



UFG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG)
FACULDADE DE EDUCAÇÃO (FE)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO (PPGE)

DAPHNE DOS SANTOS MARRA

Residência Multiprofissional na Área da Saúde: um estudo de caso dos projetos políticos pedagógicos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

GOIÂNIA
2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese Outro*: _____

*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

2. Nome completo do autor

DAPHNE DOS SANTOS MARRA

3. Título do trabalho

Residência multiprofissional na área da saúde: um estudo de caso dos projetos políticos pedagógicos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);

b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.

O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;

- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Karine Nunes De Moraes, Professor do Magistério Superior**, em 23/11/2022, às 08:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **DAPHNE DOS SANTOS MARRA, Usuário Externo**, em 23/11/2022, às 17:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3355347** e o código CRC **D7F64D8D**.

Referência: Processo nº 23070.057375/2022-37

SEI nº 3355347

DAPHNE DOS SANTOS MARRA

Residência Multiprofissional na Área da Saúde: um estudo de caso dos projetos políticos pedagógicos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE) da Universidade Federal de Goiás (UFG) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Área de Concentração: Educação

Linha de Pesquisa: Estado, Políticas e História da Educação

Orientador (a): Prof^ª Dr^ª Karine Nunes de Moraes

GOIÂNIA

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Marra, Daphne dos Santos

Residência Multiprofissional na Área da Saúde: um estudo de caso dos projetos políticos pedagógicos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás [manuscrito] / Daphne dos Santos Marra. - 2022.

CXIX, 119 f.: il.

Orientador: Prof. Karine Nunes de Moraes.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação (FE), Programa de Pós-Graduação em Educação, Goiânia, 2022.

Bibliografia.

Inclui siglas, lista de figuras.

1. Residência Multiprofissional; . 2. Educação e Saúde; . 3. Saúde; . 4. Saúde Pública; . 5. SUS. I. Moraes, Karine Nunes de , orient. II. Título.

CDU 37



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata Nº **162** da sessão de Defesa de Dissertação de **DAPHNE DOS SANTOS MARRA** que confere o título de **Mestra em Educação** pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás-PPGE/FE/UFG, na *área de concentração em Educação*.

Aos **vinte e cinco dias do mês de outubro de dois mil e vinte e dois (25/10/2022)**, a partir das **14:00h**, nas dependências da Faculdade de Educação da UFG, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada **"Residência multiprofissional na área da saúde: um estudo de caso dos projetos políticos pedagógicos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás"**. Os trabalhos foram instalados pela Orientadora Prof^ª. Dr^ª. **Karine Nunes de Moraes (PPGE/FE/UFG)**, doutora em **Educação** pela **Universidade Federal de Pernambuco**, com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Prof. Dr. **João Ferreira de Oliveira (PPGE/FE/UFG)**, doutor em **Educação** pela **USP** - membro titular interno e Prof^ª. Dr^ª. **Marcilene Pelegrine Gomes (FL/UFG)**, doutora em **Educação** pela **UFG** - membro titular externa. Durante a arguição os integrantes da banca **não fizeram** sugestão de alteração do título do trabalho. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido a candidata **aprovada** pelos seus integrantes. Proclamados os resultados Prof^ª. Dr^ª. **Karine Nunes de Moraes**, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada Membros da Banca Examinadora, aos vinte e cinco dias do mês de outubro do ano de dois mil e vinte e dois.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. **Karine Nunes de Moraes**

Prof. Dr. **João Ferreira de Oliveira**

Prof^ª. Dr^ª. **Marcilene Pelegrine Gomes**

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **Karine Nunes De Moraes, Professor do Magistério Superior**, em 25/10/2022, às 15:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **João Ferreira De Oliveira, Professor do Magistério Superior**, em 25/10/2022, às 16:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcilene Pelegrine Gomes**,



Professor do Magistério Superior, em 28/10/2022, às 08:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3282781** e o código CRC **3C176012**.

Referência: Processo nº 23070.057375/2022-37

SEI nº 3282781

RESUMO

Este trabalho tem como tema a Residência Multiprofissional na área da saúde e investiga os Projetos Político-Pedagógicos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Como pergunta norteadora de pesquisa, buscamos responder “De que modo se configuram os Projetos Político-Pedagógicos vigentes da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás?”. Como objetivo geral de pesquisa, buscamos identificar as principais características desses PPPs da Residência Multiprofissional na Área da Saúde. Como fundamentação teórica sobre os impactos neoliberais e a sociedade capitalista utilizamos Marx (1985; 2011), Harvey (2005) e Netto (2012). Sobre Saúde Pública, nos apoiamos em Paim (2001; 2008; 2018), Fleury (2009) e Ceccim (2012). O *corpus* de pesquisa é composto por quatro Projetos Políticos Pedagógicos vigentes desde 2019. São projetos dos eixos de Terapia Intensiva, de Urgência e Emergência, de Hematologia e Hemoterapia e, por fim, do eixo Materno-Infantil. Para analisá-los, utilizamos a abordagem metodológica do estudo de caso, tendo em vista que se adequa à investigação pela própria natureza empírica do tema, em que se pesquisa um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real. Como resultado desta pesquisa, podemos considerar que os PPPs da residência multiprofissional do HC-UFG apresentam evidências do cumprimento de um rigor em relação à parte teórica da carga-horária da residência, diferente de inúmeros programas brasileiros que os estudos de caso do levantamento bibliográfico apresenta. As informações desses PPPs são padronizadas e, em alguns dos itens, desconsideram as especificidades e particularidades em relação a cada um deles. Os PPPs apresentam coerência com os princípios do SUS no que diz respeito a carga horária teórica e conteúdo programático. Contudo, para reconhecimento da efetividade desses PPPs seria importante o aprofundamento da pesquisa de campo.

Palavras-Chave: Residência Multiprofissional; Educação e Saúde; Saúde; Saúde Pública; SUS

ABSTRACT

This work has as its theme the Multiprofessional Residency in the health area and investigates the Political-Pedagogical Projects of the Hospital das Clínicas of the Federal University of Goiás. As a guiding research question, we sought to answer "How are the current Political-Pedagogical Projects of the Multiprofessional Residency in Health of the Hospital das Clínicas of the Federal University of Goiás configured?". As a general research objective, we sought to identify the main characteristics of these PPPs of the Multiprofessional Residency in the Health Area. As a theoretical foundation on the neoliberal impacts and capitalist society we use Marx (1985; 2011), Harvey (2005) and Netto (2012). On Public Health, we rely on Paim (2001; 2008; 2018), Fleury (2009) and Ceccim (2012). The research corpus consists of four Pedagogical Political Projects in force since 2019. They are projects in the Intensive Care, Urgency and Emergency, Hematology and Hemotherapy axes and, finally, the Maternal-Infant axis. To analyze them, we used the methodological approach of the case study, considering that it suits the investigation due to the empirical nature of the theme, in which a contemporary phenomenon is researched within its real-life context. As a result of this research, we can consider that the PPPs of the multiprofessional residency at HC-UFG present evidence of compliance with rigor in relation to the theoretical part of the residency's workload, unlike numerous Brazilian programs. The information in these PPPs is standardized and, in some of the items, they don't consider the specifics in relation to each one of them.

