nacional: a ausência de uma política de absorção de egressos no mercado de trabalho e, especificamente, no SUS. Este aspecto apareceu com frequência elevada nos relatos dos(as) egressos(as):

Algo também que durante muito tempo a gente discute, inclusive tem na cartilha do residente, do conselho, que não existe essa política de motivação que o mercado de trabalho abarque o residente, que o residente regresse. Então muitas vezes, os profissionais das áreas biomédicas, certamente eles saem da residência com seu emprego garantido, porque o mercado de trabalho, a rede privada absorve muito fácil esses residentes (...). Para os residentes que não tem essa oportunidade na rede privada, tem os concursos públicos, que a gente precisa ter para se enquadrar, de fato, ter ingresso efetivo no mercado de trabalho. Só que quando a gente considera a questão do mercado privado absorver os residentes, é uma, algo que vai contra a política do que é a residência, que a residência em si capacita para o profissional para trabalhar no SUS. Porém o residente ele não vai trabalhar no SUS, ele vai trabalhar no setor privado, servir ao setor privado, e não predominantemente ao público. (PW, 2021).

Eu acho de inserção pós residência no trabalho como assistente social, assim não somente eu, como muitos residentes que se formaram, estamos na batalha querendo se inserir. (...) então acho que existe uma carência de uma política para os seus egressos. Primeira coisa é isso, se a gente é formado no SUS, para o SUS, termina a residência em não tem lugar para a gente se inserir, diante de tudo que a gente tá vivendo na pandemia... Teve uma pandemia agora que tirou o véu de tudo aquilo que era saúde no Brasil, mas também mostrou o nosso ponto forte como SUS. Quantas dificuldades e quem está segurando é o SUS, é o SUS que está segurando as pontas (PY, 2021).

É, eu sou desempregado hoje, egresso desempregado, não há política de absorção de egresso, a gente discutiu muito isso no meu programa (...) eu acredito na política de egresso universal, não é de um bico, e aí muitas vezes essa absorção é celetista, não tem estabilidade, não é uma absorção que realmente o residente vai chegar ali e dar continuidade no seu processo transformador, o ideal seria isso (PJ, 2021).

A partir das falas dos(as) egressos(as), observamos que é urgente a criação de uma política de absorção de egressos(as) da Residência em Saúde, sobretudo para o SUS,

mas que possa também favorecer um melhor reconhecimento da formação do(a) residente em concursos públicos, dentre outros aspectos. Há, portanto, uma articulação entre as políticas: Política de Educação e Trabalho, Política Macroeconômica e Política de Saúde, em que a Residência Multiprofissional é uma unidade na totalidade. Para o Serviço Social, somam-se a isso as dificuldades historicamente enfrentadas pela profissão para inserção qualificada no mercado de trabalho, como observado no seguinte relato:

Acho que a residência deveria ter um outro, um outro olhar, políticas que tivessem, que possibilitassem esses residentes e profissionais serem desenvolvidos no caso para o Sistema Único de Saúde, para política, para que pudesse de fato desenvolver no nosso trabalho, que a gente pode aprender, tudo mais. Então acho que a gente, poderia ser revisto essa política, por exemplo, [em] concursos a nossa formação enquanto residente, o nosso título ainda não é visto como deveria ser [...]. Então eu vejo como uma defasagem, como se o programa de residência não tivesse realmente, de fato, tivesse vendo o residente profissional apenas como mão-de-obra, que fosse lá pra atuar e substituir um profissional que está em déficit no serviço (PH, 2021).

A partir dos pontos elucidados, observamos que é fundamental pensar o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde em totalidade, compreendendo seus desafios e possibilidades nas etapas de acesso, ingresso, permanência e conclusão dos cursos. Tal proposição é um desafio no contexto da Emenda Constitucional nº 95, de desfinanciamento e desmonte das políticas públicas. Trata-se de um complexo atravessado cotidianamente por interesses contraditórios, de um Estado gerido sob o projeto neoliberal e conservador, que busca expandir a Residência em Saúde sob contexto de forte ajuste fiscal, cuja realidade revela o interesse velado de precarização da inclusão de força de trabalho nos serviços de saúde.

h) Proposições de melhoria para os Programas de Residência em Saúde do HUOL/UFRN:

Apesar dos desafios identificados no decorrer da pesquisa, os(as) profissionais participantes do estudo foram unânimes em apontar a importância do Programa de Residência Multiprofissional nas suas trajetórias profissionais. No grupo de tutoras e preceptoras, foi destacada a importância do acompanhamento de residentes como possibilidade de atualização de conhecimentos, ponte com a Universidade e aprendizado, mediante as trocas realizadas com os(as) profissionais:

Vamos lá, eu acho que é um processo extremamente rico [...], um processo de muito crescimento, um processo de troca. A residência nos instiga pensar, ela nos instiga a estudar, nos instiga a ser melhor, eu acho que a residência ela tem um papel fundamental e ela mobiliza e mais uma vez também principalmente dependendo dos atores que estão lá. Ela vai nos cutucar a sermos cada vez melhor e sermos diferentes, a melhorar nossa prática, a fazer uma prática nova, a pensar mais sobre o processo, a refletir mais sobre nossas ações, [...] eu acho que de forma geral, a bagagem maior que eu levo da residência é aprendizado, inclusive no pessoal, porque lidar com esse contexto relacional, porque essa intensidade de carga horária, isso é um contexto extremamente relacional, então lidar com isso... Não são robôs que estão ali exercendo a função, são pessoas com sentimento, com uma trajetória, enfim, alguns com processo de adoecimento que às vezes não descobrem antes [...] Enquanto tutora, eu acho que a gente tem muita responsabilidade, [...] eu tenho obrigação de tá pensando como eles estão, como tá sendo o processo, o que a gente pode fazer para melhorar, então eu me sinto muito responsável (PA, 2021).

Acho que o principal aspecto positivo é de fato essa troca como eu já relatei antes, o fato de esse contato com o profissional recém-chegado da academia é muito rico para nós, é uma forma até de estarmos atualizando quando é possível fazer determinado de discussões, então eu acho que essa convivência eu venho avaliando como uma forma muito positiva essa oportunidade de estar convivendo com alguém recém saído da academia, vejo que é um ponto positivo isso para mim enquanto profissional, pelo menos eu procuro estar sempre aberta em relação a isso. [...] e o aspecto que gera um pouquinho de equívoco às vezes é essa questão da residência em serviço, da residência em modo geral, nós não estamos lidando ali com aluno da graduação, estamos lidando com o profissional formado, mas que ao mesmo tempo está buscando uma especialização, está no processo de formação e necessita também de orientação (PB, 2021).

No conjunto dos relatos referente às tutoras e preceptoras, a exemplo da fala anterior, é possível observar que são evidenciados os desafios, sobretudo para os(as) residentes, ao mesmo tempo em que são balanceados com as potencialidades que a Residência oferece. De modo semelhante, as falas dos(as) residentes trouxeram pontos positivos e negativos da experiência profissional, destacando-se a relevância que a Residência Multiprofissional tem no conjunto da categoria, por ofertar um modelo de formação que articula o ensino com a prática profissional. Ademais, trouxeram também de modo unânime os pontos referentes aos desgastes sentidos no processo de formação:

De forma negativa sem sombra de dúvidas a experiência da superexploração do trabalho, isso foi muito negativo e esse é de fato prejudica o processo de formação em serviço porque a gente sabe que a residência tem um potencial enorme, mas esse potencial subaproveitado e subofertado em função dessa lógica centrada no cumprimento de carga horária e na utilização do residente como mão de obra, isso é a experiência negativa que eu acredito que perpassa a realidade de todos os residentes. Enquanto experiência positiva, eu destacaria o espaço de visibilidade para o serviço social, que aí é muito da atuação do perfil profissional de ocupar esses espaços para ampliá-lo (...) então essa foi uma experiência bem marcante para mim e que mostra como é importante a gente tensionar esses espaços para ampliar, porque os nossos

espaços de atuação eles nunca vão ser dados, eles sempre vão ser tencionados dentro da correlação de força nos espaços institucionais que a gente atuar. (PC, 2021)

Ao longo do estudo e do processo de entrevistas, notamos que, apesar de haver um peso e frequência maiores dos relatos que se referiam às problemáticas da Residência Multiprofissional, foram destacadas também as potencialidades do Programa pelos(as) participantes da pesquisa, que destacaram: o conhecimento sobre a articulação da rede socioassistencial e da intersetorialidade das políticas públicas; a perspectiva da construção de um trabalho em saúde coletivo, participativo e horizontalizado entre as profissões; a primeira experiência profissional supervisionada; a experiência nos diferentes níveis de atenção à saúde, dentre outros.

Então, assim, apesar de muito desgastante, eu considero que foi uma experiência muito rica e que eu consegui aproveitar cada momento da residência literalmente. (...) eu cheguei muito verde, muito tipo recém-formada, não tinha experiência profissional e a forma que eu fui recebida foi muito significativo. (...) foi uma experiência marcada por muitas vivências ricas e que eu teria feito, eu acho que teria traçado o mesmo caminho. Não me arrependi nada (PM, 2021).

Enquanto assistente social a experiência da residência foi muito proveitosa, foi uma vivência que eu levo com muito carinho, que me trouxe ganhos, assim, não só como profissional, mas enquanto ser humano. (...) Eu bato nessa tecla, porque a residência me proporcionou vivência em vários espaços, eu conheci várias unidades de saúde, fui da atenção básica à alta complexidade, então eu acho que essa vivência da política, no sentido, vamos dizer assim, de funcionamento, de estruturação, de fluxo, a residência sem sombra de dúvidas foi muito proveitosa, então eu acho que a residência, se você me perguntar: (...) Sim, acho que foi válido. Não foi fácil, não foi. Eu acho que muita coisa precisa melhorar, repensar, eu acho que a gente tá no caminho, mas a gente precisa ainda alcançar outros níveis nesse sentido, e discussão também, mas a experiência é muito boa em todo ponto de vista, de ensino foi proveitoso (PX, 2021).

Com vistas a fortalecer as transformações necessárias, foram destacadas pelos(as) participantes da pesquisa algumas proposições de melhoria dos Programas de Residência Multiprofissional da UFRN, conforme relato do grupo de tutoras e preceptoras:

Olha tem uma coisa que me incomoda bastante, mas é regimental (...) que é a questão do atestado médico, você só ter direito a 3 dias (...) é algo que a gente precisaria rever, porque não tem como a gente prever. Eu acho que é uma coisa que eu fico desconfortável, porque eu teria vontade de considerar até mais tempo, porque a gente sabe, enfim, é uma coisa regimental, e o avanço para 3 dias, que já foi considerado um avanço porque não era assim, então é uma coisa que me incomoda (PS, 2021).

Algo que nesse momento vem à cabeça e eu acho que seria muito bom, era que esses trabalhos que vocês passam nos anos construindo e que vocês fazem uma defesa daquele projeto, (...) se a coordenação, se elas absorvessem e pegassem esse projeto e fosse ler, e fosse ver quais são as lacunas, aquilo ali trazia muitos elementos de ganho, da residência para o serviço, serviço social, enfermagem, e para o HUOL de maneira geral (PE, 2021).

Assim, que houvesse uma maior interação entre a COREMU e os preceptores, apesar que uma das atribuições do tutor é mediar essa comunicação, mas seria importante que houvesse uma interação da coordenação com os preceptores, no caso poderia ser com o preceptor e com o tutor, mas que o preceptor pudesse participar um pouco mais, porque é quem tá de um residente todos os dias, é quem está exercendo essa orientação de forma direta, contínua. (...) acho que, de repente, uma reformulação do formato da avaliação e aí com a participação dos preceptores, porque nós não tivemos nenhuma, pelo menos quando eu cheguei aqui. Já existe esse formulário pelo que observei, foi elaborado pela COREMU, e aí o profissional que está ali diretamente com o residente, ele não teve nenhuma participação na elaboração daquele documento, que muitas vezes acaba não atendendo às nossas necessidades, então seria uma reformulação no estilo da avaliação (PB, 2021).

Assim, para estas profissionais, foram destacadas as seguintes proposições: **revisão regimental sobre atestado médico; devolução das pesquisas realizadas para o hospital; qualificação da formação para tutores/preceptores; ampliação das discussões críticas acerca da Política de Saúde nos eixos 1 e 2; reformulação no modelo de avaliação; inclusão de uma disciplina de Ética em Serviço Social no eixo 3 e redução da carga-horária dos(as) residentes.**

Já para o grupo de residentes egressos(as), as proposições se referem aos seguintes pontos: **aumento da carga-horária destinada ao ensino; qualificação da formação para tutores/preceptores e viabilização de incentivos financeiros; redistribuição equitativa da carga-horária; fortalecer a formação política dos(as) residentes; reformulação do Projeto Pedagógico dos cursos; ampliar e fortalecer a participação dos(as) residentes nos colegiados; aumento do tempo de curso e requalificação da carga-horária; e criação de uma Comissão Estadual de Residências em Saúde.** De acordo com os relatos:

A questão da carga horária, de ter maior disponibilização de carga horária de ensino. Isso eu num falo nem da parte de sala de aula, eu digo pra parte de trabalho mesmo de conclusão de curso, de estudo. [...] E aí aumentar essa parte teórica e diminuir a prática mesmo. [...] Além disso, estabelecer, na época não tinha, organizar os encontros interdisciplinares do programa. Como eu disse a você a gente sentia muita falta do objetivo do nome do programa ser colocado em prática. [...] Sobre os eixos [...] eu acho que os três são suficientes, só acredito que o II ele precisaria ser mais bem pensado do ponto de vista dos temas a serem debatidos, de como ser debatido. Porque é difícil algumas profissões terem noção, principalmente a gente que é da área de humanas lidar com as profissões biomédicas, específica da saúde, da parte de ciências da saúde” (PU, 2021).

