



Eixo: Trabalho, questão social e Serviço Social.

Sub-eixo: Relações de trabalho - organização, gestão e exploração da força de trabalho.

## RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: CRISE DO CAPITAL E FLEXIBILIZAÇÃO DO TRABALHO

LUCIANA DA CONCEIÇÃO E SILVA<sup>1</sup>

**Resumo:** Discutiremos a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) no contexto de precarização das relações de trabalho no Sistema Único de Saúde e contrarreforma do Estado brasileiro em especial associada aos Hospitais Universitários. Através da utilização bibliográfica de autores e pesquisas que discutem trabalho; trabalho em saúde; Residência Multiprofissional em saúde; e contrarreforma do Estado capitalista concluímos que a RMS pode ser mais uma estratégia de inserção de novos profissionais com vínculos precários numa rede com crescente privatização e flexibilização das relações de trabalho.

**Palavras chaves:** Saúde; Residência Multiprofissional; trabalho; capitalismo.

**Abstract:** We will discuss the Multiprofessional Residency in Health (RMS) in the context of the precariousness of labor relations in the Unified Health System and counter reform of the Brazilian State, in particular associated with the Universities Hospitals. Through the bibliographical that use authors and researches that discuss work; health work; Multiprofessional residency in health; and counter reform of the capitalist state we conclude that RMS may be another strategy of insertion new professionals with precarious ties in a place with increasing privatization and flexibility of labor relations.

**Keywords:** Health; Multiprofessional Residency; work; capitalism.

### 1 -INTRODUÇÃO

Este estudo possui como objeto o desenvolvimento da política da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) nos Hospitais Universitários (HU's) no contexto de precarização das relações de trabalho no Sistema Único de Saúde. Faremos breve discussão de como as RMS articulam-se às novas configurações de gestão e trabalho no Brasil no contexto do SUS, em especial nos HU's. Levanta-se a hipótese de que o avanço do investimento da Residência Multiprofissional em Saúde no complexo de saúde universitário está

<sup>1</sup> Estudante de Pós-Graduação. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. E-mail: <lucyesilva@hotmail.com>.

associada às estratégias de flexibilização das relações de trabalho nos HU's e da realidade de privatização da gestão do SUS.

Neste estudo pretendemos realizar uma discussão sobre a mundialização do Capital e os ataques sobre os direitos dos trabalhadores, inclusive os trabalhadores na saúde, e após articularemos as mudanças operadas na gestão do trabalho no setor público através de Contra-Reformas do Estado. Procuraremos refletir como a Residência Multiprofissional em Saúde se insere neste contexto de flexibilização das relações de trabalho na saúde em especial nos Hospitais Universitários.

## **2– DESENVOLVIMENTO**

### **2.1) Mundialização do capital: as contra-reformas do estado e precarização do trabalho.**

Entendemos que o processo de reestruturação produtiva, desencadeado no Brasil na década de 1990 atendeu aos interesses do capital privado. Tal fato contribuiu para a elaboração de distintas estratégias, após a crise do capital iniciada na década de 1970, entre elas a constituição do projeto neoliberal. Esse projeto, que foi absorvido pela política econômica brasileira atual atribuindo a responsabilidade da crise do capitalismo ao poder dos sindicatos, aos movimentos de trabalhadores e, em especial, à intervenção do Estado na economia e no gasto com políticas públicas.

Assim, essas mudanças político-econômicas ocorridas mundialmente e também no país, conseqüentemente, afetam o “mundo do trabalho” com novas exigências, próprias ao atual padrão de “acumulação flexível” (HARVEY, 1993): intensificação da exploração da força de trabalho associada à flexibilização; desregulamentação dos direitos trabalhistas; novas exigências e comportamento produtivo dos trabalhadores. Tais mudanças incidem, também, sobre as profissões e seus sujeitos, apresentando novas demandas para os profissionais, que os afetam objetiva e subjetivamente (ANTUNES, 2008).

As consequências da adoção de tal programática geram repercussões para as diversas esferas da vida social, entre elas as políticas sociais, como as de saúde e educação e afetam sobremaneira a classe trabalhadora.