Key-words: Multiprofessional Residency; Education and Health; Health; Public health; SUS

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRUEM - Associação Brasileira dos Reitores das Universidades Estaduais e Municipais
ACS - Agente Comunitário de Saúde
AGIR - Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde
AmbTrans -Ambulatório Transsexual
Andifes - Associação Nacional de Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior
BDTD - Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
Capex - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial -Álcool e Drogas
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF - Constituição Federal
CHC - Complexo Hospital de Clínicas
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinações Sociais de Saúde
CNJ - Conselho Nacional de Juventude
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 de Saúde
COREMU - Coordenação da Residência Multiprofissional
CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito
CRER - Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação
Dieese - Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos
Ebserh - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC - Emenda Constitucional
ENRS -Encontro Nacional de Residências em Saúde
ESAP -Escola de Saúde Pública
ESCS - Escola Superior de Ciências da Saúde
ESF - Estratégia Saúde da Família
FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

FGTS - Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FHC -Fernando Henrique Cardoso
Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz
FNRS - Fundo Nacional de Residência em Saúde
HAB - Hospital de Apoio de Brasília
Hemolabor - Laboratório de Hematologia
HUs -Hospitais Universitários
IAPs -Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE -Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC - Instituto de Câncer do Ceará
IHBDF - Instituto Hospital de Base do Distrito Federal
INCA - Instituto Nacional do Câncer
IRPF -Imposto de Renda da Pessoa Física
ISP - Internacional de Serviços Públicos
LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOPS - Lei Orgânica de Previdência Social
MARE - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MEC - Ministério da Educação
MRS - Movimento de Reforma Sanitária
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde de Família
NDAE - Núcleo Docente Assistencial Estruturante
NRADS - Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar
OIT - Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial da Saúde
OSs - Organizações de Saúde
PRMS - Programas de Residência Multiprofissional em Saúde
PROJOVEM - Programa Nacional de Inclusão de Jovens
RMS - Residência Multiprofissional em Saúde
SciELO - Scientific Electronic Library Online
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SindSaúde -Sindicato de Saúde
SisCnrms -Sistema da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde

TMO - Transplante de Medula Óssea

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFPR - Universidade Federal do Paraná

UNACON - Unidade de Alta Complexidade em Oncologia

UTIs - Unidades de Terapia Intensiva

LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

Quadro 1. Composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) no ano de 2022	19
Quadro 2. Exemplo de composição de Residência Multiprofissional em Área da Saúde....	21
Quadro 3. Quadro-resumo da produção bibliográfica acerca do processo formativo na Residência Multiprofissional em Área da Saúde entre os anos de 2010 a 2021.	58
Quadro 4. Quadro-resumo da produção bibliográfica sobre análises críticas da Residência Multiprofissional em Área da Saúde entre os anos de 2010 a 2021	65
Quadro 5. Quadro-resumo da produção bibliográfica sobre estudos de caso e experiências exitosas na Residência Multiprofissional em Área da Saúde entre os anos de 2010 a 2021...	73
Quadro 6. Quadro-resumo da produção bibliográfica sobre estratégias pedagógicas na Residência Multiprofissional em Área da Saúde entre os anos de 2010 a 2021	76
Quadro 7. Quadro-resumo da produção bibliográfica sobre prática profissional e interprofissionalidade na Residência Multiprofissional em Área da Saúde entre os anos de 2010 a 2021	78
Quadro 8. Quadro-resumo das publicações sobre análises da Residência Multiprofissional por meio do Projeto Político-Pedagógico	83
Quadro 9. Quadro-síntese dos Projetos Político-Pedagógicos da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG).....	84
Quadro 12. Qualificação dos profissionais que exercem as atividades de docência, preceptoria e tutoria no Programa de Residência Multiprofissional em Área da Saúde do HC-UFG.....	85
Quadro 13. Eixos de atuação e trechos das suas justificativas presentes nos Projetos Políticos-Pedagógicos da Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.....	94
Quadro 14. Quadro de disciplinas dos Projetos Político-Pedagógicos da Residência Multiprofissional em Área da Saúde.....	96
Quadro 15. Relação entre disciplinas ofertadas pelo programa de residência multiprofissional e o que o programa espera como perfil do egresso.	97

SUMÁRIO

Introdução	9
1. Educação em Saúde e a Residência Multiprofissional: O processo formativo na área da saúde	14
1.1A Residência Multiprofissional em área da saúde: aspectos históricos e organizacionais	14
1.2 Projetos Político-Pedagógicos: intencionalidades e potencialidades	26
2. Sistema Único de Saúde: determinações sócio históricas e organizacionais	30
2.1 Direito à saúde pública	30
2.2 SUS e suas determinações na sociedade capitalista sob a ordem neoliberal	42
2.3 O neoliberalismo e as novas gestões em saúde	50
3.Revisão de literatura sobre Residência Multiprofissional em Saúde e Projetos Político-Pedagógicos	55
3.1 Formação profissional	57
3.2 Análise crítica da residência multiprofissional em saúde	64
3.3 Estudos de caso e experiências exitosas na residência multiprofissional	72
3.4 Estratégias Pedagógicas	75
3.5 Prática profissional e Interprofissionalidade	77
3.6 Estudos de Projetos Político-Pedagógicos de Programas de Residência Multiprofissional em Área da Saúde	81
4.Estudo de caso dos Projetos Político-Pedagógicos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.	83
4.1 Autoria	87
4.2 Texto	99
4.3 Público	102
Considerações Finais	106
Referências Bibliográficas	108
	108

Introdução

Em termos de saúde, o Brasil é historicamente reconhecido por ter o maior sistema único de saúde do mundo¹. Trata-se do Sistema Único de Saúde (SUS) que ganhou ainda mais notoriedade devido à pandemia da COVID 19. É o SUS o responsável pela totalidade de ações em saúde pública do país, incluindo os laboratórios, hemocentros, serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, além de fundações e institutos de pesquisa acadêmica e científica. Segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2019, 7 em cada 10 brasileiros dependem do SUS para o tratamento. Conforme os dados dessa pesquisa do IBGE, somente em 2019, mais de 70% dos brasileiros não possuíam qualquer tipo de plano privado de saúde, seja médico ou odontológico. Nesse sentido, grande parte da população do país tem o SUS como única possibilidade de atendimento em saúde.