Eu acho que seria ampliar as discussões sobre a política de saúde, [...] e eu falo vivenciar os espaços, eu acho que os programas da residência da UFRN pecam [...] no sentido que não há essa articulação. Eu acho que a política de saúde ela vai muito além, então esse residente ele acaba não vivenciando como eu disse os espaços de controle social, articulação com os movimentos sociais, então eu acho que a dimensão política dentro do programa de residência ele é meio secundarizada, a formação política desse residente ela é secundarizada (PX, 2021).

A proposta seria essa: reconstrução da COREMU, reestruturação dos projetos políticos pedagógicos e uma implicação maior nos programas de residência por serem referência no estado [...] provocar uma força que tem a instituição UFRN, provocar uma criação de uma Comissão Estadual de Residência em Saúde para que o estado do Rio grande do Norte promova, dê acesso e a gente possa propor como academia, ajudar, enfim, o SUS estadual, o SUS local, onde as residências estão e propor a criação de outras (PJ, 2021).

Diante das proposições elucidadas, é importante destacar como é urgente repensar as mudanças no Programa de Residência, no que se refere ao(a) Residente. Tal situação é evidenciada não só na fala dos(as) egressos(as), mas nas sugestões do grupo de tutoras/preceptoras, que trouxeram mais elementos em relação aos(as) residentes, do que à própria situação de trabalho nas Residências, que atualmente também se encontra precarizada.

Ademais, dentre tantas indicações, destacamos a importância da criação de uma Comissão Estadual de Residências em Saúde, a fim de fortalecer e qualificar o processo de formação e expansão das Residências, no que se refere às necessidades do SUS no campo da formação em saúde e não na substituição de força de trabalho. Ademais, a importância de fortalecer as históricas pautas de luta da Residência Multiprofissional pela requalificação da carga-horária dos cursos, seja através de uma redução e distribuição equitativa, seja por meio do aumento do tempo de curso, visto que o período de 2 anos se torna defasado e aligeirado para realização de tudo que a Residência se propõe.

A partir das diferentes dimensões que constituem o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde, buscamos analisar como esse contexto formativo de Ensino em Serviço incide no exercício profissional do/a assistente social, o qual já é historicamente permeado pelo fetiche da tecnificação da prática, como forma de legitimar a profissão no âmbito da divisão social do trabalho, como uma profissão técnica e procedimental, tal como outras profissões da área da saúde.

Acerca desse debate, Guerra (2014) aponta que tal movimento deriva da incidência que a ideologia burguesa exerce sobre a profissão, que está ancorada nos pressupostos da razão instrumental, a qual é uma das dimensões da razão dialética,

“substantiva e emancipatória” (*op. cit.*, p. 29), que se configura enquanto mediação técnica e instrumental para o alcance dos objetivos dos sujeitos sociais em suas necessidades.

Contudo, a razão instrumental é “limitada a operações formal-abstratas e a práticas manipuladoras e instrumentais, fragmentadas, descontextualizadas e segmentadas, por isso ela é funcional à reprodução social da ordem burguesa” (GUERRA, 2014, p. 2) e no atual estágio de desenvolvimento das forças produtivas do capital, o qual agrava o estágio de crise do capital sob o modelo neoliberal de ajuste fiscal, se coloca como única alternativa de racionalidade. De acordo com a autora, essa perspectiva adentra ao Serviço Social e encontra seu fundamento na separação do trabalho intelectual do trabalho manual.

A separação entre trabalho intelectual e manual como base do novo sistema organizacional das relações laborativas, justifica-se pela tese taylorista de que qualquer trabalhador, mesmo o mais habilitado, é incapaz de entender toda ciência que rege os atos do trabalho. (...) De fato, tem-se o máximo de exploração da força de trabalho, em troca da garantia de algumas condições à subsistência do trabalhador no limite dado pelo processo de acumulação do capital. Tais princípios incidem sobre a mentalidade do trabalhador, no sentido de sua adesão e consentimento a determinado tipo de racionalização produtiva, a qual supõe a aceitação da elevação do ritmo e do tempo de trabalho como a única possibilidade de melhoria de condições de vida do trabalhador (ABREU, 2002, p. 62).

Para o Serviço Social, enfrentar a racionalidade formal-abstrata é um desafio permanente, visto que a profissão enquanto inscrita na divisão social e técnica do trabalho, não está imune às inflexões do modo de produção capitalista. No cotidiano profissional, não é raro nos depararmos com a falácia que separa a teoria da prática, de forma a negá-las enquanto dimensões indissociáveis. Isso repercute diretamente no fetiche tecnicista que ainda ocorre no interior do Serviço Social, o qual se caracteriza como uma das formas de separar a dimensão técnico-operativa das demais dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas que constituem a instrumentalidade profissional.

A razão instrumental, por si só, “é uma racionalidade que nos exige pouco; é uma racionalidade que se torna cada vez mais instrumentalizada e empobrecedora” (GUERRA, 2014, p. 30) e, para o Serviço Social, tal racionalidade se traduz nas ações imediatistas, pontuais, focalizadas, meramente instrumentais, as quais não adentram às raízes das relações contraditórias da sociedade capitalista, que se traduzem nas demandas dos(as) usuários, as quais devem ser lidas cotidianamente enquanto expressões da Questão Social, o que implicaria em desvelar através das demandas imediatas, as necessidades reais da classe trabalhadora.

Tal exercício não é fácil, e em condições precarizadas de trabalho, ele pode se tornar ainda mais complexo. Por isso, a luta por melhores condições objetivas de exercer a profissão de Serviço Social perpassa a necessidade também de resguardar os pressupostos ético-políticos e teórico-metodológicos que norteiam nossa ação profissional no âmbito do Projeto Ético-Político.

Assim, pensar a formação em serviço social no âmbito da pós-graduação e, em especial, nos Programas de Residência em Saúde requer pensar sobre o Ensino em Serviço e suas relações com as determinações do modo de produção e reprodução da sociedade, analisando suas incidências para a formação e trabalho dos(as) assistentes sociais.

Todavia, para os(as) assistentes sociais, especialmente os(as) recém-formados(as), o espaço da Residência em Saúde se mostra um dos principais recursos de acesso a renda e à experiência do trabalho, visto que o mercado de trabalho para a categoria profissional historicamente se apresenta complexo, com escassas vagas em concursos públicos, dos quais muitos são remunerados com baixos salários, o que enfraquece e desmobiliza a luta por melhores condições de trabalho – apesar do empenho constante do Conjunto CFESS/CRESS em pautar essa bandeira de luta –, exigindo muitas vezes a submissão dos(as) profissionais que, enquanto trabalhadores(as), têm necessidades sociais urgentes.

Nesse caminho, é comum que nossa categoria profissional esteja exposta aos constrangimentos da precarização do mundo do trabalho e da depreciação do seu exercício profissional, dada a discrepância de remuneração diante de outras categorias profissionais.

Desse modo, ao ponderar as inflexões do mercado de trabalho para os(as) assistentes sociais e as condições de trabalho e estudo já sinalizadas nos programas de Residência em Saúde, podemos inferir que, pelo discurso de muitos(as) que se formaram e trabalharam nesses programas, esses espaços ainda são privilegiados na atual conjuntura, por contar com uma proposta que, ressalvadas as ponderações, oferta um ensino de pós-graduação, confere experiência de trabalho e dispõe de uma bolsa que, apesar de temporária, remunera melhor do que a média dos salários ofertados para os(as) assistentes sociais. Tal contexto nos remete ao que Albert Camus sinalizava em sua obra póstuma de 1994, e que Ricardo Antunes recentemente abordou, em 2018: “o privilégio da servidão”.

Há que se entender, portanto, que ao falarmos sobre a Residência em Saúde, compreendemos esta como um processo de educação permanente, apreendida em um determinado contexto histórico, político, econômico e cultural, socialmente construído no movimento das transformações societárias. Desse modo, é possível apreendê-la como socialmente determinada, o que nos permite identificar e analisar em uma perspectiva crítica e de totalidade a direção social do projeto educacional e formativo desta.

O estudo sobre as Residências em Saúde tem sido cada vez mais demandado, a fim de apreender não apenas as determinações que conformam o cenário atual onde os programas vem sendo cada vez mais requeridos, mas também os novos contornos que a criação e implementação desses programas conferem nos serviços de saúde onde são inseridos e aos(as) profissionais que assumem as responsabilidades de sua coordenação, preceptoria e tutoria, cujas funções não são remuneradas e, por vezes, excedem as atividades cotidianas do trabalho destes profissionais.

Desse modo, entendemos a necessidade de estudar o Ensino em Serviço e a formação profissional dos(as) assistentes sociais nos programas de Residência em Saúde sob essa orientação, a fim de apreender quais as tendências desse projeto de formação e o perfil profissional que ele conforma. Para Iamamoto (1992, p. 166-167), “a identidade profissional se constitui em contextos históricos determinados, adquirindo novas conotações com o processo de desenvolvimento das sociedades nacionais”, o que permite afirmar que o estudo sobre a formação profissional enseja a análise da conjuntura macrosocietária que a determina, os projetos educacionais em curso e a organização do mundo do trabalho, a fim de que a formação como projeto educacional seja apreendida em uma perspectiva de totalidade intimamente, articulada com a dinâmica da realidade.

4.2 Projetos em disputa?

Sendo a Residência em Saúde uma estratégia de educação permanente em saúde e formação de quadros profissionais para o SUS, temos na inserção do Serviço Social nesses programas um desafio analítico de apreender qual o projeto de formação que vem sendo ofertado para os(as) assistentes sociais nesses programas.

Importa destacar que apreendemos o termo “projeto” em sua dimensão **política**, compreendendo o sentido da expansão dos Programas e das particularidades do processo de formação e trabalho, bem como em sua dimensão **material**, aqui apreendidas por documentos normativos, projetos pedagógicos dos cursos e entre outros.

Neste sentido, buscamos identificar se o atual projeto de formação da Residência Multiprofissional em Saúde – no que se refere a formação de assistentes sociais – estabelece relações de continuidade e/ou rupturas com o perfil profissional definido pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e o perfil traçado nos projetos pedagógicos dos programas. Para a ABEPSS (2018), no que se refere a RIMS:

a necessária defesa de um projeto de formação e trabalho profissional, articulado aos valores expressos no Projeto Ético-Político do Serviço Social e na Reforma Sanitária; buscando formar profissionais capacitados para trabalhar as determinações sociais do processo saúde-doença, de forma comprometida com o aprofundamento de direitos (ABEPSS, 2018, p. 12-13).

De acordo com as diretrizes curriculares definidas para os cursos de Serviço Social pela ABEPSS, o(a) assistente social é o(a):

Profissional que atua nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas de intervenção para seu enfrentamento, com capacidade de promover o exercício pleno da cidadania e a inserção criativa e propositiva dos usuários do Serviço Social no conjunto das relações sociais e no mercado de trabalho (ABEPSS, 2002, p. 1)

O(a) assistente social formado nesse currículo deve desenvolver habilidades críticas, políticas, teórico-metodológicas e interventivas, a fim de orientar seu exercício profissional com base no Projeto Ético-Político da profissão.

Para o ensino de graduação, as Diretrizes Curriculares buscam articular três Núcleos de Fundamentos, quais sejam: 1. Núcleo de fundamentos teórico-metodológico da vida social; 2. Núcleo de fundamentos da formação sócio-histórica da sociedade brasileira; 3. Núcleo de fundamentos do trabalho profissional. Ainda conforme o referido documento, estes três Núcleos

afirmam-se como eixos articuladores da formação profissional pretendida e desdobram-se em áreas de conhecimento que, por sua vez, se traduzem pedagogicamente através do conjunto dos componentes curriculares, rompendo, assim, com a visão formalista do currículo, antes reduzido a matérias e disciplinas (ABEPSS/CEDEPSS, 1997, p. 63).

A proposta parte da apreensão do Serviço Social como profissão inserida na divisão socio-técnica do trabalho, impactada diretamente pelas transformações ocorridas no processo de produção e reprodução da vida social (*op. cit.*). Portanto, esses eixos são

fundamentais para uma formação em Serviço Social sob a perspectiva crítica e de totalidade, se baseando na premissa de que

o processo de trabalho do Assistente Social deve ser apreendido a partir de um debate teórico-metodológico que permita o repensar crítico do ideário profissional e, conseqüentemente, da inserção dos profissionais, recuperando o sujeito que trabalha enquanto indivíduo social (ABESS/CEDEPSS, 1997, p. 63).⁵⁸

Para o nosso estudo, entendemos que estes são pilares fundamentais para a formação em Serviço Social, para além da graduação. Considerando ainda a defesa da categoria profissional, de um processo formativo construído sob a perspectiva de Educação Permanente – o que dialoga com a proposta de formação da Residência Multiprofissional –, temos no espaço da Pós-graduação em Serviço Social um importante terreno onde devem se firmar também tais pressupostos ético-políticos da formação profissional, por partilharmos da análise de Yazbek e Silva e Silva (2015), que ressaltam:

Sabemos que a estrutura dos mercados de trabalho profissionais, assim como a formação de profissionais, é determinada por relações históricas, sociais, políticas e econômicas que moldam sua necessidade social. Não compreendemos o Serviço Social nem o processo de formação do assistente social em si mesmo, mas dentro de uma lógica maior que lhe dá sentido: o processo de reprodução da vida social. (...) Neste sentido, o Serviço Social enfrenta o desafio de redefinir suas estratégias e procedimentos, seja do ponto de vista do exercício profissional, situando-se frente às novas demandas e requisições de seu mercado de trabalho, seja do ponto de vista da formação de assistentes sociais em nível de Graduação e Pós-graduação, âmbito em que vai se defrontar com o novo perfil da Política Educacional no país, adequada aos novos requerimentos das transformações econômico-sociais da sociedade brasileira atual (YAZBEK; SILVA E SILVA, 2015, p. 41).

