

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO CONTEXTO DE DESFINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE: REFLEXÕES NECESSÁRIAS

Eloyse Valéria da Silva

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Assistente Social vinculada a Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Terapia Intensiva Adulto no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL).

<http://lattes.cnpq.br/7867433666114952>

E-mail: eloyseilva310@gmail.com

DOI-Geral: <http://dx.doi.org/10.47538/RA-2023.V2N1>

DOI-Individual: <http://dx.doi.org/10.47538/RA-2023.V2N1-05>

RESUMO: A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) se constitui como uma modalidade de pós-graduação lato sensu a partir da formação em serviço de profissionais da área de saúde, porém vem adquirindo outras características diante do contexto de precarização do Sistema Único de Saúde (SUS) e da política de saúde. Este artigo discute sobre o processo de Residência Multiprofissional em Saúde buscando evidenciar as características que está assumindo diante do contexto de ajustes neoliberais e suas implicações na política, serviços e ações de saúde, refletindo ainda sobre aspectos do trabalho coletivo. Trata-se de uma reflexão teórica alinhada à perspectiva crítico-dialética. Compreende-se que embora a residência em saúde consista em sintonizar a formação e trabalho, as exigências postas pela mercantilização da saúde e as ofensivas neoliberais acabam reduzindo os espaços voltados para a formação e intensificam os momentos destinados ao trabalho. Sendo assim, no contexto macroestrutural de contrarreformas estatais e do sucateamento da política de saúde, ela adquire características inerentes ao trabalho precarizado e se configura como um recurso essencial à falta de recursos humanos nas instituições e serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Residência multiprofissional. Trabalho em saúde. Precarização.

MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN THE CONTEXT OF DEFINANCING HEALTH POLICY: NECESSARY REFLECTIONS

ABSTRACT: The Multiprofessional Residency in Health (RMS) is a modality of lato sensu graduate program from the training in the service of health professionals, but has acquired other characteristics in the context of precariousness of the Unified Health System (SUS) and health policy. This article discusses the process of Multiprofessional Residency in Health seeking to highlight the characteristics it assumes in the context of neoliberal adjustments and its implications in health policy, services and actions, also reflecting on aspects of collective work. It is a theoretical essay aligned with the critical-dialectical perspective. It is understood that although residency in health consists of tuning training and work, the demands placed by the commodification of health and neoliberal offensives end up reducing the spaces for training and intensify the moments destined for work. Thus, in the macrostructural context of state counter-reforms and the scrapping of health policy, it acquires characteristics inherent to precarious work and is configured as an essential resource for the lack of human resources in health institutions and services.

KEYWORDS: Multiprofessional residency; Health work; Precarious.

INTRODUÇÃO

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) fazem parte do conjunto de estratégias implementadas a partir dos anos 2000 para possibilitar a formação e atuação de profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, se constituem enquanto espaços de formação diante da perspectiva de educação em serviço, tendo como norteadores os princípios e diretrizes propostos pelo Movimento da Reforma Sanitária e incorporados na criação do SUS.

No entanto, o processo de residência, como o próprio trabalho em saúde é perpassado por dificuldades diante do contexto de desfinanciamento da política de saúde. Este, intrinsecamente atrelado às propostas neoliberais empreendidas a partir da década de 1990 e reforçadas pelos recentes governos na esfera político-econômica.

Considerando o exposto, este artigo traz uma reflexão sobre o processo de Residência Multiprofissional em Saúde buscando evidenciar as características que está assume diante no contexto de ajustes neoliberais e suas implicações na política, serviços e ações de saúde, partindo da discussão sobre o trabalho coletivo em saúde.

Trata-se de uma reflexão teórica construída alinhado à perspectiva crítica-dialética, a qual permite analisar e compreender os aspectos da totalidade social destrinchando as contradições e mediações inerentes à ela. Foram analisadas de forma não-sistemática obras de autores clássicos e contemporâneos que debruçaram suas pesquisas em torno da temática, como também artigos e outros documentos encontrados em meio eletrônico que serviram de subsídio à construção desta reflexão.