Nos últimos anos, alguns aspectos contribuíram para uma maior visibilidade da importância do SUS, sobretudo durante o período de duração da pandemia, iniciada em março de 2020. Pode-se citar dentre esses aspectos: o trabalho dos profissionais de saúde, a criação da vacina brasileira CoronaVac² e o processo de vacinação em âmbito nacional. Por exemplo, em 28 de outubro de 2020, a *hashtag* “Defenda o SUS” tornou-se o assunto mais comentado do *Twitter* na internet. Na rede social Instagram, somente no último ano, é possível encontrar mais de 115 mil compartilhamentos públicos de imagens utilizando a *hashtag* “Defenda o SUS” e mais de 873 mil com a *hashtag* “Viva o SUS”. Trata-se de um dado relevante à realização deste estudo, tendo em vista que representa o contexto de pesquisa desta investigação.

Além disso, o SUS também representa um importante espaço formativo de educação em/ na saúde. Dentre as múltiplas estratégias e ações de educação em saúde e educação na saúde presentes no SUS, esta pesquisa dedica-se especialmente à análise dos Programas de Residência Multiprofissional na Área da Saúde por meio dos Projetos Político-Pedagógicos (PPPs)³ do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG). Destaca-se que,

¹Disponível em <https://www.unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-complet-31-anos>. Acesso em 10 de abril de 2022.

² A vacina CoronaVac foi desenvolvida pela empresa biofarmacêutica chinesa Sinovac Biotech e produzida no Brasil pelo Instituto Butantan. Segundo dados oficiais do Instituto Butantan, a eficácia da vacina CoronaVac é de 50,38%. No dia 05 de janeiro de 2022, o site do Ministério da Saúde divulgou que até essa data já haviam sido aplicadas mais de 330 milhões de doses de imunizantes, sendo que dessas, 84,2 milhões foram da CoronaVac.

³ A elaboração dos Projetos Políticos-Pedagógicos segue o previsto no Art 12 da Lei no 9394/1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) que estabelece que "os estabelecimentos de ensino respeitando as normas comuns e as do seu sistema de ensino, terão a incumbência de elaborar e executar sua proposta pedagógica". Os Projetos Pedagógicos estão sendo nomeados como Projetos Políticos-Pedagógicos com base na argumentação de Veiga (1995) que considera que os PPPs representam os norteadores do processo formativo de uma modalidade de ensino, nesse caso, no âmbito da saúde. Seguem, portanto, uma direção, uma ação intencional e um

essa proposta de ensino é destinada aos profissionais reconhecidos na resolução nº 218, de 06 de março de 1997 que regulamenta as profissões de saúde. São eles: os assistentes sociais, biomédicos, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, e terapeutas ocupacionais. Essa resolução também regulamenta e insere os profissionais da medicina nessa lista, mas essa categoria profissional tem sua própria residência, portanto, não faz parte da residência multiprofissional.

Como objetivo geral de pesquisa, buscamos: identificar as principais características dos PPPs da Residência Multiprofissional na Área da Saúde; e como objetivos específicos, buscamos a) identificar em que os PPPs da Residência Multiprofissional na Área da Saúde podem contribuir para a saúde pública; b) identificar sua contribuição efetiva enquanto estratégia educacional para atuar no SUS; c) identificar as potencialidades dos PPPs nesse processo educativo/formativo e; d) identificar as principais questões que os permeiam, tais como objetivos, embasamento legislativo e intencionalidades. Também permeiam este debate questões relacionadas às condições de elaboração, os sujeitos que elaboram os PPPs, o protagonismo dos estudantes no processo de elaboração e suas fundamentações teórico-metodológicas.

Para responder às questões, esta investigação utiliza o Estudo de Caso como método de pesquisa, por meio da pesquisa documental e bibliográfica. Conforme Minayo, esse tipo de pesquisa é relevante sobretudo porque aborda questões muito particulares. Adequa-se a esta pesquisa porque se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Conforme a autora, a pesquisa qualitativa trabalha com todo um universo de “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos” que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis (MINAYO, 2016, p. 21-22).

Entendemos por metodologia de pesquisa “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade, conforme Minayo (2016, p.14)”. Esta pesquisa utilizará como método de pesquisa o Estudo de Caso, tendo em vista que a saúde pública manifesta-se como um campo de investigação interdisciplinar dotado de particularidades em relação às questões metodológicas. No caso do SUS, a abordagem metodológica diz respeito não só à abordagem do método e às técnicas de operacionalização do conhecimento, mas

compromisso coletivo. E, ao estar "intimamente articulado ao compromisso sociopolítico com os interesses reais e coletivos da população majoritária", é um projeto político-pedagógico (VEIGA, 1995, p. 13).

principalmente na capacidade crítica de pesquisa em um contexto científico-tecnológico complexo desde sua origem, como citado anteriormente.

O estudo de caso é frequentemente utilizado em pesquisas científicas, porque muitos pesquisadores se equivocam, compreendendo-a como uma metodologia simples. Como cita Yin (2001, p.76), “acreditam que a estratégia de estudo de caso pode ser dominada sem muita dificuldade”. Na contrapartida disso, o autor (YIN, 2001, p.34) explica que “as exigências que um estudo de caso faz em relação ao intelecto, ao ego e às emoções de uma pessoa são muito maiores do que aquelas de qualquer outra estratégia”. Um exemplo disso é o fato de que no estudo de caso, há uma contínua interação entre as questões teóricas e os dados coletados, o que exige ainda mais uma condução assertiva de pesquisa. Como cita Yin (2001, p.32), esse método é utilizado principalmente quando “os limites entre o fenômeno e contexto não estão claramente definidos”. Em relação à confiabilidade do estudo de caso, é importante ressaltar que esta pesquisa alicerça-se na possibilidade de apresentar uma introdução de um caso que pode ser amplamente apurado posteriormente.

Sendo assim, o estudo dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) por meio dos Projetos Político-Pedagógicos (PPPs) do Hospital das Clínicas representa um estudo de caso que pode ser usado como referência para a compreensão de programas com realidades similares. A justificativa para a definição do objeto de pesquisa parte do pressuposto de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Logo, a Residência Multiprofissional na área da Saúde apresenta-se como o principal contexto de investigação, pois diz respeito a uma série de processos educativos de construção de conhecimentos em/na saúde que contribuem, sobretudo, para o aperfeiçoamento da saúde pública no país. Nesse sentido, as práticas de educação em/na saúde presentes nos Programas de Residência Multiprofissional envolvem não só profissionais da área, mas gestores e a população em geral, engendrando todo um processo de educação que visa aumentar a autonomia e a qualidade nos cuidados individuais e coletivos.

Pelo fato de a pesquisa estar relacionada à saúde, é importante também contextualizar o período e as condições concretas nas quais se realiza este estudo. A pesquisa iniciou-se em março de 2020, mas, neste mesmo mês, manifestou-se a pandemia mundial da COVID-19. Surgiram também diversas estratégias como alternativas para evitar a contaminação do vírus e, dentre elas, a recomendação para o isolamento social. Além dessas medidas, houve também a suspensão das atividades presenciais e do calendário acadêmico das universidades federais

por recomendação das autoridades de saúde⁴ do Brasil. Trata-se de questões que influenciaram diretamente o delineamento e a aplicabilidade do projeto de pesquisa original.