Desse modo, é preciso refletir acerca dos projetos de formação em Serviço Social na atualidade no âmbito da Pós-graduação, e – de modo particular e por tudo que foi exposto no decorrer do trabalho – nas Residências em Saúde. Por se tratar de um

⁵⁸ Acerca da discussão sobre processos de trabalho e Serviço Social, destacamos que a concepção de ‘processo de trabalho do Assistente Social’ presente no documento foi posteriormente problematizada por Iamamoto (2012), quando a autora assinala que “o processo de trabalho em que se insere o assistente social *não é por ele organizado e nem é exclusivamente um processo de trabalho do assistente social*, ainda que nele participe de forma peculiar e com autonomia ética e técnica. (...) o assistente social é chamado a desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, organizado dentro de condições sociais dadas, *cujo produto, em suas dimensões materiais e sociais, é fruto do trabalho combinado ou cooperativo, que se forja com o contributo específico das diversas especializações do trabalho*”. (IAMAMOTO, 2012, p. 107. Grifos da autora). Assim, essa perspectiva foi adotada hegemonicamente pela categoria profissional, rompendo visões endógenas referentes ao processo de trabalho em que o(a) Assistente Social é partícipe.

importante recurso de educação permanente em que os(as) assistentes sociais se inserem, o desafio analítico de apreender as contradições do processo de formação dos(as) assistentes sociais nas Residências em Saúde perpassa também a identificação das (possíveis) relações entre os projetos de formação dos programas em questão e a Política de Educação Permanente do conjunto CFESS/CRESS, o qual

se contrapõe à lógica instrumental abstrata, do chamado Capital Humano, tão difundido pelo modelo de acumulação flexível e reforçado no ideário neoliberal, que reduz a noção de formação continuada a um conjunto de treinamentos esparsos, para atender às demandas mais imediatas do mercado. Sob o argumento de valorização do conhecimento, exige-se do/a trabalhador/a processos contínuos de reciclagens e aprendizados que, nesta tese, os/as torna “aptos/as” a assimilar rapidamente novas formas de controle e gestão dos processos de trabalho (CFESS, 2012, p. 22).

Esse debate resgata a necessidade emergente de analisarmos as relações entre a formação dos(as) assistentes sociais em cursos na modalidade de Ensino em Serviço e o Projeto Ético-Político do Serviço Social - PEPSS, visto que, como já explicitado nas sessões anteriores, o Ensino em Serviço é proposto na atual conjuntura sob diversas determinações que respondem a projetos societários divergentes do projeto profissional.

O Projeto Ético-Político do Serviço Social traz na sua bagagem a história do acúmulo de debates realizados na categoria profissional, bem como simboliza o avanço e a maturação do Serviço Social. Netto (2009) aponta que a construção do debate referente ao PEPSS é datada no período de transição entre os anos 1970 e 1980, acompanhando, portanto, os períodos marcantes de rompimento do Serviço Social com o conservadorismo e demarcação da sua posição política pelas demandas da classe trabalhadora – expresso, por exemplo, na aprovação do Código de Ética do(a) Assistente Social de 1986 –, em um contexto político nacional em que se acompanhava o fim da Ditadura Militar e a redemocratização brasileira. O CFESS (2017) define o PEPSS como

um dado projeto profissional, constituído por um sujeito coletivo – a categoria de assistentes sociais – que dispõe tanto de reconhecimento jurídico-político por parte do Estado, o qual legitima e demanda seu fazer, como de balizas norteadoras para a sua formação e intervenção a nível teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo (*op cit.*, p. 10).

Desse modo, podemos inferir que o Projeto Ético-Político do Serviço Social se trata da bússola que orienta a ação profissional, e se expressa por meio do Código de Ética Profissional do(a) Assistente Social (Resolução CFESS nº 273/1993), da Lei de

Regulamentação da Profissão de Serviço Social (Lei nº 8.662/93), das Diretrizes Curriculares da ABEPSS, entre outros instrumentos que orientam e resguardam a profissão. O PEPSS também se consolida e se expressa por meio das instâncias reguladoras e organizativas da profissão, como os Conselhos Regionais e Federal de Serviço Social (Conjunto CFESS/CRESS), a Executiva Nacional dos(as) Estudantes de Serviço Social (ENESSO) e a Associação Brasileira de Ensino em Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).

Um projeto profissional, de acordo com Netto (2009, p. 147), é constituído por várias dimensões e relaciona alguns elementos, quais sejam: “uma imagem ideal da profissão, os valores que a legitimam, sua função social e seus objetivos, conhecimentos teóricos, saberes interventivos, normas, práticas etc.”. O que isso nos diz é que um projeto profissional não se trata de um processo estanque, mas que se constrói em diferentes variáveis no movimento dinâmico do cotidiano.

Segundo Netto (2009, p. 155), o PEPSS se trata de um “processo em contínuo desdobramento”, cujas estruturas são flexíveis à constante incorporação de novos desafios e questões que se colocam à profissão e se sustentam nos seguintes valores, os quais norteiam os princípios fundamentais do Código de Ética Profissional (1993):

I. Reconhecimento da *liberdade* como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - *autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais*; II. *Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo*; III. *Ampliação e consolidação da cidadania*, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; IV. *Defesa do aprofundamento da democracia*, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; V. Posicionamento em favor da *equidade e justiça social*, que assegure *universalidade* de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; VI. Empenho na *eliminação de todas as formas de preconceito*, incentivando o *respeito à diversidade*, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; VII. Garantia do *pluralismo*, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual; VIII. Opção por um *projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero*; IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com *a luta geral dos/as trabalhadores/as*; X. Compromisso com a *qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual*, na perspectiva da competência profissional; XI. *Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar*, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física (CFESS, 1993, p. 23-24).

Apesar de historicamente reconhecidos e terem cadeira cativa em muitos debates da categoria profissional, resgatar tais valores defendidos pelo Projeto Profissional se faz necessário a fim de situá-lo enquanto importante direcionamento político do Serviço Social, desde a formação acadêmica ao exercício profissional. Dos valores elencados, destacamos a vinculação do Projeto Profissional à construção de uma nova ordem societária, o que confere ao Serviço Social particularidades importantes no âmbito das profissões.

Esta vinculação perpassa a conformação das diretrizes curriculares dos cursos de Serviço Social, bem como nossas escolhas ético-políticas do cotidiano de trabalho, reafirmando nosso compromisso com a luta geral dos(as) trabalhadores(as). Para melhor apreensão desse processo, faz-se necessário identificarmos as diretrizes que conformam os projetos político-pedagógicos dos cursos de Residência Multiprofissional em Saúde ofertados no HUOL, buscando apreender, inclusive, a concepção institucional acerca destes Programas.

O estudo dos documentos de orientação pedagógica institucionais, de acordo com Veiga (2012, p. 1), e

o projeto político-pedagógico vai além de um simples agrupamento de planos de ensino e de atividades diversas. O projeto não é algo que é construído e em seguida arquivado ou encaminhado às autoridades educacionais como prova do cumprimento de tarefas burocráticas. Ele é construído e vivenciado em todos os momentos, por todos os envolvidos com o processo educativo da escola. O projeto busca um rumo, uma direção. É uma ação intencional, com um sentido explícito, com um compromisso definido coletivamente. Por isso, todo projeto pedagógico da escola é, também, um projeto político por estar intimamente articulado ao compromisso sociopolítico com os interesses reais e coletivos da população majoritária. É político no sentido de compromisso com a formação do cidadão para um tipo de sociedade. "A dimensão política se cumpre na medida em que ela se realiza enquanto prática especificamente pedagógica" (Saviani 1983, p. 93). Na dimensão pedagógica reside a possibilidade da efetivação da intencionalidade da escola, que é a formação do cidadão participativo, responsável, compromissado, crítico e criativo. Pedagógico, no sentido de definir as ações educativas e as características necessárias às escolas de cumprirem seus propósitos e sua intencionalidade. Político e pedagógico têm assim uma significação indissociável (VEIGA, 2012, p. 1).

Desse modo, compreendendo que tais documentos são dotados de intencionalidade política e pedagógica, e devem estar intimamente relacionados e traduzidos nas práticas cotidianas, buscamos realizar uma breve análise acerca dos documentos que orientam os cursos de Residência Multiprofissional no Hospital Universitário Onofre Lopes, a fim de subsidiar o diálogo ora proposto entre os projetos de formação dos programas e da profissão de Serviço Social.

Como já mencionamos anteriormente, o HUOL oferta 4 Programas de Residência em Área Profissional, dos quais 3 ofertam vagas para assistentes sociais: Atenção Psicossocial, Terapia Intensiva Adulto e Atenção à Saúde da Criança. Assim, dado o recorte do estudo, é sobre os projetos pedagógicos desses Programas e demais documentos da UFRN que versam sobre a formação de assistentes sociais nas Residências em Saúde que nos debruçaremos a seguir.

De acordo com Manual da Residência Multiprofissional em Saúde 2021 (UFRN, 2021), o perfil geral do egresso deve corresponder aos seguintes elementos:

Identificar-se como integrante de uma equipe interdisciplinar com vista ao cuidado integral, co-responsabilizando-se pela assistência global aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS); Ser capaz de constituir equipes de referência na Saúde; Compartilhar saberes e práticas, que permitam a construção de competências para consolidação do processo de trabalho em equipe; Exercer a cidadania no âmbito de sua atuação e fomentar na população o reconhecimento do ser cidadão; Compreender as características econômicas, políticas, técnicas e ideológicas dos modelos assistenciais e das políticas de saúde atuais construídas historicamente no país; Desenvolver suas práticas no cuidado integrado, interdisciplinar e multiprofissional, considerando os princípios éticos nas relações interpessoais e os dispositivos da Política Nacional de Humanização; Participar e sentir-se responsável pela gestão do cuidado em saúde; Estabelecer vínculo com o paciente e sua família, reconhecendo as suas singularidades e a inserção no contexto familiar, econômico, político, cultural e social; Promover o aperfeiçoamento ou aquisição de uma boa comunicação e outras atitudes de boas práticas à assistência integral à saúde; Conhecer as principais políticas e programas voltados à saúde no contexto nacional; Desenvolver ações de vigilância à morbi-mortalidade infantil; Intervir social, científica e criticamente sobre os problemas de saúde (UFRN, 2021).

Tratam-se de requisições generalistas dos(as) profissionais formados pela Residência Multiprofissional da UFRN no HUOL, que dialogam diretamente com o que preconiza o Sistema Único de Saúde, sobretudo no que concerne à integralidade, à produção de trabalho coletivo e à concepção ampliada de saúde. Contudo, observamos a ausência de pontos importantes sobre a compreensão que o(a) profissional deve ter acerca do controle social. Isso diz muito sobre o processo de formação sobre o qual discorreremos durante todo estudo, observando que este não favorece a participação dos(as) residentes nas instâncias de controle social do SUS e, desse modo, não contempla tal dimensão como fundamental da formação profissional.

No que se refere ao perfil que se espera de um(a) assistente social formado pela Residência Multiprofissional no HUOL, este(a) profissional deve:

Conceber a saúde como direito e a política de saúde como integrante da Seguridade Social, reconhecendo as responsabilidades, atribuições e competências das três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal); Elaborar protocolos de intervenção do Serviço Social na UTI; Realizar pesquisa social, planejamento em saúde, estudos socioeconômicos, levantamentos e análise de dados, elaboração e avaliação de projetos sintonizados com a realidade social dos usuários dos serviços de saúde; Fomentar espaços de gestão participativa, orientar a população usuária quanto aos serviços sociais, no sentido de democratizar informações e efetivar direitos; Realizar ações de caráter educativo, em nível individual e grupal; Contribuir com a implementação dos dispositivos da Política Nacional de Humanização (PBH); Discutir com a equipe estratégias que possibilitem uma assistência universal, integral de qualidade e humanizada, fortalecendo o trabalho interdisciplinar; Subsidiar a equipe multiprofissional na compreensão dos determinantes e condicionantes da saúde; Registrar os atendimentos no prontuário único com objetivo de subsidiar a equipe quanto às informações sociais dos usuários; Apresentar à equipe as condições familiares e sociais e juntos desenvolver estratégias para efetivação da alta na perspectiva de garantia da continuidade do tratamento e do acesso ao conjunto dos direitos sociais (UFRN, 2021, p. 22).

O perfil ora traçado traz elementos generalistas e técnico-interventivos da profissão, além de importantes pontos sobre gestão participativa e democratização dos direitos. Contudo, esbarramos mais uma vez na dimensão do controle social, a qual é secundarizada em todo processo de formação, refletida nas dificuldades de participação dos(as) residentes nas instâncias deliberativas, nas relações hierarquizadas e verticalizadas entre os(as) atores(as) que compõe a Residência e na ocultação de tal dimensão como uma das habilidades/capacidades que o(a) profissional de Serviço Social deve(ria) fortalecer. Como é possível falar de democratização de direitos sem considerar a participação social? Observa-se, pois, uma dimensão política pouco expressiva.

Ademais, o perfil do(a) assistente social construído no documento apresenta a necessidade de atualização, de modo que considera em seu texto algumas competências voltadas apenas para o Programa de Terapia Intensiva Adulto (UTI), não considerando a ampliação das habilidades e competências profissionais desenvolvidas nos demais Programas. Contudo, destacamos a seguinte ressalva: outras Residências em Saúde foram criadas depois desse período e os documentos analisados retratam um determinado “tempo” e contexto, os quais requerem reelaboração e melhoria.

Outros documentos importantes que orientam os cursos de Residência Multiprofissional no HUOL são os Projetos Político-Pedagógicos de cada curso. De modo geral, os Projetos dos 3 cursos apresentam semelhanças no que se refere à estrutura do documento, bem como à concepção de formação, a qual aparece intimamente articulada ao reordenamento dos processos de trabalho no modelo atenção à saúde, baseando-se na

concepção ampliada de saúde defendida pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB).