Antunes (2005) explica que se o setor de serviços inicialmente absorveu a parcela de trabalhadores expulsas das indústrias, esse setor também sofreu mudanças, submetendo-se cada vez mais à lógica do capital. Com a reorganização sócio-técnica da produção, para assim obter-se maior elevação da produtividade do capital, decorreram diversos fatores, como intensificação da jornada de trabalho, e também a redução do número de trabalhadores na produção e a expansão do setor de serviços.

Antunes (2009) diz que os serviços públicos também sofreram mudanças por conta do processo de reestruturação, “[...] *subordinando-se à máxima da mercadorização, que vem afetando fortemente os trabalhadores do setor estatal e público*” (Antunes, 2009, p.17). É dentro desse quadro geral que se tem um processo em que há um desmonte da legislação trabalhista, que acarreta em mecanismos para extrair sobretrabalho e destruição dos direitos sociais.

Segundo Borges (2007), as mudanças no perfil do Estado brasileiro atingiram de forma negativa aos trabalhadores, inclusive o dos setores dos serviços públicos/estatal. Os assalariados dos serviços públicos, nos últimos anos, foram vítimas das privatizações, demissões – inclusive as demissões “voluntárias” – aposentadorias precoces, terceirização, congelamento dos salários, e más condições de trabalho. A condição atual dos assalariados, dentro desse contexto do Estado neoliberal, é de ausência de direitos trabalhistas, de falta de condições de trabalho dignas e de total precariedade. É um contexto marcado pela flexibilização dos salários e da carga horária, instabilidade do vínculo empregatício, dentre outras questões.

Pode-se remeter este processo de precarização das condições de trabalho nos serviços públicos a uma conjuntura brasileira mais recente. Conforme Batista (1999), o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, criado no governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1995, foi um dos

agravantes na estrutura funcional dos servidores públicos, devido ao fato do mesmo trazer mudanças negativas para os servidores, como a flexibilização dos vínculos empregatícios, atingindo diretamente suas condições de trabalho.

Com esse processo de privatização, a responsabilidade do Estado com os serviços sociais foi transferida, em muitos casos, para a esfera privada e para a sociedade civil. Dentro de toda essa conjuntura explicitada, percebe-se que o setor de serviços esteve em expansão nas últimas três décadas, principalmente atrelado ao contexto da reestruturação produtiva. O trabalho nos serviços é diferente do trabalho nas indústrias. Porém, a condição dos que executam os serviços é de assalariado, em função da manutenção do capital. Ainda que os serviços exijam uma mão-de-obra intelectual, isto não muda a condição de assalariado que está inserido no modo capitalista de produção, sujeitando-se às imposições do capital (BATISTA, 1999).

A atual tendência decorrente deste processo é o emprego de uma força de trabalho que possa ser demitida facilmente sem custos, se inserindo no mercado de trabalho cada vez mais de forma precária. No caso brasileiro, as medidas de reestruturação produtiva e as reformas neoliberais acentuam-se a partir da década de 1990, ocasionando tanto a precarização do trabalho no setor privado como no setor público. Os efeitos deste processo traduzem-se em elevação das taxas de desemprego e destituição dos direitos trabalhistas (BORGES, 2007).

A flexibilidade ou flexibilização, do ponto de vista de seu impacto nas relações de trabalho, se expressa na diminuição drástica das fronteiras entre atividade laboral e espaço da vida privada, no desmonte da legislação trabalhista, nas diferentes formas de contratação da força de trabalho, o desemprego estrutural (Praun, 2014).

O fenômeno da flexibilidade é parte da essência da onda de mundialização da economia desencadeada a partir da crise dos anos 1970, da qual a esfera financeira, tal como destacou Chesnais (1996), constitui elemento essencial. Visto dessa perspectiva, a apreensão do significado do impacto da

flexibilização no mundo do trabalho assume nova dimensão, uma vez quase trata de característica intrínseca as características da acumulação de capital.

A flexibilização pode ser compreendida como um processo com determinantes macroeconômicos e sociais derivados da mundialização do sistema capitalista, cuja fluidez, típica dos mercados financeiros, atinge a economia e a sociedade em seu conjunto, generalizando a flexibilização para todos os espaços, especialmente para o campo do trabalho. Portanto, flexibilizar as relações de trabalho significa deixar a cargo das forças do mercado a regulação do processo de contratação, demissão e custos com a força de trabalho (ALVES et AL, 2015).