Cabe ressaltar que o número de mortos pela contaminação do vírus SarsCov2 cresceu desenfreadamente entre os meses de março de 2020 a junho de 2021 no Brasil. Os dados divulgados pelo Ministério da Saúde (MS) somam até o dia 24 de janeiro de 2022 cerca 623 mil mortos pela contaminação desde o início da pandemia. Em relação ao posicionamento governamental acerca das medidas de segurança com a saúde, Calil (2021) cita que o governo federal deslegitima a importância do uso de máscaras em diversas aparições públicas. Além disso, o até então presidente Jair Bolsonaro apresentou argumentações que minimizam o vírus, falas contrárias à vacinação e indicou o uso de medicações comprovadamente ineficazes⁵.

Ainda em relação ao contexto de pesquisa, utilizaremos para o estudo os PPPs do PRMS da Universidade Federal de Goiás, que se realiza no Hospital das Clínicas (HC/UFG). Isso se deve ao fato de que existem dois programas que ofertam Residência Multiprofissional em Saúde no estado de Goiás, ambas localizadas em Goiânia (GO). O primeiro deles é o PRMS do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG) e o segundo PRMS do estado de Goiás é o da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) e tem como suporte pedagógico a Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago (ESAP-GO).

A proposta de projeto original de pesquisa pretendia utilizar todos os PPPs do estado de Goiás, com o objetivo de conseguir realizar um estudo com um maior recorte territorial e amplitude de dados e informações. Pretendia, portanto, abordar dois programas diferentes, com a mesma base legislativa de normativas e orientações, mas que objetivamente possuem suportes pedagógicos diferentes: o PRMS da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás (SES-GO), que possui suporte educacional da ESAP-GO, e o PRMS do Hospital das Clínicas, com suporte educacional da UFG. Contudo, apesar das solicitações formais, a ESAP-GO não disponibilizou o acesso aos PPPs do PRMS da SES (GO) para o desenvolvimento da pesquisa. Já para o acesso aos PPPs do Hospital das Clínicas da UFG, não encontramos impedimentos.

⁴A portaria nº 376, de 3 de abril de 2020 do Ministério da Educação (MEC) autoriza as aulas do ensino emergencial remoto nos cursos de educação profissional técnica de nível médio, enquanto durar a situação de pandemia do novo coronavírus - Covid-19.

⁵As informações podem ser confirmadas no pronunciamento do presidente Jair Messias Bolsonaro à nação no dia 24 de março de 2020. Disponível em "https://youtu.be/VI_DYb-XaA". Essas informações também possuem como referência as notícias da CPI da COVID, uma investigação sobre as ações e omissões do presidente Jair Messias Bolsonaro na condução do enfrentamento à situação pandêmica da COVID 19 disponível em "<https://g1.globo.com/politica/cpi-da-covid/>"

Sendo assim, essa dissertação será organizada em três capítulos, sendo o capítulo 1 a discussão sobre a Educação em/na Saúde e a Residência Multiprofissional, em que os aspectos desse processo formativo na área da saúde serão detalhados. Abordamos os aspectos da historicidade e da organização da Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia educacional. Silva (2016; 2018) e Dallegrave (2008) mostraram-se como importantes referências para fundamentar a discussão do objeto de estudo, tendo em vista que suas pesquisas em relação à RMS tiveram destaque em âmbito nacional. Nos apoiamos também em Freire (1971), Freitag (1987) e Gomide (2013) para referenciar as discussões em relação às concepções sobre educação como espaço de pensamento crítico e caráter emancipatório. Discutimos a importância, funcionalidade e intencionalidade dos Projetos Político-Pedagógico. Para tanto, utilizamos Demo (1994; 1995), Veiga (1995; 2012) e Resende (1995) como fundamentação teórica para a discussão deste instrumento.

No capítulo 2, intitulado “Sistema Único de Saúde: determinações sócio históricas e organização”, discutimos o SUS enquanto política pública e abordando as suas determinações políticas e sócio-históricas. Além disso, discutimos os impactos da atual sociedade capitalista na ordem neoliberal nesse campo. Como fundamentação teórica sobre os impactos neoliberais e a sociedade capitalista utilizamos Marx (1985; 2011), Harvey (2005) e Netto (2012). Sobre saúde pública, nos apoiamos em Paim (2001; 2008; 2018), Fleury (2009) e Ceccim (2012). Ainda neste capítulo, abordaremos a discussão sobre o neoliberalismo de terceira via e das organizações sociais na saúde. Essa discussão possibilita identificar os interesses institucionais e organizacionais que permeiam os espaços em que o objeto de estudo dessa pesquisa está localizado.

No capítulo 3, apresentaremos o mapeamento da produção bibliográfica sobre a temática do ano de 2005 a 2021, realizada nas bases de dados do site *Scientific Electronic Library Online* (SciELO)⁶ e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD)⁷ a fim de investigar trabalhos de revisão sobre o tema, além de resultados de pesquisa e possíveis lacunas.

O estudo de caso dos PPPs do HC-UFG, no capítulo 4, está organizado em três subitens, de acordo com as categorias de análise propostas pela autora Kramer (1997), que propõe três categorias de análise, para melhor compreensão dos aspectos que permeiam PPPs. São elas: *autoria, texto e público*.

⁶SciELO é uma base de dados que apresenta coleções temáticas em saúde pública, ciências sociais e biodiversidade, abrangendo periódicos científicos nacionais nos países da América Latina e Caribe, Espanha, Portugal e África do Sul.

⁷ A BDTD apresenta coleções de teses e dissertações de instituições de ensino e pesquisa do Brasil e de Portugal.

1. Educação em Saúde e a Residência Multiprofissional: O processo formativo na área da saúde

Neste capítulo do trabalho, abordaremos a intersecção entre saúde e educação. Para isso partimos da concepção teórica de que o processo formativo é o alicerce da construção dos conhecimentos profissionais na sociedade contemporânea. E é aqui que de fato apresentaremos o que é a Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia educacional, e abordaremos aspectos de sua historicidade e organização. Apresentaremos também os atores que existem nesse "universo residência". Este estudo levará em consideração “a educação em saúde como um processo que vai muito além das práticas educativas restritas a indivíduos, grupos ou populações” (MELO, 2008, p. 23).

No diálogo sobre essa estratégia educacional, ainda nesse capítulo, discutimos a importância, funcionalidade e intencionalidade dos Projetos Político-Pedagógicos (PPPs). Isso considerando que será por meio deles que faremos nosso estudo de caso. Traremos a discussão dos aspectos políticos desses PPPs e também apresentaremos o mapeamento da produção bibliográfica da temática desde o ano de 2010, bem como as principais discussões presentes neles.