Aparece como ideia central nos três Projetos a percepção da Residência Multiprofissional como vetor de mudança nos processos de formação e trabalho profissional para o SUS, conforme evidencia o Projeto Pedagógico do Programa de Atenção à Saúde da Criança:

Com o Programa de Residência Multiprofissional, é possível superar o tradicional modelo de formação desses profissionais, ancorado no paradigma cartesiano, reducionista, compartimentalizado e mecanicista, que separa os objetos do seu contexto, as disciplinas uma das outras e os homens de si mesmos. Com isto, torna-se possível romper com o pensar/fazer fragmentado, individualizado e curativo da assistência à saúde para a conformação de um modelo que fortaleça a integração, a interdisciplinaridade e a promoção à saúde (UFRN, 2019, p. 13).

Observamos, portanto, que a concepção acima passa por algumas alterações textuais em cada Projeto, as quais, contudo, não implicam mudanças essenciais na forma de pensar o Programa de Residência Multiprofissional no HUOL.

No que se refere aos objetivos de cada Projeto Pedagógico, observamos diferenças apenas nas particularidades de cada Projeto, visto que correspondem a ênfases diferentes:

Quadro 4 – Objetivos dos Projetos Pedagógicos dos cursos de Residência Multiprofissional desenvolvidos no HUOL/UFRN (Atenção à Saúde da Criança, Atenção Psicossocial e Terapia Intensiva Adulto)

OBJETIVOS	
TERAPIA INTENSIVA ADULTO	<p>Objetivo geral: Desenvolver competências e habilidades para o cuidado integral em Terapia Intensiva, através da articulação das ações de promoção, prevenção e reabilitação, com vista a integralidade da atenção, nos contextos dos hospitais universitários, articulados com a rede do SUS, preservando as especificidades dos campos de saberes das diversas profissões da área de saúde.</p> <p>Objetivos específicos: * Possibilitar uma visão ampliada acerca das políticas públicas e do conceito de saúde, considerando o perfil epidemiológico da população e o conhecimento específico para a assistência ao usuário em estado crítico de saúde. * Vivenciar a intersetorialidade através do exercício prático de suas ações específicas em todos os níveis de atenção à saúde, no SUS. * Exercitar a interdisciplinaridade através da integração dos diversos campos de saberes. * Fortalecer a integração dos hospitais universitários na rede do Sistema Único de Saúde (SUS). * Habilitar através de exercícios práticos uma assistência de caráter interprofissional. * Desenvolver projetos integrados de ensino, pesquisa e extensão em diferentes áreas e territórios do cuidado. * Formar profissionais conscientes do seu papel enquanto facilitador do processo de articulação ensino/pesquisa/serviço e com domínio técnico, político-humanista. * Fomentar no profissional, através de ferramentas de co-participação e co-responsabilização, competências para o gerenciamento e o cuidado da saúde; * Sistematizar a assistência aos usuários internados em Unidade de Terapia Intensiva, ampliando o apoio as famílias e orientando-as nos cuidados para a alta.</p>
ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA	<p>Objetivo geral: Desenvolver competências e habilidades para o cuidado integral na Saúde da Criança e do Adolescente, através da articulação das ações de promoção, prevenção e reabilitação, com vista à integralidade da atenção, no contexto dos hospitais universitários, articulados com a rede do SUS, preservando as especificidades dos campos de saberes das diversas profissões da área de saúde.</p>

	<p>Objetivos específicos: * Possibilitar uma visão ampliada acerca das políticas públicas voltadas para a criança e para o adolescente e do conceito de saúde, considerando o perfil epidemiológico da população infantil e o conhecimento específico de cada núcleo de saber; * Promover a vivência da intersectorialidade através do exercício prático das ações específicas do profissional em todos os níveis de atenção à saúde da criança, no SUS; * Exercitar a interdisciplinaridade através da integração dos diversos campos de saberes; * Fortalecer a integração dos hospitais universitários a rede do Sistema Único de Saúde (SUS); * Desenvolver projetos integrados de ensino, pesquisa e extensão em diferentes áreas e territórios do cuidado à criança e ao adolescente; * Formar profissionais conscientes do seu papel enquanto facilitador do processo de articulação ensino/pesquisa/serviço e com domínio técnico, político-humanista para atuar na assistência integral à criança e ao adolescente; * Fomentar no profissional, através de ferramentas de co-participação e co-responsabilização, competências para o gerenciamento e o cuidado à criança; * Contribuir para a avaliação da melhoria da qualidade na rede de cuidados à criança, construção de protocolos e formação e educação permanente do pessoal inserido no SUS;</p>
<p>ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</p>	<p>Objetivo geral: Especializar profissionais por meio da formação em serviço, para atuar de forma interdisciplinar, crítica e propositiva no âmbito técnico, ético e político na rede de Atenção Psicossocial, assegurando os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.</p> <p>Objetivos específicos: * Compreender as tendências atuais das políticas de saúde e mais especificamente as de saúde mental, nos planos nacional e local; * Identificar as características dos modelos assistenciais hegemônicos e substitutivos vigentes no Brasil; * Compreender a noção de Território e suas relações com o processo de saúde/doença mental e desenvolver estratégias de ação no território; * Compreender a noção de contexto cultural, identificando e estabelecendo articulações com agentes terapêuticos locais; * Articular ações intersectoriais para intervenção sobre os determinantes dos problemas prioritários; * Estimular uma visão e ação interdisciplinar reconhecendo e valorizando as competências específicas dos profissionais da equipe; * Oportunizar conhecimentos teóricos, práticos e vivenciais na área da saúde e afins, para uma visão crítica e criativa acerca dos determinantes biopsicosocioculturais do processo de saúde e doença mental, da institucionalização e desinstitucionalização; * Promover educação em saúde em todos os níveis de atenção; * Desenvolver conhecimentos e habilidades clínicas para lidar com problemas de saúde mental de maior prevalência no contexto local, incluindo síndromes culturais; * Oportunizar a escuta sensível ao sujeito que vivencia um estado de sofrimento psíquico e social, respeitando sua individualidade, dignidade, capacidade expressiva; * Desenvolver habilidades e competências clínicas para o manejo com o paciente em crise; * Capacitar os profissionais para identificarem e encaminharem para tratamento adequado as síndromes neurológicas; * Capacitar os profissionais para o manejo de técnicas grupais (grupos operativos, oficinas etc.) utilizadas nos novos dispositivos; * Capacitar profissionais para o planejamento, implantação e</p>

	gestão de serviços de saúde mental de acordo com a Reforma Psiquiátrica e as Conferências Nacionais de Saúde Mental; * Promover experiências de desenvolvimento de novas formas de sociabilidade institucional, envolvendo usuários, profissionais e familiares, multiplicando espaços de interlocução e diálogo e favorecendo exercícios de subjetivação; * Desenvolver habilidades no manejo terapêutico que envolva a família e usuários através de uma abordagem sistêmica; * Desenvolver habilidades e competências necessárias para realização de pesquisas a partir do cotidiano no serviço, tais como: problematizar as ações e os saberes, elaborar e implementar projetos de pesquisa, avaliar processualmente as intervenções, proporcionar o intercâmbio com a academia; * Desenvolver habilidades para a reflexão e decisão ética em relação aos possíveis conflitos gerados nas diversas modalidades de práticas em saúde mental, em termos jurídicos, teórico- técnicos e ideológicos.
--	---

Fonte: Elaboração própria com dados extraídos dos Projetos Pedagógicos dos cursos de Residência Multiprofissional do HUOL/UFRN, 2021.

Quanto aos objetivos dos cursos, observamos que, além das particularidades da formação em cada ênfase, espera-se construir um perfil profissional que: trabalhe coletivamente, de forma interdisciplinar e interprofissional; relacione-se com as políticas públicas de forma intersetorial; desenvolva projetos e competências de articulação do tripé ensino – pesquisa – serviço, dentre outros.

Desses pontos, destacamos, em primeiro lugar, que a ausência da dimensão de extensão, como parte do tripé universitário, se reflete cotidianamente nos cursos e na vivência dos(as) profissionais residentes. Tal processo foi evidenciado durante as entrevistas, ensejando mudanças formativas e curriculares nas matrizes dos cursos. Ademais, reflete como o processo de implementação da racionalidade gerencial nos Hospitais Universitários fragiliza as dimensões da pesquisa e extensão no âmbito das Residências Multiprofissionais.

Em segundo lugar, observamos uma maturação nos objetivos específicos do programa de Atenção Psicossocial, que abrangem, além dos pontos elucidados, a apreensão do território; a discussão sobre contexto cultural; modelos assistenciais; tendências da política de saúde; promoção à saúde; dimensões éticas do trabalho, dentre outros.

Quanto às Diretrizes Pedagógicas, destacamos alguns elementos importantes previstos no Projeto no que se refere a formação, como: capacitação anual de tutores,

preceptores e docentes como estratégia de Educação Permanente⁵⁹, e o planejamento integrado dos conteúdos referentes aos eixos teóricos, contando com a presença do residente, coordenadores, docentes, preceptores e tutores. Contudo, tais elementos não foram mencionados nas entrevistas, portanto não obtivemos parâmetro para analisar se estão ocorrendo efetivamente ou não.

Outro ponto a se destacar nos Projetos Pedagógicos é a previsão de Articulação com as Políticas de Saúde locorregionais, cuja parceria deve se dar a partir da vivência nos diferentes cenários de prática na rede de saúde, desde serviços da Atenção Primária a Conselhos de Saúde. Quanto à primeira forma de articulação, identificamos que esta se coloca de forma bem-sucedida pelos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da UFRN, de modo que, de fato, o(a) residente tem experiências diversificadas em diferentes espaços de atenção à saúde durante os dois anos de curso:

Quadro 5 – Cenários de Prática dos cursos de Residência Multiprofissional desenvolvidos no HUOL/UFRN (Atenção à Saúde da Criança, Atenção Psicossocial e Terapia Intensiva Adulto)

TERAPIA INTENSIVA ADULTO	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU Natal); Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, Hospital Regional Aluizio Bezerra e Hospital Giselda Trigueiro; Hospitais Universitários (Hospital Universitário Onofre Lopes e Maternidade Escola Januário Cicco); Outros cenários: 1. Ambulatório de Cirurgia e Clínicas. 2. Ambulatório de Fisioterapia. 3. Ambulatório de Nutrição. 4. Núcleo Hospitalar de Epidemiologia. 5. Núcleo de Segurança do Paciente. 6. Serviço de Controle de Infecção Relacionadas a Assistência à Saúde. 7. Central de Misturas Intravenosa. 8. Serviço de Abastecimento Farmacêutico. 9. Farmácia Central de Dispensação. 10. Programa de Transplante Renal. 11. Enfermarias Clínicas e Cirúrgicas 12. Centro Cirúrgico e Central de Material. 13. Unidades de Terapia Intensiva Geral, Cardiológica, Cirúrgica, Trauma e doenças infectocontagiosas, materna e oncológica. 14. Pronto-Atendimento (urgência e emergência). 15. Hospitais particulares credenciados.
---------------------------------	---

⁵⁹ No âmbito das ações de Educação Permanente para tutores, preceptores e docentes, ainda estão previstas (nos 3 projetos pedagógicos) outras atividades, como: “Atualização Didático Pedagógica • Projeto Político Pedagógico da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (contextualização); • Metodologias ativas: assegurar um contato mais intenso com a pedagogia problematizadora; • Formação do Profissional em Saúde na perspectiva interdisciplinar; • Ensino na comunidade, • Processo de avaliação: Portifólio, OSCE E Mini Cex;” (UFRN, 2019, p. 18)

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB); Laboratório de Práticas Integrativas em Saúde da UFRN; Hospital Walfredo Gurgel e Hospital Maria Alice Fernandes; Hospitais Universitários (Hospital Universitário Onofre Lopes e Maternidade Januário Cicco); Outros cenários: 1. Centro de Atenção Psico-Social Infantil (CAPS) da SMS; 2. Laboratório de Práticas Integrativas em Saúde (LAPICS) 3. Casa de Apoio à Criança com Câncer Durval Paiva (ONG); 4. Conselho Municipal de Saúde; 5. Departamento de Vigilância à Saúde da SESAP e da SMS; 6. Departamento de odontologia da UFRN; 7. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da MEJC (UFRN). 8. Policlínica (LIGA contra o câncer);
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	Núcleo de Apoio da Saúde da Família de Nazaré; Hospital Municipal de Natal, Unidade de Pronto Atendimento da Cidade da Esperança e a rede de CAPS; Hospital João Machado; Hospital Universitário Onofre Lopes. Outros cenários: 1. Rede CAPS do Município de Natal 2. Serviço de Atenção Psicossocial 3. Núcleo Hospitalar de Epidemiologia; 4. Unidade Básica de Saúde/ Núcleo de Apoio à Saúde da Família; 5. Hospital João Machado; 6. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) 7. Comissão de Infecção Hospitalar/ Núcleo de Segurança do Paciente (HUOL); 8. Centro de Convivência; 9. Consultório na rua; 10. Unidade de Atenção Psicossocial (HUOL); 11. UTI; 12. Laboratório de Práticas Integrativas 13. Pronto-Atendimento (urgência e emergência) do João Machado e da Cidade da Esperança.

Fonte: Elaboração própria com dados extraídos dos Projetos Pedagógicos dos cursos de Residência Multiprofissional do HUOL/UFRN, 2021.

Entretanto, retomamos à mesma situação referente à ausência de rodízios nos Conselhos de Saúde e demais espaços de controle social, assim como nas secretarias de gestão – estaduais e municipais – da Política de Saúde. Entendemos que tais cenários são cruciais para uma formação que se coloque articulada aos pressupostos do MRSB e à concepção ampliada de saúde.

Ademais, para uma estratégia que se coloca como campo inovador da Educação Permanente em Saúde a partir da integração do Ensino em Serviço, urge que seja (re)pensada cotidianamente e de forma crítica. De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004),

na formação que temos feito no Brasil a título de aprendizagem significativa, encontramos registro sobre a relevância da integração ensino - serviço. Mas praticamente inexistente o registro sobre a relevância e necessidade da integração ensino - serviço - gestão - controle social e a articulação com o movimento estudantil de graduação nas profissões da saúde. Afirmava também que ainda podem ser caracterizadas como inovadoras as experiências integradas entre gestores, formadores, usuários e estudantes, com o objetivo de qualificar a formação dos trabalhadores para as reais necessidades de saúde. A experiência acumulada de mudança na formação, dentro e fora do país, se centra na tríade instituições de ensino - instituições de serviço - associações científico-profissionais, ou pela tríade ensino - serviço - comunidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 46 *apud* FEUERWERKER, 2002; CECCIM; BILIBIO, 2002).