## **2.2 - Residência Multiprofissional em Saúde nos hospitais universitários: contexto de flexibilização do trabalho na saúde**

Segundo, Martins e Molinaro (2013) a nova Constituição da República de 1988 representa uma conquista política e um avanço no sentido da democratização, da equidade e da cidadania, sendo conhecida como a “Constituição Cidadã”. Nela institui-se entre outras conquistas sociais a universalização da saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS) e um novo arcabouço jurídico-institucional para o serviço público, o Regime Jurídico Único (RJU) que normatiza as contratações no setor público. O RJU determinava a necessidade de submeter o servidor público a um regime próprio, com ingresso nas carreiras através de concurso público, fazendo com que, no início da década de 1990, os vínculos celetistas fossem convertidos em vínculos estatutários.

No entanto, as pressões econômicas e políticas nacionais e internacionais, na época, induziam a opções por políticas de governo orientadas para a diminuição do Estado e para a flexibilização das relações de trabalho, priorizando seu papel regulador em detrimento do seu papel executor, até então predominante. Compreender a conformação do fenômeno de flexibilização das formas de trabalho no setor público brasileiro que ocorreram

a partir da década 1990 pós-Constituição de 1988, pressupõe o conhecimento da lógica introduzida pela Reforma do Estado (1990) e a Reforma Administrativa e Gerencial (1995). Rompendo com a lógica de afastamento entre o público e o privado, a Reforma do Estado introduziu no setor público o conceito de flexibilidade .

Reflexos desta introdução são as mudanças na Constituição Federal, agregadas pela Emenda Constitucional nº 19/1998. A quebra do Regime Jurídico Único, com a permissão da contratação pelas instituições públicas, de pessoal regido pela CLT; a introdução de mecanismos de redução e regulação do estatuto da estabilidade do servidor público; e a criação do dispositivo do contrato de gestão, com atributos de autonomia gerencial são algumas das evidências desta tendência flexibilizadora (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Na área da saúde, o mercado de trabalho segue a tendência geral da evolução (ou involução) das relações de trabalho brasileiras nos últimos vinte anos. Este quadro tem levado a um desequilíbrio entre a oferta e a demanda de postos de trabalho no Sistema Único de Saúde com impacto direto na quantidade e na qualidade dos mesmos (MARTINS; MOLINARO, 2013)

Na década de 1990, os hospitais universitários (HUs) foram incorporados ao Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se imperativo, para atender com qualidade às demandas das atividades de ensino, pesquisa e assistência, o ajuste na força de trabalho dessas instituições que, apoiadas na direção política da Reforma do Estado do Governo Federal, aderiram ao Regime Jurídico Múltiplo, estabelecendo diferentes formas de vinculação dos trabalhadores, caracterizando assim a flexibilização das relações de trabalho.

O processo de reforma administrativa do Estado afeta a Política Nacional de Saúde em várias dimensões, dificultando a SUS em garantir o acesso universal e a integralidade no atendimento. Inseridos nesse contexto os HUs, na tentativa de manter o espaço de ensino e pesquisa e garantir o atendimento aos usuários, lançaram mão de estratégias como a terceirização para o ajuste da força de trabalho, proliferando os contratos e convênios com seus entraves jurídicos e administrativos.

Enfim, a reforma do Estado da década de 1990 ofereceu a disseminação da idéia de que a flexibilização do emprego público e um rígido controle do governo sobre os gastos solucionariam as questões do ajuste fiscal. Porém na verdade pode ser considerado um engano, na opinião de Araújo et al (2006: 172 – 173), tendo em vista que a repercussão disso é sentida no cotidiano pelos trabalhadores, gestores de saúde e usuários nas formas de: descontinuidades e baixa qualidade nos serviços prestados, multiempregos, alta rotatividade de profissionais, gestão de vínculos diferenciados nos serviços, enfim, precarização do trabalho.