O artigo se encontra dividido em duas partes: a primeira aborda teoricamente o trabalho coletivo e suas particularidades no âmbito da política de saúde, enquanto a segunda reflete sobre a constituição das residências multiprofissionais e as características que elas vêm assumindo diante do contexto de desfinanciamento da política de saúde.

O TRABALHO COLETIVO EM SAÚDE: PERSPECTIVA CONSTITUTIVA DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS

Antes de evidenciar os elementos que permeiam o trabalho coletivo em saúde - e que também perpassam o processo de Residência Multiprofissional - consideramos importante neste primeiro momento trazer o entendimento acerca do que compreendemos como trabalho, em sua concepção ontológica fundamentada nas análises de Lukács. Nessa concepção, o trabalho se configura como o elemento fundante do ser social e faz com que os seres humanos se diferenciem de outros seres da natureza. É por meio dele que se torna possível a produção e reprodução social, bem como a satisfação das necessidades humanas, desde as mais básicas até as mais complexas.

Nestes termos, o trabalho é a primeira e mais fundamental forma de objetivação do ser social, pois é através do trabalho que são produzidas as condições básicas para a produção e reprodução da vida material, onde homens e mulheres estabelecem relação com a natureza e também entre outros homens e mulheres. Em síntese, a função social da categoria trabalho deriva-se da relação material que os indivíduos estabelecem com a natureza para a satisfação de suas necessidades (SILVA, 2018, p. 27).

No interior das discussões sobre o trabalho, temos o trabalho abstrato, o produtivo e o improdutivo. De maneira sintética, o trabalho produtivo é aquele em que ocorre a produção de mais-valia de forma direta, já o trabalho improdutivo não a produz. Assim sendo, o trabalho em saúde é um trabalho improdutivo pois se constitui enquanto um serviço útil, o qual não produz imediatamente mais-valia, mesmo que os trabalhadores estejam na condição de assalariamento. Pensando no trabalho em saúde Duarte (2014) exemplifica o entendimento apontando que

No sentido marxista o debate sobre trabalho produtivo e improdutivo se situa na relação que estabelecem com a lógica do assalariamento e da produção ou não de mais-valia. Isso significa dizer, em poucas palavras, mas no sentido de explicar didaticamente, que se o trabalhador de saúde estiver em uma empresa privada, ele, assalariadamente, contribui para a produção de mais-valia (trabalho produtivo), e, se, estiver no setor público, não contribuirá para essa produção (trabalho improdutivo) (DUARTE, 2014, p. 99).

Merhy (2013), ao analisar a micropolítica do trabalho vivo em ato, compreende que o trabalho em saúde também é um trabalho vivo em ato, pois a produção de saúde se dá por meio do trabalho humano no momento exato em que é executado e que determina a produção do cuidado. O trabalho, em qualquer sociedade, não acontece de forma isolada. Sendo assim, o trabalho em saúde também é um trabalho coletivo. Corroborando com o entendimento de Merhy, Duarte (2014) sinaliza que todo processo de trabalho além

de ser coletivo é também realizado para atingir uma finalidade. Assim, o trabalho em saúde deve atingir as finalidades a que se propõe. O mesmo autor chama a atenção ainda para o fato de que

[...] Quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será pensar sobre ele. E neste aspecto, muito dos trabalhadores da saúde, incluindo os da área de Serviço Social, apresentam essa dificuldade como limite da própria dinâmica como está organizado o trabalho em saúde, suas demandas, fluxos, sobrecargas, tensão, conflitos, normas, metas e o modo como realizam seu trabalho, mesmo que privilegie atividades centradas nas necessidades e direitos dos usuários dos serviços de saúde (DUARTE, 2014, p. 96).

Não se pode perder de vista ao tratarmos de trabalho coletivo e processos de trabalho em saúde os eixos norteadores que orientam o seu desenvolvimento no interior das instituições e serviços. O trabalho coletivo, e os processos de trabalho, devem estar pautados no modo de atenção à saúde que considere todas as necessidades de saúde e sociais dos/as usuários, mediante o reconhecimento da saúde em seu conceito ampliado, como resultante das condições de vida e das formas de organização social e de produção.