Assim, observamos que a concepção Ensino em Serviço é uma composição incompleta, parcial e que não corresponde à proposta do quadrilátero. O controle social remete a relações mais horizontais, dialógicas e participativas dos(as) usuários(as) nas Políticas Sociais. No campo da saúde, fortalecer essa dimensão se coloca com urgência na agenda do dia, dados os constantes ataques que o SUS vem sofrendo, como um dos principais alvos das medidas degradantes da política de Ajuste Fiscal. Para o campo da formação em saúde, sobretudo nas Residências, esse processo favorece uma apreensão de totalidade da Política de Saúde, os impactos das suas transformações – no modelo de atenção à saúde, na formação, no trabalho e no acesso dos(as) usuários(as) – e do desmonte que é cotidianamente imposto.

No que se refere aos Projetos Pedagógicos, destacamos ainda a concepção presente nos 3 documentos quanto à sua proposta pedagógica:

a proposta pedagógica tem por base a concepção do Residente como construtor do seu próprio conhecimento, mediante a sua participação ativa e efetiva do processo de ensino aprendizagem. Entende a aprendizagem como resultado de um processo dinâmico e interativo que se dá por sucessivas aproximações entre o sujeito que aprende e do objeto a ser apreendido, tendo o professor o papel de educador, organizador e facilitador desse processo ensino-aprendizagem (UFRN, 2019, p. 45).

A esse respeito, observamos a centralidade que é dada a figura do(a) residente nesse processo de formação. Contudo, observamos que uma das contradições neste sentido reside nas dificuldades relatadas no item anterior pelos(as) residentes egressos, no que se refere à relação com as coordenações locais, as quais têm papel fundamental no fortalecimento das dimensões políticas e estratégicas dos Projetos Pedagógicos em curso. Observamos, portanto, que essa centralidade é fragilizada no cotidiano dos processos de ensino e trabalho dos(as) residentes, mediatizadas pelas relações hierárquicas ainda estabelecidas no ambiente hospitalar.

No conjunto dos três Projetos Pedagógicos, identificamos forte defesa da formação na Residência Multiprofissional articulada com os pressupostos da Reforma Sanitária, sobretudo quando busca articular experiências externas aos Hospitais nos campos de prática, a exemplo dos estágios externos na Atenção Primária, Média Complexidade e Instituições da rede privada de Saúde, de modo que permite ao(a) residente uma vivência dinâmica na sua formação.

Contudo, apesar de observarmos importantes pontos no que se refere à concepção de formação impressa como um todo nos Projetos Pedagógicos, observamos que, contraditoriamente, alguns elementos caminham na direção oposta ao preconizado. Exemplo disso pôde ser evidenciado durante o contexto de Pandemia de Covid-19 em 2020, em que a UFRN publicou a Portaria n° 452/2020-R, de 17 de Março de 2020, em que estabelece a suspensão por tempo indeterminado de determinadas atividades universitárias, dentre as quais “IV – atividades teóricas das Residências em Saúde” (UFRN, 2020, p. 04), delegando que “§ 2º. a definição acerca da realização das atividades práticas das residências em saúde ficará a cargo das unidades hospitalares” (op. cit.).

A princípio, o que tal documento sinaliza, em linhas gerais: é a separação cada vez mais evidente entre as instituições formadoras e executoras, de modo que os(as) residentes, por estarem na condição de profissionais em formação, estudantes de um curso de Pós-graduação da UFRN, deveriam gozar das mesmas condições dos(as) demais estudantes da instituição, no que se refere à segurança que o contexto exigiu à época (e continua exigindo). O que justifica não poder assistir aulas ou realizar pesquisas e continuar trabalhando?

A Residência é um programa que pertence à Universidade, apesar de ser construído a muitas mãos cotidianamente e dos serviços de saúde assumirem certo protagonismo na condução dos processos. Assim, designar a dimensão das atividades práticas de forma exclusiva ao Hospital, segmentando ainda mais o processo em relação ao ensino, é subjazer a condição de trabalhadores que ofertam sua força de trabalho como reforço aos serviços de saúde através de um programa de formação.

Em nível nacional, identificamos apenas um documento emitido em maio de 2020 pelo MEC, que se refere à Residência Multiprofissional em Saúde no contexto de pandemia, intitulado “Recomendações quanto ao desenvolvimento das atividades dos Programas de Residência Multiprofissional e Em Área Profissional da Saúde durante enfrentamento à pandemia por COVID-19”.

Os primeiros itens do documento versam sobre o afastamento de residentes do grupo de risco, apenas por orientação médica expressa. Os(as) demais que pertençam a grupos de risco em situação de menor grau, deverão ser **realocados**. Ou seja, não se previu de fato o afastamento dos residentes de modo geral, mas apenas a realocação de quem precisar, para áreas menos expostas. Assim, observamos inicialmente uma questão fundamental violada, que foi a convivência familiar segura com grupos de risco. Os(as)

residentes tiveram que se manter nos seus locais de prática (realocados ou não), tendo sua saúde exposta, assim como a dos(as) seus(as) familiares.

Foi indicado também manter o cumprimento das 60h semanais durante esse período. Mas se os(as) residentes estavam sem aulas, como equilibrar essa carga-horária? Neste sentido, foi um período especialmente difícil para residentes, tutores(as) e preceptores(as), como podemos observar em alguns dos relatos do grupo de tutoras/preceptoras:

Olhe o início da pandemia, até ali agosto, setembro, foram, eu acho, meses de muito estresse, muito muito estresse, porque como era algo novo e não tinha base nenhuma pra gente tá se amparando, então as coisas foram acontecendo a cada dia e isso traz instabilidade não só para o serviço, emocional também. [...]. Entrou outra coisa na jogada: tinham as aulas que eram remotas. A gente teve que se desdobrar, [...] pra fazer também atividades remotas com eles. [...] Não estamos livre da pandemia, mas hoje a gente não tá mais como antes, como foi o início [...], a gente teve residentes afastados porque tiveram covid, até recentemente, inclusive mês passado, teve uma [...] que teve Covid. (...) É uma doença nova, que a gente não sabia, que a gente pouco sabia. Foi desafiador em todos os sentidos, na relação com a equipe, na relação com os residentes, entre nós mesmo, desgastou tanto porque a gente teve que dar nó em pingo d'água pra dar vazão a atividades a cumprir carga horária, então foi algo muito, muito difícil (PS, 2021).

O que se observou, especialmente devido aos afastamentos, foi sobrecarga de trabalho [...]. Em relação à residência, o que houve inicialmente [é que] os residentes começaram a trabalhar no regime de escala, mas depois foi suspenso esse regime e voltou, eles voltaram às atividades presenciais todos os dias [...] acho que o principal impacto foi isso mesmo, mais para equipar a equipe, de modo geral, foi sobrecarga de trabalho mesmo, e a atenção, assim, tem todo risco porque a gente acaba tendo contato, o paciente nós recebemos levando para enfermaria, o familiar vem aqui, nós começamos a atender, atendemos, às vezes no dia seguinte tomamos o conhecimento de que aquele paciente tá com Covid, foi transferido para ala Covid e aquele familiar que a gente atendeu com ele ou em outra situação, até mesmo conversamos com paciente... Então tinha um pouco de tensão em relação a isso também (PB, 2021, grifo nosso).

Desse modo, podemos observar que se trata de um período extremamente complexo, sendo ainda mais para a Residência Multiprofissional em Saúde, que, sem dispor de uma Coordenação Nacional efetiva, encontrou-se em um limbo que demandou esforço triplicado de tutores(as), coordenadores(as) e preceptores(as) para sua manutenção.

Nas Recomendações emitidas pelo MEC, ressaltamos ainda o aspecto de reposição da carga-horária, que, em um período instável e complexo de pandemia, seria esperada uma sensibilidade maior neste sentido. Contudo, o(a) residente se deparou com os seguintes termos: “a reposição de carga horária é obrigatória para casos de

trancamentos, afastamentos e licenças legais, conforme a Resolução CNRMS nº 3, de 17 de fevereiro de 2011” (BRASIL, 2020, p. 2). Assim, mesmo com o “direito” assegurado à licença médica, o(a) residente deveria repor a carga-horária e não realizar afastamento em caso de residir com grupo de risco.

Por apreender e destacar tais incongruências, não queremos aqui estabelecer relações mecanicistas de “aplicação” de uma teoria na prática, tampouco separá-las sob a falácia de que, na prática, a teoria é outra. Isso seria reduzir um debate que a todo tempo buscamos ampliar.

Trata-se de uma análise do movimento da realidade, a partir da qual entendemos que os documentos expressam intencionalidades, mas se constituem efetivamente enquanto projeto, em suas relações imbricadas com as dimensões políticas e concretas do movimento dialético do real.

Desse modo, apreendemos ao longo do trabalho que o processo de formação dos(as) assistentes sociais nos Programas de Residência Integrada Multiprofissional, cuja orientação se dá pelo Ensino em Serviço, deriva de uma relação direta de formação técnica para o trabalho e, ressalvadas as mediações necessárias, tem respondido a uma demanda maior de tecnificação dos(as) trabalhadores(as) por meio da fragmentação das dimensões teórico-práticas e fortalecido uma relação precarizada de inserção de força de trabalho nos serviços de saúde, do que ao compromisso com a formação na perspectiva de educação permanente e efetivamente sob os pressupostos do MRSB.

Ao analisarmos se os projetos ora elucidados – Projeto Ético-Político do Serviço Social e o Projeto de Formação da Residência Multiprofissional em Saúde – estão em disputa, identificamos que ambos os projetos estabelecem relações múltiplas de aproximação e distanciamento, e que tal movimento ocorre mediante a complexidade do movimento da realidade e das transformações societárias.

As disputas ocorrem efetivamente em dimensões ainda maiores e estruturais dos processos elucidados, dentre as quais destacamos algumas que incidem diretamente nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde: entre o Projeto Privatista e o Projeto da Reforma Sanitária; entre a Universidade Democrática e a Universidade Operacional; no Mundo do Trabalho e suas transformações sob contexto de aprofundamento da crise estrutural do capital, dentre outras.

São inegáveis as problemáticas apresentadas nesse estudo e o impacto que causam historicamente aos(as) profissionais residentes, tutores(as), preceptores(as) e coordenadores(as). Contudo, entendemos que as questões que se colocam de forma

imediate nos Programas de Residência Multiprofissional são expressões do nível macro, mediatizado pelas particularidades locais, e optamos por assinalar tais questões como desafios postos cotidianamente àqueles(as) que constroem as Residências em Saúde, de forma que os estes nos inquietam e mobilizam a caminhar.

5 HÁ UM HORIZONTE DE POSSIBILIDADES PARA CAMINHAR E SEGUIR CONSTRUINDO: À GUIA DE CONCLUSÕES

Ao longo da pesquisa, observamos que o estudo sobre o processo de formação dos(as) Assistentes Sociais nas Residências em Saúde se coloca como campo complexo, atravessado pela dinâmica política, cultural e econômica do movimento da sociedade. Os programas de Residência Multiprofissional articulam elementos históricos do processo de formação para o trabalho a partir da perspectiva Ensino em Serviço e, enquanto mediações estatais, se materializam sob multifaces que se interconectam enquanto importante campo de formação acadêmica e experiência profissional, bem como uma via precarizada de inserção de trabalhadores(as) nos serviços de saúde.

Para o nosso estudo, partimos da perspectiva de que a formação é, por si, um processo de natureza complexa, composto por mediações da aprendizagem enquanto movimento inerente à capacidade teleológica do ser social e enquanto processo de assimilação de informações e construção do conhecimento, que se transforma mediante o desenvolvimento da sociedade. Isso posto, entendemos que esta formação se relaciona com o processo de educação institucionalizada se constituindo como mecanismo de viabilização de determinados projetos de educação, que se articulam com determinados projetos societários.

Desse modo, para apreender o processo de formação dos(as) assistentes sociais na Residência em Saúde, foi necessário situar o contexto de agravamento da crise do capital sob o projeto neoliberal e ultraconservador em que se encontra o Estado brasileiro. Nesse contexto, destacamos os impactos do Ajuste Fiscal sob as políticas sociais de Educação, Saúde e Trabalho, assim como a incidência dessa conjuntura nos processos de formação e trabalho.

Ademais, buscamos entender este processo a partir da organização dos Programas de Residência Multiprofissional da UFRN, especificamente aqueles que ofertam vagas para Serviço Social, cujas análises foram construídas por meio de legislações, resoluções, regimentos, projetos pedagógicos e sob diferentes aspectos abordados pelos participantes da pesquisa: motivação para ingresso nos Programas; concepção de Ensino em Serviço; distribuição da carga-horária; mecanismos de avaliação; avaliação sobre a qualificação profissional para o SUS; relações entre residentes, tutores(as), preceptores(as) e coordenação local; análise dos conteúdos ofertados nos eixos teóricos; relações multiprofissionais no ambiente hospitalar, dentre outros.

Durante o estudo, foram identificadas algumas determinações desse processo, enquanto: **projeto social-educativo**, que se relaciona com os fundamentos da educação profissional no Brasil; **projeto na esfera governamental**, que estabelece como orientação para a Educação no país a formação pelo trabalho, de forma a construir na classe trabalhadora as respostas às requisições do atual estágio do capital; e **resultado das lutas e resistências dos trabalhadores em torno da educação**.