A flexibilização possibilita que o processo de produção envolva trabalhadores submetidos a diversas formas de contratação, recebendo salários diferenciados para a realização de trabalhos semelhantes e sem os mesmos benefícios. Essa multiplicidade de formas de contratação difere da padronização fordista e tem sido chamada pelos defensores de ‘flexibilização’ (DIEESE, 1993; PIRES, 1998). No entanto, porque, majoritariamente, implica perdas de direitos, tem sido chamada tem pelos críticos de ‘precarização’.

A literatura também registra que a precarização do trabalho, com múltiplas relações contratuais, tem contribuído para aumentar as dificuldades de representação e atuação sindical deixando os trabalhadores desprotegidos e mais vulneráveis às exigências gerenciais e patronais (MATTOSO, 1995; PIRES, 1998).

Nesse contexto, têm destaque as condições vigentes de precarização do trabalhador da saúde com baixa remuneração, ausência de planos de carreiras e salários, assim como o pouco investimento em programas para a formação e capacitação profissional, gerando múltiplas contradições (PIERANTONI, 2002; CAMPOS, MACHADO, PIERANTONI, 2006).

Os cursos de Especialização e Residência Multiprofissional em saúde foram concebidos para dar suporte teórico-prático aos profissionais já inseridos nas equipes e oferecer, em especial, aos recém-egressos, uma formação mais voltada às necessidades do SUS. Esses cursos foram viabilizados com recursos do Projeto Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS).

Desde o final dos anos 2000, o Ministério da Saúde vem lançando editais objetivando a mudança da formação e do trabalho em saúde. Porém, a análise dessa proposta de estruturação e mudança do trabalho em saúde através do investimento nessa modalidade de ensino não pode se pautar apenas pelo discurso oficial e nesse sentido indagamos o porquê de ao invés do investimento na qualidade dos Serviços de saúde - para que assim o perfil de profissional possa se adequar ao processo de trabalho condizente com as propostas do SUS – a política de formação vem focando na expansão de vagas para especializações através do trabalho com carga horária elevada (exigindo-se dedicação exclusiva) e salário (bolsa) abaixo do piso normal de um profissional de saúde (apesar da bolsa das residências serem maiores que muitos salários pagos a profissionais de saúde tanto em algumas empresas privadas quanto em muitos concursos públicos, destaca-se que a carga horária do residente são 60 horas semanais).

Questionamos se na indução de políticas de formação através do trabalho para a saúde vai contribuir para o aprimoramento da educação em saúde na perspectiva da educação permanente ou se é uma estratégia de estruturar a rede de saúde através da oferta de um campo de trabalho precarizado para os profissionais de saúde.

A pesquisa de Silva (2017) demonstra que a Residência Multiprofissional em saúde tem dificuldades na garantia da interlocução entre formação, gestão, atenção e participação dos profissionais. Ainda tendo em vista o modelo de inserção nos programas de RMS identificou um duplo movimento; 1) o crescimento da oferta de bolsas para residências; 2) diminuição de concursos públicos e falta de carreira. Isso está relacionado ao subfinanciamento crônico do SUS em que estímulos fiscais à saúde de mercado fazem com que, para atender mais de 20% de brasileiros com seguro privado, tenhamos mais de 50% dos recursos financeiros gastos em saúde. Portanto, a problemática que envolve a precarização da residência é uma problemática estrutural do SUS e das políticas sociais no Brasil.



Feuerwerker (2009) na sua reflexão sobre as residências em saúde expõe um questionamento relevante ao tema: qual é a contribuição concreta desta modalidade de formação? Sobre isto, a autora afirma que a importância do trabalho vivo e das tecnologias leves para o trabalho em saúde justificam o interesse por esta modalidade de ensino-aprendizagem. A especialização pelo trabalho, segundo ela, pode contribuir para a inovação das práticas em saúde e tem como componente essencial o encontro entre as profissões, oportunidade rara nas graduações, habitualmente pensadas por categoria.

Prosseguindo seu raciocínio, Feuerwerker (2009) enfatiza a importância de que a Residência multiprofissional esteja legalmente garantida e normatizada, para que a formação não seja, em algum momento, capturada por interesses outros que não os do sistema público de saúde.