Sabemos que o trabalho coletivo em saúde é perpassado por diversas características e dificuldades que impactam na sua concretude. Isso se torna bem evidente quando o analisamos frente ao modelo hegemônico de atenção à saúde que ainda é centrado na doença. Dentre as quais podemos destacar, principalmente, as relações hierárquicas e de poder, a centralidade e hierarquização do papel do médico, como também a falta de interdisciplinaridade dos saberes e das práticas.

[...] o modelo hegemônico secundariza e desqualifica as ações e atividades profissionais que não se constituem objeto de práticas privilegiadas por esse modelo assistencial, como é o caso das ações de educação em saúde e das atividades de categorias profissionais, como assistentes sociais, nutricionais, sociólogos e, em certa medida, psicólogos (DUARTE apud COSTA, 2000, p. 63).

É importante destacar que a discussão sobre processo de trabalho parte da premissa que este se configura como o modo em que atividades profissionais são desenvolvidas e que é essencialmente coletivo, além de ser realizado para se atingir algum objetivo. O processo de trabalho em saúde possui peculiaridades, conforme aponta Duarte et al (2014).

Entre as peculiares dos processos de trabalho na prestação de serviços, uma que é pertinente ao trabalho em saúde se destaca: o usuário é o objeto no processo de trabalho, mas é também um agente. Isso porque é em sua existência que as alterações buscadas irão ou não ocorrer. Por isso é evidente que ele deve estar ativamente envolvido para que elas ocorram, por exemplo, fornecendo informações ou cumprindo recomendações que implicam, muitas vezes, mudanças e/ou redução de riscos e danos à saúde e à vida, ou seja, o objeto da ação também age nesta produção (DUARTE et al, 2014, p. 100).

Entende-se que nos processos coletivos de trabalho em saúde, embora que o objeto de trabalho seja comum entre as profissões, existem particularidades inerentes a cada profissão que não devem ser confundidas. Os assistentes sociais trabalham com as múltiplas expressões da questão social, e por isso Fagundes e Wunsch (2020) concebem que

[...] no âmbito da saúde, as expressões da questão social se tornam visíveis quando se retoma o conceito ampliado de saúde. Assim sendo, ao considerarmos as condições de vida da população, bem como o acesso aos bens e serviços sociais, são identificadas possíveis vulnerabilidades, privações e necessidades dos usuários. Portanto, os determinantes sociais em saúde são expressões da questão social e, conseqüentemente, objeto de trabalho dos/as assistentes sociais (FAGUNDES; WUNSCH, 2020, p. 11).

Partindo de tais considerações acerca do trabalho coletivo e dos processos de trabalho em saúde iremos discutir sobre o processo de Residência Multiprofissional em Saúde com seus desafios e suas possibilidades diante do contexto de sucateamento e fragilidades do Sistema Único de Saúde.

AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: FORMAÇÃO OU TRABALHO PRECARIZADO?

É sabido que a Residência Multiprofissional em Saúde se constitui como uma modalidade de pós-graduação lato sensu voltada para a formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde a partir da educação em serviço de profissionais da área da saúde¹. Existe uma relação direta entre a formação profissional e a perspectiva do trabalho no âmbito das unidades de saúde que compõem o SUS. Para Castro (2020),

¹Os programas contemplam as seguintes profissões: Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Contudo, não abarca a Medicina.

As Residências em Saúde são reconhecidas como espaços estratégicos para a educação permanente dos trabalhadores da saúde. São dispositivos para transformação tanto da formação quanto dos processos de trabalho em saúde, ao propiciar a vivência intensiva nos serviços e promover a reflexão sobre o cotidiano da execução da política de saúde (CASTRO, 2020, p. 217).