1.1A Residência Multiprofissional em área da saúde: aspectos históricos e organizacionais

Conforme Paim (2018, p.1724), o SUS dispõe de uma rede de instituições de ensino e pesquisa, além de universidades, institutos e escolas de saúde pública que estão diretamente envolvidas com as secretarias estaduais e municipais de saúde, com o Ministério da Saúde e outras agências e fundações. Para o autor, “essa rede contribui para a sustentabilidade institucional, pois possibilita que um conjunto de pessoas adquiram conhecimentos, habilidades e valores vinculados aos princípios e diretrizes do SUS (PAIM, 2018, p. 1724).

Gomide (2013, p.3) explica que podemos considerar a educação na área da saúde como uma prática social, também cientes de que “é na relação do ser humano com a natureza, por meio do trabalho que a humanidade vem construindo, formando, produzindo cultura e adquirindo plena e precisa consciência de suas possibilidades”. Independente do âmbito em que se dá a educação, ela é, antes de tudo, uma prática de liberdade, no sentido que a ausência de debate sobre a educação implica a fragilidade das instituições democráticas e a noção de emancipação social. Nesse sentido, a ideia de processo formativo tradicional, de modo geral impactada pela desvinculação da realidade, reduz os meios possíveis ao aprendizado. Para

Freire (1971, p. 94), a educação vinculada à vida traz vivências e experiências muito significativas aos processos educacionais. O autor explica:

Não seria, porém, com essa educação desvinculada da vida, centrada na palavra, em que é altamente rica, mas na palavra milagrosamente esvaziada da realidade que deveria representar, pobre de atividades com que o educando ganhe experiência do fazer, que desenvolveríamos no brasileiro a criticidade de sua consciência (FREIRE, 1971, p. 94).

A partir de Freire (1971) e Gomide (2013), entende-se que a educação transcende as rígidas divisões da área de saber, articulando-se à multiplicidade de fenômenos da realidade social: inclusive a saúde e a sociedade. Freitag (1987) explica que a educação em saúde se apresenta como uma doutrina pedagógica baseada em uma filosofia de vida, em uma concepção de homem e de mundo. Em relação a isso, Melo (2008, p.21) aponta que as concepções dominantes em saúde resultam de duas visões acerca da sociedade: a objetivista e subjetivista. Ele explica que em ambas tem-se o mesmo entendimento de que “a educação em saúde é tomada como um instrumento” e, portanto, seria um meio, uma técnica que teria por finalidade “educar” os indivíduos para que estes pudessem prevenir a doença, manter e melhorar a sua saúde e, assim, a da sua comunidade (MELO, 2008 p. 21).

De fato, é importante entendermos sobre as convergências e divergências entre essas correntes de tendências, principalmente porque impactam e determinam aquilo que se entende por educação em saúde. Conforme Melo (2008), nas correntes subjetivistas, por exemplo, a educação tem como objetivo principal a formação e desenvolvimento de “consciências sanitárias” da população em geral. Para o autor, em contrapartida a isso, nas tendências mais objetivistas, há uma busca por criar uma cultura de mudança: “mudando comportamentos desejáveis ou em mudar os indesejáveis” (MELO, 2008, p.21).

Na visão do autor Gadotti (2000, p.3), abordar as perspectivas da educação significa também “falar, discutir, identificar o espírito presente no campo das idéias, dos valores e das práticas educacionais que as perpassa, marcando o passado, caracterizando o presente e abrindo possibilidades para o futuro”. Além disso, muitas perspectivas teóricas que orientam e permeiam as atuais práticas poderão desaparecer (ou permanecer), conforme múltiplos fatores.

Segundo Melo (2008, p.22), deve-se pensar a educação no âmbito da saúde além de uma concepção puramente instrumental, mas “um fenômeno constitutivo das relações sociais, processo de produção e reprodução da existência”. Nesse sentido, pensar a educação não é “propor programas, ações de intervenção pedagógica que se acrescentam ou se integram às

práticas de saúde”, por exemplo. Isso é justamente o que caracteriza as práticas tradicionais dominantes já que, nessas ações, a educação em saúde “é tomada por um dever”, o que pode ou não ocorrer a depender da vontade dos indivíduos. São concepções que estimulam a polarização de profissionais, à medida em que uns defendem a educação em saúde como “apanágio de soluções para os problemas de saúde” e, outros, “negam a prática educativa, por considerá-la inócua ou ineficaz” (MELO, 2008, p.23).

No próximo capítulo, poderemos aprofundar em relação à essa questão, mas para o momento cabe ressaltar que é na conjuntura de uma sociedade capitalista de regressão de direitos sociais e em um contexto de privatização e desmonte das políticas sociais e públicas que a saúde está inserida, e conseqüentemente, a residência multiprofissional. Para Streck (2012), a educação, apesar de estar longe de conseguir elucidar todas as atribuições que lhe são apresentadas, possui papel político e, por isso, não pode furtar-se de sensibilizar os indivíduos dessas complexas questões da sociedade moderna (SAVIANI, 2011).

Portanto, nesse estudo de caso consideramos a ideia de que pensar educação em saúde não diz respeito a propor programas e estratégias pedagógicas pontuais. E sim de considerarmos a educação em saúde como um processo, que vai para além de práticas educativas restritas a indivíduos sem qualquer mediação e ou impacto da realidade social em que se realiza. Requer, portanto, pensar a educação em saúde como processo educacional diante a mediação das relações sociais com a totalidade de suas determinações.

Dallegrave (2008)⁸, autora referência em estudos sobre Residência Multiprofissional no Brasil, reconhece esse difícil contexto no qual a residência está inserida e remete o desenvolvimento dessa modalidade de ensino a uma "efervescência". Isso fica claro quando nomeia seu artigo com o tema “No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da Residência Multiprofissional em Saúde”. Essa é uma informação que traremos como ponto de partida para essa parte da discussão: a de que a a residência está inserida em um cenário desafiador de atuação.

Neste trabalho, a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) será por muitas vezes tratada somente com essa nomenclatura, a de "residência", tendo em vista que é a forma como é popularmente conhecida nesse universo. Isso se deve ao fato de que o profissional passa longos períodos no local de atuação e remete à noção de residir na instituição. A residência configura uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* voltada à educação em

⁸ A autora atuou como professora adjunta da Universidade Federal de Goiás, e ministrou disciplinas no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HC-UFG/Ebserh entre os anos de 2017 a 2019.

serviço, na modalidade presencial, cuja responsabilidade divide-se entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC). Essa cooperação interministerial criou a Residência Multiprofissional com o objetivo da inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS.

§2º As Residências Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde a que se refere o caput deste artigo constituem programas de integração ensino-serviço-comunidade, desenvolvidos por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, visando favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, preferencialmente recém-formados, particularmente em áreas prioritárias para o SUS (BRASIL, 2012)⁹.

A residência multiprofissional considera como categorias profissionais aptas para inserção dos programas a Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. E, mesmo constituída como modalidade multiprofissional, ainda carrega características dos programas médicos: o recebimento de uma bolsa no valor de R\$ R\$4.106,09 mensais,¹⁰ a carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e a duração mínima de 2 (dois) anos.