Sobre as Residências Multiprofissionais em saúde é importante lembrar que se trata de contrato temporário (período de 2 anos) e precário. O governo defende que a inscrição no programa não configura vínculo trabalhista. É uma “bolsa-formação” e não salário, por agregar um curso de especialização. Por ser uma bolsa, não é tributável pelo Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), mas implica na perda do direito de férias, 13º salário, FGTS, insalubridade e estabilidade, pois trata-se de contrato temporário.

Por obrigar a adesão dos bolsistas ao INSS como contribuintes individuais, não há contribuição patronal (da União, no caso) para a previdência. Isso significa a redução da seguridade social. O trabalhador da saúde será cada vez mais formado por pós graduandos, num regime duplo, trabalho e formação: continuação da formação universitária mais contrato temporário de trabalho/especialização mais menor cobertura da seguridade social mais contribuição individual ao INSS.

A opção pela contratação temporária dos trabalhadores de saúde através de bolsas-formação, com piores condições de trabalho em relação à CLT ou ao serviço público, é algo que enfraquece o trabalhador, mesmo com a oferta de especialização *lato sensu* e rendimento acima da média salarial

nacional de muitas categorias. Tende a ser vista como mais um forma da variedade de modalidades de precarização do trabalho e do ensino.

A discussão da função do residente (trabalhador e estudante) e da natureza da residência (trabalho e educação) sempre remete ao fato de que a inserção dos residentes num contexto de precarização da política de saúde tem como consequência a precarização do trabalho dos segmentos envolvidos nos Programas de Residência, inclusive dos alunos. Por isso é viva a discussão das 60 horas semanais (posição contra o cumprimento de 60 horas semanais); não substituição dos trabalhadores do SUS por profissionais residentes (os Programas de Residência devem promover fortalecimento do SUS e não sua precarização); o arcabouço legal dos direitos; seguro de acidentes pessoais; atendimento a saúde e não compensação de atestados e licenças. Debate vivo também nos encontros de residências:

A resolução da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS) nº 3, de 17 de fevereiro de 2011 dispõe sobre licenças, trancamentos e outras ocorrências de afastamento de profissionais da saúde residentes. Entretanto, a resolução afirma que as normas para regulamentar os afastamentos por motivos diversos deverão constar do Regimento interno da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU). A possibilidade de cada comissão regular o afastamento dos residentes faz com que, por exemplo, em algumas residências, o residente seja obrigado a repor carga horária mesmo por afastamento por saúde com atestado médico ou até mesmo por acidente de trabalho.

Dessa forma, a garantia de direitos trabalhistas, com equiparação ao do trabalhador formal; cobertura para acidentes ocorridos durante as atividades; garantia de seguridade do profissional residente; não recomposição de carga horária em casos de atestado médico, são desafios ainda presentes para os residentes. Há entendimentos diversos pelas diferentes universidades e COREMU's dos direitos dos residentes a férias, feriados, atestado médico, reposição de carga horária, etc, e a legislação dá autonomia à COREMU para decidir detalhes dos assunto localmente.

Na pesquisa realizada em Silva (2015) e Silva (2017), evidenciou, por exemplo, que no contexto local da RMS do HESFA/UFRJ, falta incentivo à participação e publicidade da COREMU. Podemos verificar que a não participação dos residentes e preceptores na COREMU revela uma estrutura de poder, planejamento e tomada de decisões autoritária e não participativa na contramão da perspectiva da Reforma Sanitária. Além disso, a ausência dos residentes na COREMU fragiliza a luta por seus direitos tendo em vista que, nos moldes atuais, é neste espaço que se discute e regulamenta certos direitos e deveres do residente.

Pontuamos, entretanto, que o esvaziamento participativo dos profissionais nos espaços deliberativos é parte e expressão de uma conjuntura maior de alijamento da base na construção da Política de Residência Multiprofissional em saúde. Tendo em vista que na instância maior e nacional de deliberação sobre as residências – a Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS) – a participação dos sujeitos da base (que estão gestão e na assistência do SUS) foi bloqueada.