A partir dos relatos obtidos e das análises realizadas, observamos que algumas tendências vão se constituindo para as Residências em Saúde, onde se insere o processo de formação dos(as) assistentes sociais:

- a) **Expansão dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde para inserção de força de trabalho nos serviços:** ao situarmos a Residência em Saúde no atual contexto neoliberal, o qual incide diretamente no desmonte de direitos sociais, redução do Estado e precarização das relações de trabalho e degradação das condições de vida da classe trabalhadora, entendemos que esta cumpre atualmente papel fundamental no atual contexto, o de responder à demanda dos serviços de saúde por trabalhadores(as). Tal premissa foi reforçada mediante análise da contradição que é expandir os Programas de Residência – cuja criação se deu como requisição do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira para fortalecimento do SUS – sob o sistemático desmonte e privatização do SUS na atualidade. Tal processo se desenvolve em um contexto de profunda precarização das relações de trabalho no Brasil, e soma-se a isso a ausência da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, que deve ser a instância máxima de regulação, fiscalização e defesa da RIMS. Assim, como decorrência desse processo, notamos uma subversão do sentido, dos objetivos e das finalidades do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, cuja expansão não se vincula à perspectiva de democratização do ensino universitário de pós-graduação, mas aos interesses do projeto neoliberal;
- b) **Redução do papel das Universidades Públicas na gestão dos Programas de Residência Multiprofissional frente à implementação da gestão empresarial da EBSEH nos HUs:** além de pensarmos o sentido da expansão dos Programas de Residência no atual contexto, observamos que esta tem ocorrido em meio ao fortalecimento do processo de privatização do SUS e empresariamento dos Hospitais Universitários. Esse processo incide

diretamente em uma cisão cada vez maior entre as Universidades Públicas e os Hospitais Universitários que, apesar de manterem a vinculação com as universidades, passam a ser geridos pela EBSEH. Além disso, observamos que este fator incide diretamente na captura do processo de formação e trabalho nos Programas de Residência, em que tanto a atual gestão hospitalar quanto a UFRN não oferecem condições favoráveis de trabalho nas RIMS, cujo contexto fortalece e justifica a intensificação das atividades práticas e a secundarização das atividades teóricas, além de reiterar as relações hierárquicas das instituições e manter a organização das matrizes curriculares mais voltadas ao ensino biomédico da saúde e não ao fortalecimento do SUS enquanto política pública e direito social;

- c) **Desmobilização das organizações políticas dos(as) residentes, tutores(as) e preceptores(as):** outro aspecto observado ao longo do estudo foi o impacto que a organização política dos(as) profissionais que constroem a Residência Multiprofissional têm tido na conquista de direitos e no enfrentamento dos desafios históricos que os Programas vivenciam. Contudo, apesar de estar em um processo de crescimento paulatino, sobretudo a nível local, as organizações ainda sofrem as dificuldades de se manterem neste processo, dada a curta duração dos cursos e os processos internos de avanços e retrocessos no âmbito das COREMUs no que se refere a conquista de direitos. Esse contexto é potencializado pela desarticulação da CNRMS, como instância deliberativa e de participação coletiva. Assim, é necessário fortalecer os Fóruns e coletivos, que têm buscado se articular com diferentes conselhos de categorias profissionais e outros movimentos sociais, como a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e que, apesar das dificuldades, têm conseguido avançar no debate acerca das condições de formação e trabalho dos(as) profissionais na RIMS, estabelecendo agenda de lutas e possibilitando maior visibilidade às demandas dos(as) profissionais. No nível local, destacamos a importância da criação do Coletivo Potiguar de Residentes em Saúde, o qual, mesmo com a baixa incidência e influência, é o grupo que consegue colocar em pauta as fragilidades dos Programas de Residência, para avançar na luta dos(as) residentes no Rio Grande do Norte na conquista por seus direitos.
- d) **Precarização na gestão da força de trabalho:** este processo abrange o conjunto dos(as) profissionais envolvidos(as): preceptores(as), tutores(as) e

residentes. Neste sentido, destacamos em nível local a dificuldade de mobilizar docentes para ministrar aulas nas disciplinas da Residência Multiprofissional, sobretudo no que concerne ao Eixo 3, onde se encontram as disciplinas específicas por profissão. Esta dificuldade decorre do déficit de docentes de Serviço Social na UFRN, fazendo com que os(as) professores assumam os componentes curriculares pelo compromisso ético e político com a formação profissional, mas em condições de precarização do trabalho docente. Ademais, se expressa também na ausência de horário protegido, processos de formação e educação permanente e remuneração adequada para atividades de trabalho dos(as) tutores(as) e preceptores(as), além das demais condições de formação e trabalho dos(as) residentes, elucidadas em todo o estudo;

- e) **Formação tecnicista e procedimental:** observamos que, nos moldes que a Residência Multiprofissional está organizada atualmente, há o reforço de uma formação pela prática que reproduz excessivamente procedimentos técnicos, sobrepondo cotidianamente a dimensão técnico-operativa da instrumentalidade do Serviço Social. Tal processo repercute na tecnificação da prática, a qual se articula à razão instrumental, que fortalece a reprodução social do modo de produção capitalista;

A partir dessas análises, identificamos que ficam subjacentes, sobretudo na primeira e segunda tendências elucidadas, o processo de **tecnificação da formação profissional**, de modo que uma expansão da formação em saúde sob a concepção de Ensino em Serviço de forma desarticulada dos objetivos e pressupostos do SUS, bem como descolada de um projeto de fortalecimento das políticas sociais e garantia de direitos, tende a fomentar o processo de precarização das relações de trabalho e formação em curso.

Essa tecnificação é, em suma, traduzida na exacerbação da carga-horária prática e no desenvolvimento de estratégias avaliativas por vezes superficiais e matrizes curriculares que pouco dialogam com a produção do trabalho coletivo em saúde, tudo isso em um espaço de tempo de dois anos, combinando elementos de **aligeiramento da formação e produtivismo da prática**. Ademais, podemos observar que todo esse processo tem ocasionado impactos para além dos dados quantificáveis – como horas práticas ou teóricas e conteúdos curriculares ofertados –, destacando-se o desgaste físico, emocional e intelectual que vivenciam os(as) profissionais que constroem a Residência

Multiprofissional, o qual ficou evidenciado nas falas dos dois grupos pesquisados, sinalizando para o processo de **intensificação do trabalho**.

Neste contexto, ao analisarmos a concepção de Ensino em Serviço no âmbito dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, considerando seus fundamentos teórico-metodológicos e ideopolíticos explanados neste estudo, dos quais destacamos os fundamentos provenientes das requisições do Movimento de Reforma Sanitária – que pautava novas estratégias de formação e trabalho em saúde –, fundamentos estes que se transformam ao longo do tempo e são descaracterizados nesse processo, que passa a ter como fundamento também o modelo gerencial, o qual, por sua vez, assume como tendências fortes um modelo de formação e trabalho cartesiano, eminentemente empírico e procedimental. Assim, a Residência vem sendo entendida como treinamento, de forma que quanto mais os procedimentos forem praticados, melhores resultados profissionais o(a) residente obterá na sua formação. A formação pelo trabalho se coloca, neste sentido, como funcional aos serviços de saúde.

Assim, confirmamos a hipótese de que a concepção de Ensino em Serviço que fundamenta os programas de Residência Multiprofissional em Saúde se apresenta como uma das formas de separação entre o trabalho manual e intelectual. Ao apreendermos o trabalho nas Residências no campo dos serviços, os quais têm sofrido com os processos de intensificação do trabalho (DAL ROSSO, 2008), depreendemos que esta separação ora elucidada ocorre de forma complexa, conforme evidenciado a partir das análises realizadas.

A organização da Residência Multiprofissional através do Ensino em Serviço, opera nesta separação sob diferentes formas: 1) a partir da exacerbação do tempo destinado às atividades práticas, exigindo um quantitativo elevado de reprodução de procedimentos técnicos, o(a) residente lida com frequência com a exaustão física e mental; 2) ao mesmo tempo, o trabalho no campo da saúde é essencialmente relacional, mobilizando neste processo em uma maior intensidade, as capacidades intelectuais e emocionais dos(as) profissionais (residentes, tutores/as e preceptores/as), tudo isso vivenciado em extensas jornadas de trabalho e formação.

Assim, apreendemos que o processo de formação na Residência Multiprofissional atualmente se desenvolve no contexto em que coabitam o desmonte das políticas de Saúde e Educação no Brasil e as estratégias articuladas para o enfrentamento político desse contexto. A formação em Serviço Social neste campo do ensino superior de pós-graduação tem sido impactada de forma particular, de modo que o atual cenário já

elucidado resgata questões históricas vivenciadas pela categoria profissional desde o início da sua inserção no campo da saúde, no que se refere sobretudo à subalternidade profissional.

Nos programas de Residência Multiprofissional, essa subalternidade – por vezes velada, mas sempre sentida – ocorre sob diferentes formas: seja uma subordinação do **processo de ensino-aprendizagem** a conteúdos que não se relacionam com a profissão, encaixados em um modelo biomédico e clínico de atenção à saúde que vem sendo reforçado nos Hospitais mediante processo privatista, bem como com processos avaliativos (da prática dos/as residentes e de finalização do curso) que não correspondem a complexidade do processo formativo dos(as) assistentes sociais; seja nas **relações multiprofissionais** no âmbito hospitalar, em que foram mencionadas nos relatos as questões de: ausência do efetivo reconhecimento do trabalho do Serviço Social; projetos de formação, trabalho e concepção do SUS em disputa, amplamente voltados à perspectiva biomédica e curativista; o contexto de pandemia como potencializador das relações de subalternidade profissional, dentre outras.

Identificar as tendências da formação no atual contexto é fundamental para a realização de uma leitura crítica da realidade a fim de mobilizarmos as estratégias necessárias aos possíveis enfrentamentos.

Ao mesmo tempo em que o cenário se coloca como desafiador para o Serviço Social, no que se refere à necessidade de fortalecer uma formação nos Programas de Residência Multiprofissional articulada com os pressupostos do Projeto Ético-Político da profissão e da Reforma Sanitária, temos no espaço da Residência Multiprofissional, apesar de todos os percalços, um espaço fundamental de diálogo e transformação nos processos de trabalho coletivo e na qualificação destes.

É necessário, portanto, potencializar os Programas de Residência Multiprofissional como vetores de transformação no campo da formação e do trabalho em saúde, fortalecendo sobretudo as dimensões políticas da formação, ofertando componentes que permitam uma percepção ampliada do modelo de atenção à saúde do SUS, considerando as dimensões do controle social, da relação com o território e a organização dos(as) usuários(as) neste, além de fortalecer a pesquisa acadêmica para além do modelo biomédico, contemplando outros métodos de produção investigativa utilizados no conjunto das profissões.

As Residências em Área Profissional da Saúde são requisições conquistadas do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira e precisam ser resgatadas e pensadas como

tal, de modo que o processo de formação e trabalho seja qualificado. Para isso, é urgente repensar a distribuição de carga-horária, o tempo de duração dos cursos, a qualificação das funções de tutoria e preceptoria, bem como ampliar e fortalecer os direitos dos(as) profissionais em formação.

A partir dessa pesquisa, observamos que a Residência Multiprofissional ainda se apresenta como espaço potencial de formação e experiência prática-profissional para os(as) assistentes sociais residentes, bem como uma nova dimensão da atividade profissional de supervisão de assistentes sociais já formados. Contudo, é preciso reafirmarmos que a forma como o Programa de Residência se coloca hoje, nos níveis local e nacional, reflete um projeto atualmente subvertido às demandas neoliberais de inserção de força de trabalho precarizado nos serviços de saúde.

Nesse processo, a formação dos(as) Assistentes Sociais fica comprometida e afastada dos pressupostos estabelecidos pela categoria profissional para uma formação de qualidade, dependendo, portanto, do compromisso, da organização e mobilização interna dos(as) próprios(as) profissionais de Serviço Social que constroem a Residência Multiprofissional para qualificar os processos de formação e trabalho em que se inserem os(as) assistentes sociais residentes.

É urgente repensar o modelo de formação nas Residências sob a concepção Ensino em Serviço, realizar adequações no nível da gestão da força de trabalho, das diretrizes curriculares e dos mecanismos de avaliação, a fim de requalificar o processo, com vistas a uma formação comprometida com o fortalecimento do SUS – como política pública e direito à saúde –, com o projeto Sanitarista do MRSB e com o Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Observamos, ao longo da pesquisa, que as determinações históricas que fundamentam a concepção de Ensino em Serviço se materializam atualmente nas expressões de precarização do trabalho e da redução da formação pelo trabalho à práticas tecnicistas, ganhando novos contornos no âmbito das Residências em Saúde inseridas no atual contexto neoliberal.

Diante das análises construídas, esperamos que a pesquisa realizada contribua com a categoria dos(as) Assistentes Sociais em termos de intervenção profissional, debates e produção científica sobre a Residência Multiprofissional em Saúde, por entender que tal temática está sintonizada com o Projeto Ético-Político do Serviço Social e com o conjunto de valores que o norteiam, sobretudo no compromisso com os serviços

prestados aos usuários, bem como com uma “(auto)formação permanente e (...) uma constante preocupação investigativa” (NETTO, 2009, p. 155).

No atual contexto político e econômico do Brasil, onde vem sendo implementada uma agenda explicitamente antidemocrática de desmonte dos direitos e políticas sociais, entendemos que as análises sobre as Residências em Saúde se colocam na ordem do dia por considerarmos que o desmonte ocorrido na política de saúde tem incidido diretamente sobre o funcionamento destes programas e conseqüentemente, nos seus processos de trabalho e formação. A esse respeito, destacamos, portanto, o paulatino desfinanciamento da Atenção Primária e a expansão da privatização e empresariamento dos Hospitais Universitários por meio da lógica gerencial e produtivista da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Buscamos ainda contribuir com elementos que estimulem processos avaliativos acerca do atual contexto em que se inserem as residências multiprofissionais em saúde, na perspectiva de ampliar o debate às demais categorias profissionais que constroem o trabalho multiprofissional no cotidiano dos serviços de saúde.