No Brasil, essa modalidade de ensino surgiu atribuída à especialização médica - criada com o objetivo de constituir modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Regulamentada por meio do Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977 e caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, a residência surgiu atrelada a instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

Apesar de a regulamentação ter surgido em 1977, desde 1976 já existiam programas brasileiros de residência médica, sendo estes no Centro de Saúde Murialdo em Porto Alegre (RS), no Projeto Vitória em Vitória de Santo Antão (PE) e no Serviço de Medicina Integral da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (RJ). Os primeiros programas de Residência surgiram fortalecendo o sentido tradicional de medicina curativa e privada centrada no modelo biomédico de saúde (DALLEGRAVE, 2008).

⁹Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-res-ol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192. Acesso em 22 de abril de 2022.

¹⁰A proposta inicial do projeto deste estudo apresentava como valor mensal de R\$ 3.330,00. Esse valor teve reajuste em 1 de janeiro de 2022. O valor foi reajustado por meio da portaria interministerial nº 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>

Todavia, o atual modelo de residência multiprofissional (incluindo outras áreas da saúde para além da medicina), só surgiu décadas depois instituída por meio da Lei nº 11.129, de 30 de Junho de 2005¹¹. Nessa lei, instituiu-se a Residência em Área Profissional da Saúde, definida 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, com exceção da médica. Além disso, direcionou a responsabilidade de forma intersetorial e conjunta entre os setores da educação e da saúde e apresentou a intencionalidade de formação de qualidade a jovens profissionais da saúde, particularmente em áreas prioritárias do SUS.

Art. 13. Fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida 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. § 1º A Residência a que se refere o caput deste artigo constitui-se em 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. § 2º A Residência a que se refere o caput deste artigo será desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde. Art. 14. Fica criada, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, cuja organização e funcionamento serão disciplinados em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde (BRASIL, 2005).

Também nessa mesma lei foi criada a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja responsabilidade pela organização e funcionamento aparece de forma disciplinada em ato conjunto dos Ministérios da Educação e da Saúde. Atualmente, a organização e funcionamento da CNRMS segue as orientações detalhadas na Portaria Interministerial nº 7, de 16 de setembro de 2021. Essa portaria dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da comissão. De acordo com essa portaria, a CNRMS constitui um órgão colegiado de deliberação que tem por finalidade principal atuar na formulação e execução do controle da residência.

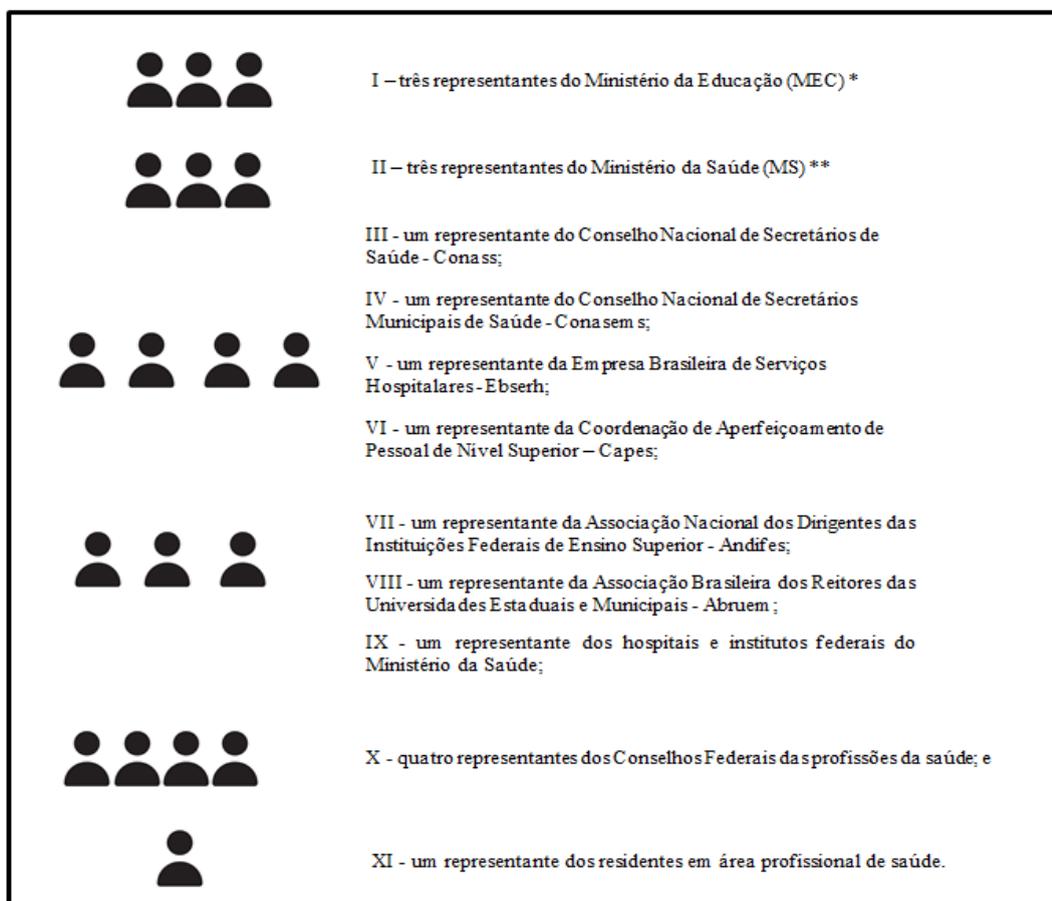
O Quadro 1 demonstra a atual composição da CNRMS, que possui dezoito membros e seus respectivos suplentes e possui as competências de regular, supervisionar e avaliar as instituições e os programas de residência multiprofissional e uniprofissional; credenciar instituições e autorizar os programas habilitados para oferta de vagas; e registrar certificados com validade nacional, com especificação de categoria e área de atuação do programa.

Para além da CNRMS, existem vários atores envolvidos no funcionamento e na estrutura da implementação do PPPs dos PRMS, tais como a coordenação da Comissão de

¹¹ Instituiu 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.

Residência Multiprofissional (COREMU) de cada programa de residência (responsável pela parte administrativa, organizacional e de funcionalidade), o Núcleo Docente-Assistencial Estruturante (NDAE), também particular a cada PRMS e responsável pela parte didática e pedagógica, bem como suporte em relação a parte teórica). A seguir, entenderemos a função dos atores envolvidos nessa estratégia educacional conforme a resolução CNRMS nº 2 de 16 de abril de 2012.

Quadro 1. Composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) no ano de 2022.



Fonte: Elaboração própria

O NDAE já foi descrito anteriormente no texto, a estrutura de sua composição é do coordenador do programa, representantes docentes, tutores e preceptores de cada área de concentração do programa. Vejamos, no Quadro 2 que o NDAE aparece sem qualquer ligação direta com qualquer dos atores, isso porque de acordo com essa resolução é o responsável por dar suporte pedagógico a todos os envolvidos.