A partir de 2009, os Ministérios da Saúde e da Educação deixaram de convocar as reuniões da Comissão, suspendendo negociações públicas e agravando as tensões e dúvidas sobre regulamentação das residências, além de alterarem a composição e a dinâmica da CNRMS ampliando a representação do governo, fragmentando a representação dos diversos segmentos e deslegitimando dos fóruns que a compunham. (Silva, 2017). Agravando um ambiente de tensões, falta de participação política e da perspectiva de conquista de direitos para os profissionais envolvidos com a RMS.

Santos (2012), defende que no caso brasileiro entre as particularidades da “questão social” está uma de um lado a superexploração do trabalho, de outro, uma passivização das lutas sociais que historicamente *foram* mantidas sob controle do Estado e das classes dominantes. Segundo a autora, a “flexibilização/precariedade” do trabalho entre nós não pode ser creditada somente à crise recente do capitalismo, pois essas características fazem parte da nossa característica de exploração do trabalho. A manutenção de um fluxo

permanente de demissões e contratações, ou seja, de uma política de substituição dos trabalhadores, que, assim, não conseguem, na sua maioria, ultrapassar os anos iniciais da carreira além de reduzidos custos do passivo trabalhista, reduz também os custos de seleção.

O atual quadro das políticas sociais aprofunda a precarização do padrão de proteção social — por meio da centralidade da assistência social focalista — e a “passivização” dos trabalhadores e movimentos sociais. É fato que se aumenta o grau de precarização e flexibilidade do trabalho aumenta, na mesma proporção, sua exploração. Sabe-se da funcionalidade que os processos de precarização e contratação possuem como fonte de “barateamento” do valor trabalho e como sua utilização tem sido cada vez mais recorrente em diversos setores do mundo do trabalho, inclusive nos recursos humanos da saúde.

Em 2009, o MEC mostra claramente o interesse em fomentar essa modalidade de formação no contexto hospitalar, quando o III Fórum de Dirigentes dos Hospitais Universitários Federais discutiu sobre a implementação de Programas de RMS, a seguir, em 2012, o MEC financia 800 bolsas para Residentes do primeiro no ano de Residência, com o objetivo de estimular a interdisciplinariedade por meio das Residências nos HU (BRASIL, 2009c).

Por outro lado, também se nota a diminuição na oferta de bolsas para programas na Atenção Básica, por exemplo. Deste modo, o MEC mostra interesse em credenciar apenas programas ligados às universidades e com prioridade para a área hospitalar em detrimento das demais ênfases. (Abib, 2012).

Interessante notar que nesta conjuntura que foi criada a EBSERH sendo uma forma de privatização dos Hospitais Universitários (HUs) Federais do país no qual o Governo Federal permite que sejam entregue a sua gestão, abrindo espaço para o avanço do capital e da lógica do lucro sobre esse segmento da saúde pública brasileira. Em 31 de dezembro de 2010, o então presidente Lula e o ministro da Educação Fernando Haddad assinaram uma Medida Provisória ([MP 520](#)) que autorizava o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de

Serviços Hospitalares S.A - EBSEERH. A medida tinha como justificativa resolver os inúmeros problemas dos hospitais universitários, sobretudo no que se refere aos diversos vínculos de trabalhadores existentes, muitas vezes precários, contratados pelas fundações de apoio das universidades.

Em dezembro de 2011 a então presidenta Dilma assinou a lei 12.550/2011 que autoriza o poder executivo a criar a EBSEERH, contrariando a decisão da 14ª Conferência Nacional de Saúde que se posicionou contra a mesma. De acordo com o Decreto nº 7.661/2011, dentre as competências da EBSEERH está o de: apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa, em especial na implementação de residência médica ou multiprofissional e em área profissional da saúde, nas especialidades e regiões estratégicas para o SUS. No Regimento Interno da EBSEERH aprovado em 2016 afirma que o Conselho Consultivo da empresa é constituído também por um representante dos residentes em saúde dos hospitais universitários federais, indicado pelo conjunto de entidades representativas.

No Rio de Janeiro Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, da Uniriofoi entregue à Ebserh, por meio de contrato de adesão assinado pelo reitor em dezembro de 2015. Também o Conselho Deliberativo do Hospital Universitário Antonio Pedro (Huap) da Universidade Federal Fluminense (UFF) aprovou em março de 2016 a cessão da unidade à Ebserh, em uma reunião realizada fora das dependências acadêmicas da universidade e fechada à participação de estudantes, técnico-administrativos e professores. No mesmo ano ocorreu concurso público para contratação de profissionais pela EBSEERH no HUAP/UFF. (ANDES, 2016).