Chegamos, assim, ao final desta etapa do estudo entendendo que, pela dimensão que o debate sobre as Residências Multiprofissionais alcança hoje, ele não se encerra aqui, mas a partir dele almejamos contribuir com a melhoria do processo de formação e trabalho dos Programas de Residência ofertados pela UFRN, especialmente para os(as) Assistentes Sociais inseridos(as) nestes, os quais constroem e lutam cotidianamente por um projeto de formação que fortaleça a Reforma Sanitária e esteja aliado ao Projeto Ético-Político do Serviço Social, de modo que as Residências possam ser espaços profícuos de qualificação do trabalho em saúde e defesa política do SUS enquanto direito público e universal.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Marina Maciel. **Serviço Social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional**. São Paulo: Cortez, 2002.
- ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p.356–362, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/YSfdZCkkTd9KSvd8Vjmhsqn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2021
- ALVARENGA, José da Paz Oliveira. *et al.* Multiprofissionalidade e Interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no Estágio Regional Interprofissional. **Rev Enferm UFPE On line.**, Recife, v. 7, n. 10, p.5944-51, out. 2013. Disponível: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12221>. Acesso em: 12 nov. 2021.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?!**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- ANTUNES, Ricardo. **Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado**. São Paulo: Boitempo, 2020.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO DE SERVIÇO SOCIAL. Centro de Documentação e Pesquisa em Políticas Sociais e Serviço Social. Diretrizes gerais para o Curso de Serviço Social (Com base no currículo mínimo aprovado em Assembléia Geral Extraordinária de 8 nov. 1996). In: **Formação Profissional: trajetórias e desafios**. Cortez: São Paulo 1997. (Caderno Abess, n.7). Disponível em: [https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/04-a-caderno-abess-n7-diretrizes-gerais-para-o-curso-de-servico-social-\(com-base-no-curriculo-minimo-aprovado-em-assembleia-geral-extraordinaria-de-8nov-201702011415372855610.pdf](https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/04-a-caderno-abess-n7-diretrizes-gerais-para-o-curso-de-servico-social-(com-base-no-curriculo-minimo-aprovado-em-assembleia-geral-extraordinaria-de-8nov-201702011415372855610.pdf) . Acesso em: 15 nov. 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Relatório do Colóquio do GTP “Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional”**. Ribeirão Preto, SP, 2016. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/fundamentos-xiii-enpess-relatorio-201810081113234468210.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2020.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Diretrizes curriculares para os cursos de Serviço Social - Resolução nº 15 de 13 de março de 2002**. Brasília: ABEPSS, 2002. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/diretrizes-curriculares-da-abepss-10>. Acesso em: mar. 2020.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL – ABEPSS. **Relatório da pesquisa Mapeamento das Residências em Área Profissional e Serviço Social**. Juiz de Fora, MG, 2018. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/relatorio-abepss-residencia-201812031150396627330.pdf> . Acesso em: 12 nov.2021

BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCIÓN Y FOMENTO/BANCO MUNDIAL. **La enseñanza superior:** las lecciones derivadas de la experiencia. Banco Mundial, -1st ed., 1994. Disponível em: <http://documents1.worldbank.org/curated/pt/274211468321262162/pdf/133500PAPER0Sp1rior0Box2150A1995001.pdf> . Acesso em: 12 jun. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1997.

BEHRING, Elaine Rossetti. Pesquisa na tradição marxista: método e sua contribuição para as ciências humanas e sociais. In: OLIVEIRA, Isabel Fernandes de *et al.* (org.). **Marx hoje:** pesquisa e transformação social. São Paulo: Outras Expressões, 2016.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social:** fundamentos e história. 9.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira **O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino**. 2009. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2582/1/ENSP_Tese_Botti_Sergio_Henrique.pdf . Acesso em: 21 nov. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007**. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI. Brasília/DF, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010:** institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm. Acesso em: 3 mar. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.260 de 12 de julho de 2001:** Dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao estudante do Ensino Superior e dá outras providências. Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10260compilado.htm. Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.005/2014**. Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. Brasília, 2014. Disponível em: <https://pne.mec.gov.br/> . Acesso em: 1 nov. 2021.

BRASIL. **Lei nº 14.020, de 06 de julho de 2020:** institui o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda; dispõe sobre medidas complementares para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, de que trata a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020; altera as Leis nos 8.213, de 24 de julho de 1991, 10.101, de 19 de dezembro de 2000, 12.546, de 14 de dezembro de 2011, 10.865, de 30 de abril de 2004, e 8.177, de 1º de março de

1991; e dá outras providências. Brasília, 2020. Disponível em:
<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.020-de-6-de-julho-de-2020-265386938>.
Acesso em: 12 jul. 2020.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 7, de 16 de Setembro de 2021**: Dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS de que trata o art. 14 da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Brasília, 2021. Disponível em:
<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-7-de-16-de-setembro-de-2021-345462405>. Acesso em: 3 dez. 2021.

BRASIL. **Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981**. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília, 1981. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm. Acesso em: 4 nov. 2021

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 8 set. 2018.

BRASIL. **Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005**. Institui o Programa Universidade para Todos - PROUNI, regula a atuação de entidades beneficentes de assistência social no ensino superior; altera a Lei nº 10.891, de 9 de julho de 2004, e dá outras providências. Brasília/DF, 2005b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11096.htm . Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**: Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, 2005a. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 8 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_reorientacao_profissional_saude.pdf . Acesso em: 11 nov. 2021

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf . Acesso em: 12 nov. 2021.

BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL. **Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. **Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**: Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 3 mar. 2020.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.598, de 15 de julho de 2021**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.598-de-15-de-julho-de-2021-332451362>. Acesso em: 12 nov. 2021.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde. Brasília, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri3019_26_11_2007.html. Acesso em: 30 nov. 2021

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 9 de 13 de outubro de 2021**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-9-de-13-de-outubro-de-2021-352332739>.

BRASIL. **Portaria nº 1.111, de 05 de julho de 2005**. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Brasília, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1111_05_07_2005.html. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 23, de 14 de fevereiro de 2019**. Divulga lista dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde que farão jus ao recebimento de bolsa nos termos do Edital SGTES/MS nº 3, de 17 de janeiro de 2019. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/63579840. Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. Recomendações quanto ao desenvolvimento das atividades dos Programas de Residência Multiprofissional e Em Área Profissional da Saúde durante enfrentamento à pandemia por COVID-19. Brasília: Ministério da Educação, 2020. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/2020/145511-multi-perguntas-frequentes-multiprofissional/file#:~:text=em%20Sa%C3%BAde%20%E2%80%93%20CGRS-,Recomenda%C3%A7%C3%B5es%20quanto%20ao%20desenvolvimento%20das%20atividades%20dos%20Programas%20de%20Resid%C3%Aancia,e%20portadores%20de%20doen%C3%A7as%20cr%C3%B4nicas>. Acesso em: 11 nov. 2021.

BRASIL. Reforma Universitária: relatório do grupo de trabalho criado pelo Decreto nº 62.937/68. Brasília, 1989. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me002285.pdf> . Acesso em: 22 nov. 2021

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

CARVALHO, Alba Maria Pinho de. **O projeto da formação profissional do assistente social na conjuntura brasileira.** São Paulo: Cortez Editora, 1986. (Cadernos ABESS, nº 1).

CARVALHO. Denise Bomtempo Birche de; SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **Serviço social, pós graduação e produção do conhecimento no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2005.

CASTRO E CASTRO, Marina Monteiro de. O Serviço Social nos programas de Residência em Saúde: resultados iniciais do mapeamento da ABEPSS. **Rev. Temporalis**, Brasília, ano 13, n. 26, p. 153-171, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/5309>. Acesso em: 15 mar. 2020.

CAVALCANTI, I. L. et al. Burnout e depressão em residentes de um Programa Multiprofissional em Oncologia: estudo longitudinal prospectivo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 1, pp. 188-196, 2018.

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**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 14, p. 41-65, maio 2004.

CHAUI, Marilena. A universidade pública sob nova perspectiva. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 24, set./dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n24/n24a02.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2020.

CIRANI, C. B.; CAMPANARIO, M. A.; SILVA, H. H. M. A evolução do ensino da pós-graduação senso estrito no Brasil: análise exploratória e proposições para pesquisa. **Rev. Avaliação**, Campinas, v. 20, n.1, mar. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772015000100163&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 15 jun. 2020.

CLOSS, Thaís Teixeira. **O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde: formação para integralidade?** Curitiba: Appris, 2013.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. **Resolução CNRMS Nº 3, de 4 de maio de 2010.** Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília: CNRMS, 2010. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15449-resol-cnrms-n3-04maio-2010&Itemid=30192. Acesso em: 1 set. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília: CFESS, 2013. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais).

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Política de Educação Permanente do Conjunto CFESS-CRESS.** Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/BROCHURACFESS_POL-EDUCACAO-PERMANENTE.pdf. Acesso em: 3 mar. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão.** Brasília: CFESS, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução CFESS nº 273 de 13 março de 1993.** Institui o Código de Ética Profissional do/a Assistente Social e dá outras providências. Brasília/DF: CFESS, 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 3 jul. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Parecer nº 977/65:** definição dos cursos de pós-graduação. Brasília: 1965. Disponível em: <https://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/avaliacao-n/Parecer-977-1965.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. **Plano Nacional de Pós-Graduação - PNPG (2011-2020).** Brasília: Capes, 2010. Disponível em: <https://www.capes.gov.br/plano-nacional-de-pos-graduacao> Acesso em: 22 jun. 2020.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. **Portaria nº 80, de 16 de dezembro de 1998.** Dispõe sobre o reconhecimento dos mestrados profissionais e dá outras providências. Brasília: 1998. Disponível em: <https://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/avaliacao-n/1892015-Portaria-CAPES-080-1998.pdf> . Acesso em: 22 jun. 2020.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. **Proposta de Aprimoramento da Avaliação da Pós-Graduação Brasileira para o Quadriênio 2021-2024 – Modelo Multidimensional.** Brasília: CAPES, 2020. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/novo_portal/documentos/PNPG/25052020_Relat%C3%B3rio_Final__2019_Comiss%C3%A3o_PNPG.pdf . Acesso em: 21 jun. 2020.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. **Relatório da Avaliação Quadrienal 2017 - Serviço Social**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/20122017-servico-social-quadrinal-pdf>. Acesso em: 12 nov. 2021.

CORREIA, Maria Valéria; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão. In: BRAVO, Maria Inês Souza *et al.* (Org.). **A mercantilização da saúde em debate**: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. 120 p.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci**: um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

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

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

DEMO, Pedro. **Mitologias da avaliação**: de como ignorar, em vez de enfrentar problemas. 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2002.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Exame Nacional de Residência**. Disponível em: <https://enare.ebserh.gov.br/>. Acesso em: 28 nov. 2021

FRIGOTTO, Gaudêncio. **A produtividade da escola improdutiva**: um (re)exame da relações entre educação e estrutura econômico-social capitalista. 3 ed. São Paulo: Cortez: Autores associados, 1989.

FRIGOTTO, Gaudêncio. A relação da educação profissional e tecnológica com a universalização da educação básica. In: MOLL, Jaqueline *et al.* (Colab.). **Educação Profissional e Tecnológica no Brasil Contemporâneo**: desafios, tensões e possibilidades. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 25-41.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do Cárcere**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. v. 2.

GRANEMANN, Sara. Fundações estatais: projeto de estado do capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.76 p.

GRUPO BANCO MUNDIAL. **Um ajuste justo**: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Brasil: Grupo Banco Mundial, 2017. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/country/brazil/publication/brazil-expenditure-review-report>. Acesso em: 4 jul. 2020.

GUERRA, Yolanda D. A Pós-Graduação em Serviço Social no Brasil: um patrimônio a ser preservado. **Temporalis**, Brasília, ano 11, n.22, p.125-158, jul./dez. 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/2141> . Acesso em: 15 nov. 2021.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

GUERRA, Yolanda. A instrumentalidade no trabalho do Assistente Social. In: **Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais**, Belo Horizonte (MG), maio, 2007. Disponível em: <http://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/altineia.neves/instrumentos-e-tecnicas-em-servico-social/guerra-yolonda-a-instrumentalidade-no-trabalho-do-assistente-social/view>. Acesso em: 13 mar. 2020.

GUERRA, Yolanda. **A polêmica sobre o Mestrado Profissional e a área de Serviço Social: subsídios à reflexão**. Brasília: ABEPSS, 2012. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/a-polemica-sobre-o-mestrado-profissional-e-ss-201707191921520152250.pdf>. Acesso em: jun. 2020.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. São Paulo: Cortez, 1992.

IGARASHI, Nancy Mieko. **Avaliação da prática e a prática da avaliação: desafios ao serviço social na saúde**. 2012. 154 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17599>. Acesso em: 13 nov. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. Rio de Janeiro, 2019. (Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica, n.41). Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf . Acesso em: 13 nov. 2021.

KAMEYAMA, Nobuco. **A trajetória da produção de conhecimentos em Serviço Social: avanços e tendências (1995 a 1997): diretrizes curriculares e pesquisa em Serviço Social**. São Paulo, 1998. p. 33-76. (Cadernos Abess, n. 8).

LEAL, Kathleen Elane. Serviço Social como Profissão de Saúde: contribuições ao debate. In: COLÓQUIO NACIONAL SOBRE O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL, 3., 2015. Alagoas. **Anais [...]**. Alagoas: UFAL, 2015. Disponível em: <https://coloquio3.files.wordpress.com/2015/03/o-servic3a7o-social-como-profissc3a3o-de-sac3bade.pdf> . Acesso em: 21 nov. 2021.

LIMA, K. R. de S.; PEREIRA, L. D. Contra-reforma na educação superior brasileira: impactos na formação profissional em Serviço Social. **Sociedade Em Debate**, v.15, n. 1,

p. 31-50, 2012. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/358> . Acesso em: 14 nov. 2021

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. Katál.**, Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007.