Os docentes são os responsáveis por desenvolver e ministrar aulas e atividades pedagógicas teóricas. Ou seja, responsáveis pelo desenvolvimento da parte teórica e teórico-práticas da Residência , que significa 20% das 60 horas semanais. Além disso, tem a

responsabilidade com as orientações e avaliações dos trabalhadores de conclusão de curso. Esses docentes podem dar aula para uma única categoria profissional, como dar aulas para turmas multiprofissionais.

Os tutores são aqueles que desenvolvem atividade de orientação acadêmica dos preceptores e residentes. Essa tutoria é exercida de forma presencial por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. Segundo Botti e Rego (2008) os tutores são aqueles profissionais que possuem como papel de guiar e de facilitar o processo de ensino-aprendizagem centrado no aluno, além de atuar na revisão da prática profissional, sendo esses, de área e ou de núcleo. No Quadro 2, ilustramos dois exemplos de tutoria, a de núcleo e a de área.

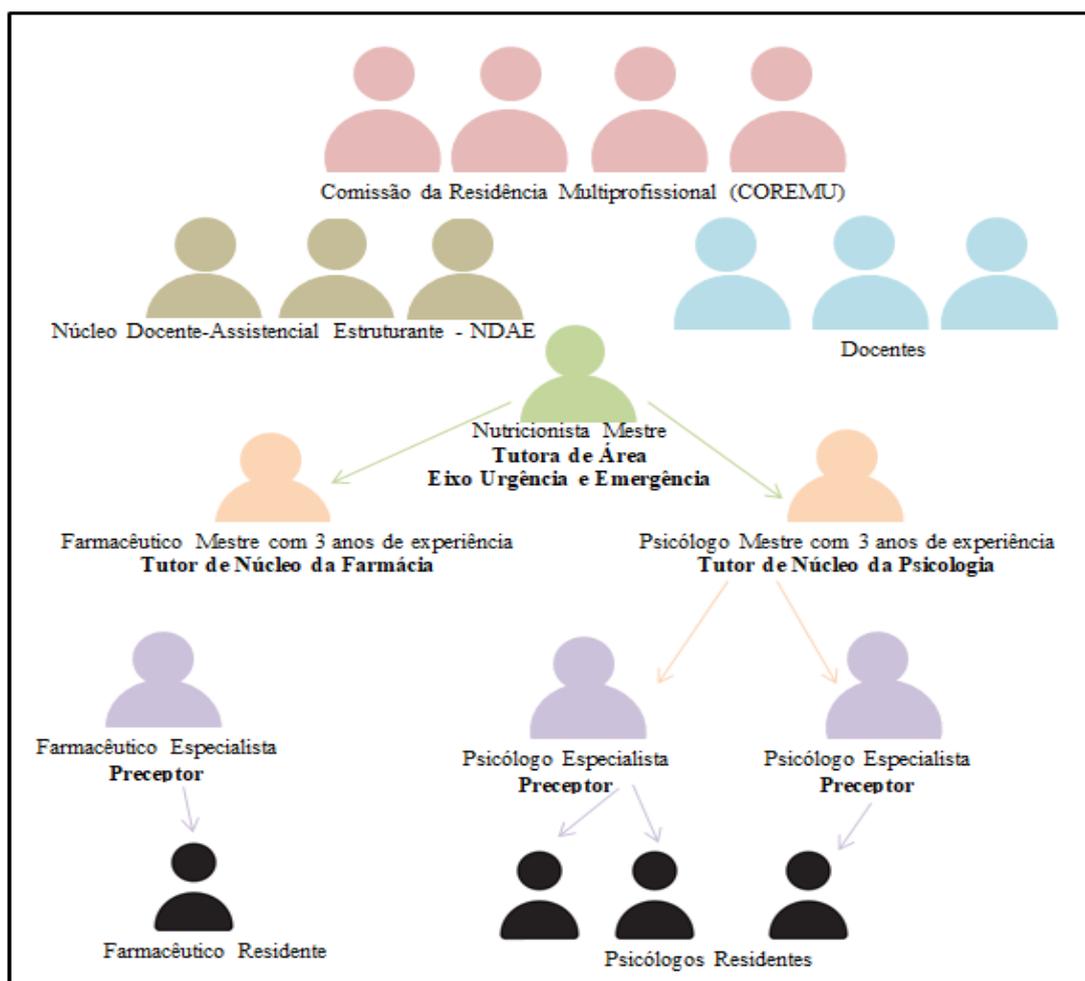
O preceptor caracteriza-se, na legislação, como aquele profissional que realiza a supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde, em que se desenvolve o programa. Essa função deve ser exercida por profissional vinculado à instituição proponente com formação mínima de especialista. Os preceptores são aqueles que ensinam a clinicar por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas, são eles quem integram os conceitos e valores da escola e do trabalho (BOTTI; REGO, 2008, p. 365). No art 13 da resolução resolução CNRMS nº 2 de 16 de abril de 2012 há a exigência de que o preceptor seja, necessariamente, da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática. No Quadro 2, ilustramos como exemplo duas categorias profissionais distintas, com seus determinados profissionais preceptores com uma ligação direta com os profissionais residentes.

Essa ligação, no Quadro 2, entre o profissional residente e o preceptor foi também separada por categorias. A intencionalidade é demonstrar que o profissional residente de uma determinada categoria profissional só poderá ter a preceptoria de um profissional da mesma categoria profissional que ele. O que não impede que um mesmo profissional preceptor exerça a preceptoria de mais de um profissional residente. O preceptor é aquele profissional que, via de regra, deverá estar próximo do profissional residente, acompanhando e orientando suas atividades. A resolução CNRMS nº 2 de 16 de abril de 2012 impõe que esse preceptor tenha no mínimo a titulação de especialista para exercer a preceptoria.

O Art 15 desta mesma resolução também determina que o profissional de saúde que ingressar em Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde receberá a denominação de Profissional de Saúde Residente, popularmente conhecido como residente". O profissional residente é aquele profissional de saúde com curso de graduação na área da saúde concluído e que esteja matriculado na residência multiprofissional. Esse

profissional se insere na residência de acordo com as vagas e ofertas dos programas e que, pela proposta da residência, terá acompanhamento de um preceptor. Convém também dizer uma outra questão sobre essa nomenclatura particular a residência multiprofissional é a de que aquele residente que está no primeiro ano de residência é conhecido como "R1", aquele residente que está no segundo ano de Residência como "R2", o terceiro ano de "R3" e após esse período é chamado de "R+.

Quadro 2. Exemplo de composição de Residência Multiprofissional em Área da Saúde.