Cabe lembrar que a UFRJ ainda está resistindo à implantação da EBSEERH. Em pesquisa realizada com os preceptores da RMSM do HESFA/UFRJ constatou-se que a maioria dos preceptores entrevistados defendem a universidade pública (67%) e são contrários a privatização da saúde (83%) dado relevante no que se refere ao tipo de resistência e crítica dos profissionais, e especificamente os ligados a RMS, nesta instituição (Silva, 2015).

Este cenário configura expressa o cenário atual dessas relações de trabalho levando em consideração o processo histórico de construção do SUS, os caminhos e formas de flexibilização do trabalho no SUS e como o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, em sua natureza Educação/Trabalho, se conjuga como parte e expressão deste processo de tensão entre a estabilidade e flexibilidade, destacando o processo de construção e implementação das políticas de Educação pelo trabalho no SUS.

#### **4 - CONCLUSÃO**

Podemos verificar no nosso estudo que o conservadorismo no Brasil impõe uma política de restrição dos gastos públicos e de expansão do setor privado em saúde produzindo o “subfinanciamento” e a “precarização” da gestão de recursos. Além disso, a precariedade das condições de trabalho somado ao componente político-ideológico na formação dos profissionais de saúde, associado à cultura da crise no serviço público disseminada a partir os anos 1990 pela ideologia capitalista neoliberal, gerou um distanciamento do SUS da concepção original do projeto da Reforma Sanitária que em grande parte das vezes tem sido banalizado.

Contudo, são essas mesmas condições que determinam a relevância da defesa do sistema público na saúde e da necessidade de se priorizar políticas para a efetivação do SUS, e gerando, nesse contexto, perspectivas otimistas sobre a possibilidade de qualificação dos trabalhadores. O Programa de Residência Multiprofissional tem sido apresentado como uma estratégia importante para atuar nesse sentido, porém, essa estratégia também é permeado pelos interesses conservadores privatistas.

A Residência Multiprofissional de Saúde é uma (re) invenção que visou reforçar a perspectiva sanitária na medida em que articula assistência, gestão, educação e participação social, propondo o quadrilátero da formação em saúde (CECCIM, 2005). Obrigatoriamente projeta um movimento criativo de produção de conhecimentos que estabelece uma nova lógica para o cotidiano do setor saúde, de acordo com os princípios e diretrizes da integralidade da atenção e da intersetorialidade do SUS.

Por outro lado, porém, temos o cenário atual da saúde pública no Brasil com grandes disparidades locais e regionais, especialmente no que se refere à formação profissional, à política de contratação/capacitação/formação de pessoal e ao acesso a processos de educação permanente. Sem perder de vista, igualmente, os problemas relacionados a falta de participação popular e controle social das políticas sociais.

Atualmente, ao mesmo tempo em que vivemos o investimento de recursos para este programa de formação de profissionais para o SUS, o que tem sido colocado como estratégia para sua reorganização numa direção mais alinhada aos preceitos constitucionais, continuamos a assistir várias contradições. A Residência Multiprofissional em Saúde vem contribuindo para que se rompa com a lógica tradicional de delimitação de fronteiras profissionais, promovendo a integração entre saberes e práticas multiprofissionais. Entretanto, persistem questões relacionadas ao subfinanciamento do SUS, à precariedade dos vínculos de trabalho e à necessidade de valorização dos trabalhadores através de planos de carreira adequados.

Se a residência for vista como substituição de recursos humanos, nunca vamos fazer uma reversão desse modelo de ocupação do espaço público com os residentes em vez de promover equipes integradas com seus servidores públicos. Entretanto, a tendência é que o Programa de RMS tem se inserido num contexto de estruturação da rede de serviços públicos por meio da oferta de um campo de trabalho precarizado para os profissionais da saúde.

A formação do profissional para o SUS ficou submetida a um modelo de saúde que prioriza a excelência privada e, sendo assim, a Residência foi implantada com a simplificação de recursos e da fragilização da articulação entre o serviço e a academia, reproduzindo algo já é recorrente na formação.