De acordo com a portaria interministerial nº 1077/2009, os programas de residência são orientados pelos princípios e diretrizes² do SUS mediante o reconhecimento das necessidades locais e regionais. Lima (2018) aponta que

A materialização dessas diretrizes constitui um desafio em meio ao projeto de contrarreforma do estado, pautado pelos interesses do capital, que ganha evidência a partir da década de 1990 e se fortalece no período atual. O projeto de privatização no campo das políticas sociais avança e a garantia de direitos, assegurados com financiamento público do estado, a exemplo da saúde, passa a ser direcionada pelos interesses do capital. O projeto de reforma sanitária é colocado em xeque frente ao avanço do projeto de mercado ou privatização na década de 1990 (LIMA, 2018, p. 53).

A criação de residências multiprofissionais é fruto de um conjunto de estratégias voltadas à formação de trabalhadores para o trabalho no SUS de modo a possibilitar a reorientação das práticas assistenciais, a integralidade das ações em saúde e o trabalho interdisciplinar, por isso tem como eixos centrais a integralidade e o trabalho interdisciplinar e coletivo em saúde. Sobre essa afirmação cabe apontar algumas questões.

A integralidade é um dos princípios do SUS e pressupõe o reconhecimento e o atendimento das necessidades dos indivíduos de maneira integral, considerando todas as dimensões da vida social. Neste sentido, as residências têm como potencialidade o desenvolvimento de práticas interdisciplinares que buscam possibilitar um atendimento voltado para as múltiplas necessidades de saúde, retirando o foco apenas da patologia. Para Silva (2018),

O novo dessa proposta é justamente a possibilidade das práticas interdisciplinares, podendo resultar, ainda, numa interação intersetorial das políticas sociais públicas. Esse movimento de tirar o foco da atenção às patologias e voltar-se para as múltiplas áreas de atuação, a partir das variadas necessidades de saúde, representa uma inovação na proposta de

²São princípios e diretrizes do SUS a universalidade, a integralidade, a preservação de autonomia das pessoas, a igualdade da assistência à saúde, direito à informação, divulgação de informações, utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, integração em nível executivo das ações de saúde, conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos das três esferas de governo, dentre outros.

residência em saúde é um passo no sentido da construção cotidiana de práticas de integralidade (SILVA, 2018, p. 31).

A mesma autora sinaliza que embora seja uma potencialidade, não podemos esquecer que essas propostas se inserem em instituições e serviços historicamente voltados às práticas unilaterais e centradas na doença, e por isso a materialização da integralidade das ações ainda é reconhecida como um desafio. A prática interdisciplinar ainda é um desafio a ser superado, pois a lógica hegemônica presente nas instituições e serviços de saúde reproduz um modelo de atenção fragmentado, não dialogado entre as diferentes especialidades e tendo de maneira centrada a supremacia do saber biomédico em detrimento dos outros saberes.

Corroboramos com Castro (2020) quando está entende que as residências representam uma contribuição importante para a formação crítica de profissionais, para o fortalecimento dos princípios do SUS, porém não se pode afirmar que estejam cumprindo seu papel em virtude de sua implementação ocorrer no contexto de contrarreforma neoliberal.

Muito embora, segundo Silva (2018), a potencialidade da residência em saúde consista em sintonizar a formação e trabalho, as exigências postas pela mercantilização da saúde e as ofensivas neoliberais acabam reduzindo os espaços voltados para a formação e intensificam os momentos destinados ao trabalho. Essa colocação se justifica quando se analisa, por exemplo, a carga horária total e semanal e a distribuição desta carga horária diante das atividades exigidas.

Conforme a legislação, a residência tem duração máxima de dois anos e o/a residente deve perfazer a carga horária total de 5.760 horas durante este período. A carga horária semanal é de 60 horas, sendo 48 horas destinadas à prática em serviço, o que representa 80% de carga horária exclusivamente para a prática. Percebe-se que existe uma intensificação no que concerne à prática, o que por vezes inviabiliza o processo teórico-formativo também proposto pela residência, o qual em nossa concepção deveria ser o eixo central. Assim, a residência se coloca como uma estratégia para suprir a falta de recursos humanos nas instituições e serviços que compõem a rede de saúde.