MARQUES, Maria Alice de Freitas. Políticas Educacionais Nos Governos Lula e Dilma: impactos na expansão do Ensino Superior e Profissional. **Rev. Mult. Psic.**, v.12, n. 41, p. 661-676, 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/viewFile/1249/1814> . Acesso em: 29 jun. 2020.

MARTINS, Carlos Benedito. A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. In.: **Educ. Soc.**, vol.30, n.106, Campinas (SP). Jan./Abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v30n106/v30n106a02>. Acesso em: 13 mar. 2020.

MARX, Karl, 1818-1883. **O capital: crítica da economia política - Livro I - o processo de produção do capital**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

MARX, Karl. **Trabalho Assalariado e Capital & Salário, Preço e Lucro**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. Tradução Luis Claudio de Castro e Costa. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MELLO, Alex Fiúza de; DIAS, Marco Antonio Rodrigues. Os reflexos de Bolonha e a América Latina: problemas e desafios. **Educ. Soc.**, Campinas, v.32, n.115, abr./jun. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-73302011000200010&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 19 jun. 2020.

MÉSZÁROS, Itzván. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição**. São Paulo: Boitempo, 2011.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. *et al.* As Residências Multiprofissionais em Saúde: a experiência da Universidade Federal de Santa Catarina. **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, SP, v. 11, n. 2, ed. 14, p.185-208, jul./ dez. 2012. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8635288/3090>. Acesso em: 14 nov. 2021.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro Setor e Questão Social: crítica ao padrão emergente de transformação social**. São Paulo: Cortez, 2010.

MOREIRA, Maria Lígia; VELHO, Lea. Pós-Graduação no Brasil: da concepção “Ofertista Linear” para “novos modos de produção do conhecimento” implicações para avaliação. **Rev. Avaliação**, Campinas, v. 13, n. 3, p. 625-645, nov. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/aval/v13n3/02.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

MOTA, Ana Elizabete. Serviço Social brasileiro: profissão e área do conhecimento. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 17-27, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rk/v16nspe/03.pdf> . Acesso em: 14 jul. 2020.

MOTTA, Vânia Cardoso da e Andrade, Maria Carolina Pires de. O empresariamento da educação de novo tipo e suas dimensões. **Educação & Sociedade** [online], v. 41, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ES.224423>. Acesso em: 3 dez. 2021.

MOURA, Dante Henrique. Educação Básica e Educação Profissional e Tecnológica: dualidade histórica e perspectivas de integração. **Holos**, ano 23, n. 2, Natal, 2007. Disponível em: <https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/viewFile/11/110> . Acesso em: 1 jun. 2020.

NETTO, José Paulo. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* (org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, José Paulo. Transformações societárias e serviço social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social e Sociedade**, ano 17, n. 50, abr. 1996.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

NOSELLA, Paolo. **A escola de Gramsci**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.
OXFAM BRASIL. **O vírus da fome se multiplica: uma receita mortal misturando conflitos armados, Covid-19 e crise climática acelera a fome no mundo**. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/especiais/o-virus-da-fome-se-multiplica/> . Acesso em: 26 nov. 2021.

PRATES, J. C.; CLOSS, T. T.; CARRARO, G. Programas de Pós-Graduação em Serviço Social no Brasil: tendências das áreas de concentração, linhas de pesquisa e disciplinas. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 18, n.2, p.05 - 33, jan./jun. 2016. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/23716/19100> . Acesso em: 12 jun. 2020.

PRATES, J. C.; PRATES, F. C. Problematizando o uso da técnica de Análise Documental no Serviço Social e no Direito. **Sociedade em debate**, v. 15, n. 2, p. 111-125, 2012.

PRATES, Jane Cruz. O método e a teoria marxiana. In: OLIVEIRA, Isabel Fernandes de (org.). **Marx hoje: pesquisa e transformação social**. São Paulo: Outras Expressões, 2016.

PRATTES, J. C.; CLOSS, T. T.; CARRARO, G. Programas de Pós-Graduação em Serviço Social no Brasil: tendências das áreas de concentração, linhas de pesquisa e disciplinas. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 18, n.2, p.05 - 33, jan./jun. 2016. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/23716> . Acesso em: 3 mar. 2020.

REIS, Carlos Nelson dos *et al.* Ajuste Fiscal e gastos sociais no Brasil: a estabilidade em detrimento da equidade a partir das influências do FMI e Banco Mundial. **Revista Acadêmica**, ano 1, n. 2, p. 352 – 38, oct./dic. 2007.

RIBEIRO, Janine. **Mestrado profissional, mestrado acadêmico e doutorado**. Brasília: CAPES, 2007. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/stories/download/artigos/Artigo_30_08_07.pdf . Acesso em: 12 jun. 2020.

RIBEIRO, M. A. A. **Apontamentos sobre Residência Médica no Brasil**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2011. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/a-camara/documentos-e-pesquisa/estudos-e-notas-tecnicas/areas-da-conle/tema11/2011_123.pdf. Acesso em: 7 set. 2018.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **História da educação escolar no Brasil**: notas para uma reflexão. **Paidéia**, Ribeirão Preto, 1993. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/DDbsxvBrtzm66hjvnLDdfDb/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 26 nov. 2021.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RODRIGUES, Terezinha de Fátima. Residências Multiprofissionais em Saúde: Formação ou Trabalho? **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, SP v.15, n. 1, ed. 21, p. 71 - 82, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8647309> . Acesso em: 26 nov. 2021.

SAVIANI, Dermeval. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**, v. 12, n. 34, jan./abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/wBnPGNkvstzMTLYkmXdrkWP/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 12 nov. 2021.

SAVIANI, Dermeval. A expansão do ensino superior no Brasil: mudanças e continuidades. **Poiesis Pedagógica**, v.8, n. 2, p. 4-17, ago/dez.2010. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/poiesis/article/view/14035> . Acesso em: 26 jun. 2020.

SEIXAS, C. T. *et al.* A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. **Interface**, Botucatu, n. 25, supl. 1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/vdW9F3qVqwrwmbMNTTtmpxth/> . Acesso em: 13 nov. 2021.

SILVA, C. T. et al. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto & contexto enfermagem**. Florianópolis, v. 25, n. 1, pp. 1-9, 2016.

SILVA, Letícia Batista da; CASTRO E CASTRO, Marina Monteiro de. **Serviço Social e Residência em Saúde**: trabalho e formação. Campinas: Papel Social, 2020.

SOARES, Joseneide Costa; ELEUTÉRIO, Adriana Paula da Silva. Residência e Serviço social: os desafios na realização da preceptoria no HUOL e HUAB. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 4, 2013, São Luís, MA. **Anais [...]**. . São Luis: JOINPP, 2013. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo16-impasses edesafiosdaspoliticadaseguridadesocial/residenciaeservicosocialosdesafiosnarealizaoda preceptorianohuolehuab.pdf> . Acesso em: 12 ago. 2018.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. 2011. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9499>. Acesso em: 26 nov. 2021.

SODRÉ, Francis *et al.* Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n.114, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n114/n114a09.pdf> . Acesso em: 7 jul. 2020.

TONET, Ivo. **Método científico: uma abordagem ontológica**. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. **Manual da Residência Multiprofissional em Saúde 2021**. Natal: UFRN, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huol-ufrn/ensino-e-pesquisa/residencia-multiprofissional/manual-do-residente/manual-residentes-multi-huol-2021.pdf/view>. Acesso em: 26 nov. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. **Portaria nº 452/2020-R, de 17 de março de 2020**. Natal: UFRN, 2020. Disponível em: <https://progesp.ufrn.br/storage/documentos/BLbS4wC8upYkKYngMjeJGW68FlqY4NArV3SLIqhH.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. **Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Onofre Lopes: Área de Concentração Atenção Psicossocial**. Natal: UFRN, 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. **Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Onofre Lopes: Área de Concentração Terapia Intensiva Adulto**. Natal: UFRN, 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. **Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Onofre Lopes: Área de Concentração Saúde da Criança**. Natal: UFRN, 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Regimento Geral Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Áreas Profissionais da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte da Natureza do Programa e Público-Alvo. **Boletim de Serviço da UFRN**, Natal, nº 080, p. 65, 02 maio 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huol-ufrn/ensino-e-pesquisa/residencia-multiprofissional> . Acesso em: 13 nov. 2021.

VASCONCELOS, K. E. L.; SCHMALLER; V. P. V.; Promoção da saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas. In: COSTA, M. D. H.; VASCONCELOS, K. E. L. (org.). **Por uma crítica da promoção da saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2014.

VEIGA, Ilma Passos Alencastro. Projeto político-pedagógico da escola: uma construção coletiva. In.: **Projeto Político-Pedagógico da escola: uma construção possível**. 14. Ed. Campinas: Papirus, 2012.

YAZBEK, Maria Carmelita; SILVA E SILVA, Maria Ozanira da. Das origens à atualidade da profissão: a construção da Pós-Graduação em Serviço Social no Brasil. In: **Serviço social, pós graduação e produção do conhecimento no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2005.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturada

Identificação dos(as) participantes de pesquisa

1. Idade:
2. Sexo: feminino masculino
3. Como você se autodeclara? negro(a) branco(a) indígena amarelo(a)
4. Ano de conclusão do curso:
5. Grau de formação: graduado/a especialista mestre/a doutor/a pós-doutor/a
6. Como se deu sua experiência na Residência em Saúde? residente tutor/a preceptor/a
 docente coordenador/a
7. Ano(s) e Programa em que teve experiência nos cursos Residência:

Sobre a Residência em Saúde

8. O que motivou sua participação nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da UFRN?
9. Qual sua opinião sobre a carga horária de ensino? E sobre a carga horária de prática?
10. Qual sua opinião sobre os mecanismos de avaliação disponíveis atualmente?
11. Você considera que a formação na residência em saúde é adequada para qualificar trabalhadores do SUS?
12. Como você descreveria/avaliaria a relação entre residentes, tutores/preceptores e COREMU?

Sobre o Ensino em Serviço e a formação do(a) Assistente Social

13. O que te remete a expressão Ensino em Serviço?
14. Como você definiria o Ensino em Serviço a partir da residência em saúde?
15. Você sentiu essa relação de Ensino em Serviço estabelecida diretamente com a sua formação no curso de Residência?
16. Como você avalia a oferta dos eixos teóricos da Residência em Saúde?
17. Quais as particularidades da sua experiência na Residência em Saúde, você destacaria?
18. Como foi sua vivência no Coletivo Potiguar de Residentes em Saúde?

19. Enquanto egresso(a), você enfrentou/enfrenta dificuldades relacionadas ao trabalho profissional?

Opiniões, sugestões e proposições

20. Há algo que você gostaria de propor a fim de aprimorar o Programa de Residência em Saúde da UFRN?

ANEXO A – Parecer de aprovação

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES – HUOL

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ENSINO EM SERVIÇO E SUAS IMPLICAÇÕES NA FORMAÇÃO DOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Pesquisador: SUZÉRICA HELENA DE MOURA MAFRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41865120.6.0000.5292

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.627.805

Apresentação do Projeto:

Projeto reapresentado com repostas a pendências.

Objetivo da Pesquisa:

Apreender os fundamentos da concepção Ensino em Serviço e sua relação com a formação dos(as) assistentes sociais nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da UFRN do Hospital Universitário Onofre Lopes – HUOL/UFRN.

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Constrangimento ou receio em responder alguma pergunta feita, ou de ter sua resposta publicada. Esses riscos poderão ser minimizados através da condição que lhe é assegurada de responder ou não a qualquer pergunta da entrevista, bem como, por meio da possibilidade e do direito de você retirar sua contribuição da pesquisa a qualquer momento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa qualitativa apresentada se adequa aos objetivos do trabalho. As etapas do estudo estão apresentadas de forma adequada, os participantes identificados e os critérios descritos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos são apresentados de forma clara e objetiva

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

**UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN**



Continuação do Parecer: 4.627.805

de dados, como medida precaver da possibilidade de responsabilização do pesquisador em caso dados extraviados que estejam sob sua guarda/coleta.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram respondidas e incluídas na nova versão do TCLE.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
3. O CEP HUOL deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP HUOL deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1659619.pdf	23/02/2021 14:24:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pronto_CEP_suzerica_ok.pdf	23/02/2021 14:24:07	SUZÉRICA HELENA DE MOURA MAFRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_maiores_de_18_anos_okok.pdf	23/02/2021 09:53:12	SUZÉRICA HELENA DE MOURA MAFRA	Aceito
Outros	Resposta_as_pendencias.pdf	10/02/2021 12:19:29	SUZÉRICA HELENA DE MOURA MAFRA	Aceito

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

**UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN**



Continuação do Parecer: 4.627.805

Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	08/01/2021 10:39:09	SUZÉRICA HELENA DE MOURA MAFRA	Aceito
Outros	Termo_de_Autorizacao_para_Gravacao_de_Voz_e_Registro_de_Imagens.pdf	08/01/2021 10:38:45	SUZÉRICA HELENA DE MOURA MAFRA	Aceito
Outros	Formulario_Informacoes_do_Pesquisador.pdf	08/01/2021 10:38:09	SUZÉRICA HELENA DE MOURA MAFRA	Aceito
Outros	Declaracao_de_Nao_Inicio_da_Pesquisa.pdf	08/01/2021 10:37:37	SUZÉRICA HELENA DE MOURA MAFRA	Aceito
Outros	Declaracao_Institucional_Suzerica.PDF	08/01/2021 10:37:02	SUZÉRICA HELENA DE MOURA MAFRA	Aceito
Outros	Carta_Anuencia_Suzerica.pdf	08/01/2021 10:36:35	SUZÉRICA HELENA DE MOURA MAFRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada_1.pdf	08/01/2021 10:33:09	SUZÉRICA HELENA DE MOURA MAFRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NATAL, 05 de Abril de 2021

**Assinado por:
jose diniz junior
(Coordenador(a))**

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado

Bairro: Petrópolis

CEP: 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

Fax: (84)3202-3941

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br