Conclui-se que a Residência Multiprofissional em Saúde se insere num terreno de contradições e ela mesmo se torna contraditória, tendo em vista que é fruto da concepção da educação permanente formulada, defendida e (re)inventada por grupos ligados a perspectiva da reforma sanitária, por outro

lado também pode ser utilizada como estratégia de inserção de novos profissionais com vínculos precários numa rede mal estruturada, inclusive de pessoal.

## REFERÊNCIAS

ABIB, L. Trápaga. “Caminhando contra o vento...”: a história das Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) - Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

ALVES, S.M.P. et al. A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. **Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro**, v..20, n.10, 2015.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho?** Ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do trabalho. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. São Paulo: Cortez, 2008.

ANTUNES, R; POCHMANN, M. **A desconstrução do trabalho e a explosão do desemprego estrutural e da pobreza no Brasil**. 2009. Disponível em: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org>>. Acesso em: 22 maio 2009.

ARAÚJO, L.M. et al. Para subsidiar a discussão sobre a Desprecarização do Trabalho no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n.1,p. 163-174, 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1997.

BATISTA, A. Reforma do Estado: uma prática histórica de controle social. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 61, p. 63-90, 1999.

BORGES, Â. Mercado de trabalho: mais uma década de precarização. In: DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia. **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. São Paulo: Boitempo, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. **Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde**. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. **Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde- CNRMS - Exercício 2007/2009**. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da



Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Ofício circular nº 16/2016/CGRS/DDES/SESU/SESU-MEC. **Financiamento das bolsas dos Residentes médicos e em área profissional da saúde:** (Multiprofissional e uniprofissional). Brasília, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **Financiamento público de saúde.** Brasília, 2013.(Série Ecos - Economia da Saúde para a Gestão do SUS).

CAMPOS, F.; PIERANTONI, C.; MACHADO, M. H. **Cadernos RH Saúde,** Brasília, v. 3, n. 1, mar. 2006.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface,** Botucatu, v.9, n.16, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Rev. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, n.14, p. 41- 65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

CHESNAIS, François. **A mundialização do capital.** São Paulo: Xamã. 1996.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). **Os Trabalhadores Frente à Terceirização.** São Paulo, 1993. (Pesquisa Dieese, 7).

ELIAS, Paulo E. M. **Residência médica no Brasil:** a institucionalização da ambivalência. 1987. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

FEUERWERKER L. **No olho do furacão:** contribuição ao debate sobre a Residência multiprofissional em saúde. São Paulo: Interface, 2009.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J.;TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, n. 24, p. 17-27, jan.2008.

HARVEY, D. **Condição Pós-Moderna.** São Paulo: Loyola, 1993.

IANNI, O. **Dialética e Capitalismo:** ensaio sobre o pensamento de Marx. Petrópolis: Vozes, 1982.

LIMA, A.M.C. Residência Médica sob a Óptica do Direito do Trabalho. **Revista da ESMESC**, Florianópolis, v. 17, n. 23, 2010.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. São Paulo: Abril Cultural, 1979. (Os Pensadores).

MARTINS, M.I.C; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 6, n.18, p.1667-1676, 2013.

MATTOSO, J. E. L. **A Desordem do Trabalho**. São Paulo: Página Aberta Escrita, 1995.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção Temas Sociais).

PIERANTONI, C. Recursos humanos e gerência no SUS. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime, 2002. p.609-630.

PIRES, D. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

PRAUN, L. da D. **Não sois máquina!** Reestruturação produtiva e adoecimento na General Motors do Brasil. 2014. Tese (Doutorado em Sociologia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Sociologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

SANTOS, J. S. "Questão Social": Particularidades no Brasil. **Biblioteca Básica de Serviço Social**, Brasília, v. 6, 2012.

SILVA, L. C. **Formação e prática na saúde: o processo ensino-aprendizagem na Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher a partir do relato dos preceptores**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher) - Universidade Federal do Rio Janeiro, Rio de Janeiro, 2015. Mimeografado.

SILVA, L. C. **O Papel da residência multiprofissional no sistema único de saúde: perspectivas e contradições**. 2017. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. Mimeografado.