Mendes (2013) aponta em seus estudos que o avanço da mercantilização da saúde propiciou a expansão no número de bolsas e mudanças no perfil dos programas de

residência. Há um deslocamento da atenção primária para a atenção terciária, isto é, da atenção básica para a atenção hospitalar. O que implica dizer que o foco das residências tem se deslocado para a atuação em hospitais.

Desta forma, é imprescindível apreender o processo de Residência Multiprofissional em Saúde no interior do contexto macroestrutural ajustes neoliberais e de contrarreformas do Estado que repercutem diretamente na política de saúde e nos serviços em que se inserem as residências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Residência Multiprofissional em Saúde é expressão da constituição de uma política de saúde pública voltada para o atendimento das necessidades individuais e coletivas, da criação do Sistema Único de Saúde a partir das proposições levantadas pelo Movimento da Reforma Sanitária, do conceito ampliado de saúde incorporado na Constituição Federal e das estratégias pensadas para formação "no" e "para" o SUS.

Contudo, as determinações impostas pelos ajustes neoliberais que desfinanciam as políticas sociais - e especialmente a de saúde - vão rebater diretamente nessa proposta de formação. Vê-se a secundarização do ensino em detrimento do trabalho prático, a inserção precária dos profissionais nas instituições e serviços e a fragilidade das normativas que embasam os projetos pedagógicos.

Por isso, se torna imprescindível apreender o processo de residência diante deste contexto macroestrutural, a partir das determinações que estão imbricadas. É fundamental problematizar as características que ela adquire, principalmente a de trabalho precarizado, se configurando como um recurso essencial à falta de recursos humanos nas instituições e serviços de saúde.

Cabe destacar, por fim, que este ensaio não se esgota em si mesmo e pretendeu apenas instigar a reflexão. Sendo assim, são necessárias aproximações sucessivas com a discussão.

REFERÊNCIAS

CASTRO, M.M.de Castro. **Residência Multiprofissional, Serviço Social e formação para o Sistema Único de Saúde (SUS)**. In: CLOSS, T. T. et.al. Serviço Social e Residências em Saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Movimento,2018.

DUARTE, M. J. **Processo de trabalho em saúde e Serviço Social: notas sobre o trabalho profissional no campo da saúde**. In: DUARTE, Marco José de Oliveira [et al.], 1 ed. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

FAGUNDES, A. S.; WÜNSCH, D. S. **Processos de trabalho coletivo em saúde e o trabalho do/a assistente social: os fios (in)visíveis que materializam o conceito ampliado de saúde**. Serv. Soc. & Saúde Campinas, SP v. 19 1- 34 e 020009 2020. Disponível em:

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8665367>

LIMA, J. F.de. et. al. **Residências Multiprofissionais em saúde, formação e trabalho em Serviço Social: um debate necessário**. In: CLOSS, T. T. et.al. Serviço Social e Residências em Saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Movimento,2018.

MATOS, M. C. **Serviço Social, ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013. P.39-67

MATOS, M. C. **(Des) informação nos serviços de saúde em tempos da pandemia da Covid-19: uma questão ética e uma requisição enviesada ao trabalho de assistentes sociais**. Rio de Janeiro, 11 ago. 2020b.

MENDES, A. G. **Residência Multiprofissional em saúde e Serviço Social**. In: SILVA, Letícia Batista, RAMOS, Adriana. Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. São Paulo: Campinas, Papel Social, p. 183-200, 2013.

MERHY, E. E. **Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato em saúde**. IN:FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Trabalho, produção do cuidado e subjetividades em saúde. Textos reunidos. Hucitec: São Paulo, 2013.

MINAYO, M.C.S.(Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 20 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).

SILVA, L. B. **Residência Multiprofissional em saúde: um espaço de formação pelo trabalho**. In: CLOSS, T. T. et.al. Serviço Social e Residências em Saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Movimento,2018.

Data de submissão: 20/01/2023. Data de aceite: 22/01/2023. Data de publicação: 25/01/2023.