Fonte: Elaboração própria

No Quadro 2, exemplificamos uma parte da composição de um programa de residência multiprofissional, com os principais atores, para melhor compreensão dos aspectos organizacionais. Na parte de cima, inserimos a COREMU. No sentido de demonstrar que hierarquicamente é a maior instância dentro da instituição que oferta um programa de residência. Abaixo da COREMU, inserimos o NDAE e os profissionais docentes. A quantidade de pessoas nesses 3 locais, é meramente ilustrativa. Não quer dizer que o NDAE é

composto por 3 profissionais, e tão pouco que 3 docentes serão responsáveis por inúmeras categorias profissionais. Abaixo do NDAE e dos docentes, inserimos o tutor de área, com uma categoria profissional e área de concentração hipotética: Nutricionista, Urgência e Emergência.

Criamos também, ainda no Quadro 2, ligações entre o tutor de área e os tutores de núcleo. A intenção foi ilustrar contato, troca, referência. Isso porque a proposta da residência supõe que assim seja. É necessário perceber que um tutor de área de uma categoria profissional poderá acompanhar as atividades de outras diversas categorias, diferentes da sua. Entre os tutores, o único que precisa necessariamente ser da mesma categoria profissional é o tutor de núcleo, que está ilustrado abaixo do tutor de área. Esses tutores são separados por áreas, suas funções já foram descritas acima e também inserimos uma ligação entre ele e os preceptores. Inserimos também, o exemplo de que o mesmo preceptor pode preceptorar mais de um profissional residente.

Em relação ao local em que se realizam, e considerando que a residência se propõe a estabelecer como espaço de atuação desde as instituições de saúde da atenção primária até aquelas que compõem a atenção terciária, é necessário relembrar essas atenções em saúde, que serão melhor detalhadas no capítulo 2 deste estudo. Mas cabe lembrar que a Atenção Primária é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). E a Atenção Terciária ou de alta complexidade designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. Organiza também procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, como oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, traumatologia, neurocirurgia, e diálise. Ou seja, o profissional residente poderá estar inserido em diferentes espaços de atuação do SUS ao longo desses 2 anos em que está inserido atuando tanto na promoção de saúde quanto na recuperação.

Ainda como particularidade do desenvolvimento da residência, cabe enfatizar que na Resolução nº 5 de 7 de novembro de 2014 estabelece que os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde na modalidades multiprofissional será desenvolvida com 80% (oitenta por cento) da carga horária total sob a forma de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas- com garantia das ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social- e 20% (vinte por cento) sob forma de estratégias educacionais teóricas” (BRASIL, 2014).

Segundo a Resolução CNRMS nº 2 de 13 de abril de 2012, os programas de residência devem ser orientados por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar.

É nessa mesma resolução que há a determinação de que as instituições que oferecem os PRMS são as responsáveis pela elaboração do Projeto Pedagógicos (PP)¹² dos respectivos programas de pós-graduação *lato sensu*, em consonância com a legislação vigente. Os PPs devem ser orientados pelo desenvolvimento do núcleo específico dos saberes e práticas inerentes à cada uma das profissões em determinado campo de conhecimento e pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões. (BRASIL, 2012)

Dados de 2012 do Sistema da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SisCNRMS)¹³ apontaram que naquele ano havia a existência de 212 programas no país. No desenvolvimento do estudo, não conseguimos acessar dados mais recentes em relação a quantidade de programas, mas conseguimos acessar os dados da CNRMS que divulga quando há a ampliação das vagas. É inegável que a residência teve um crescimento ao longo dos anos, e resultante do processo de crescimento se deu também a organização dos profissionais envolvidos na realização dos Encontros de Residências em Saúde (ENRS). Os encontros tiveram início no ano de 2012, acontecem anualmente e reúnem profissionais de inúmeros programas no Brasil. Sua primeira edição do ENRS foi realizada em 2012, no Rio de Janeiro, que também sediou o evento no ano de 2018. Já houve encontros em Porto Alegre (2012), Ceará (2013), Recife (2014), Florianópolis (2015), Curitiba (2016), Olinda (2017), Natal (2019) e, de modo virtual em Brasília (2020).

Os ENRS constituem espaço de diálogo entre os atores que compõem a residência (residentes, preceptores, docentes, tutores, coordenadores e etc). Além disso, por propiciar o encontro destes, surge como uma alternativa para troca de experiências e discussões. Tem-se como produtos resultantes desses ENRS a elaboração de um relatório final, entendido como a Carta de Recomendações de cada evento/Carta Aberta que leva o nome da localidade em que houve a realização do encontro e apresenta sugestões para a qualificação e melhorias para

¹² Aqui foram nomeados como Projetos Pedagógicos e não Projetos Político-Pedagógicos para maior fidelidade ao texto legislativo, que utiliza essa forma de nomenclatura.

¹³ O Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (SisCNRM) é uma plataforma virtual do Ministério da Educação, cujo acesso é restrito, e reúne informações oficiais em relação aos PRMS brasileiros. Não foram encontrados dados em relação à quantidade de programas que estão ativos no ano de 2022.

essa proposta de ensino. Por exemplo, no ENRS de 2016, em Curitiba (PR), a construção dessa carta aberta pelos profissionais residentes descreve algumas necessidades relacionadas ao processo formativo. Entre as argumentações da carta em relação aos PPPs, os profissionais reivindicam que a participação de residentes no NDAE deve ser garantida com voz e reconhecimento, de modo que suas necessidades e demandas sejam consideradas, debatidas e efetivadas nas ações das residências nos respectivos programas.

E ainda em relação aos PPPs, essa carta sugere a inclusão no regimento de cada programa: a carga horária destinada para todas as atividades inerentes ao programa: estudo individual, trabalho de conclusão de curso, participação em eventos, grupos de pesquisa, reuniões de representação, em espaços de controle social, participação popular e movimentos sociais, de auto-organização e reuniões de equipe. (Carta Aberta de Curitiba, 2016 p. 24).

No dia 14 de fevereiro de 2020, o Fundo Nacional de Residência em Saúde¹⁴ (FNRS) também publicou uma carta direcionada às Entidades Representativas, Conselhos de Categoria Profissional, comunidade acadêmica, parlamentares, usuários do SUS e à sociedade brasileira". No texto dessa carta, afirmam que conforme deliberado em assembléia com mais de 250 residentes de todo país no dia 10 de Fevereiro de 2020 optaram por manifestar apoio a um Dia Nacional de Mobilizações e Paralisações no dia 03 de março de 2020, reivindicando dentre outras pautas: reajuste da bolsa-salário; redução e requalificação da carga horária sem redução da bolsa-salário; retomada imediata da CNRMS; retomada da realização dos Seminários Nacionais e Regionais; criação da Política Nacional de Residências em Saúde, de forma descentralizada e participativa (Carta Aberta de Curitiba, 2016 p. 24).

Mencionamos as cartas e suas principais argumentações a fim de situar reivindicações do âmbito da residência. Cabe ressaltar que as cartas não dizem respeito apenas às reivindicações trazidas por profissionais residentes, tendo em vista que o ENRS é aberto à participação de todos os atores que compõem a residência, e que vimos no Quadro 2.

Silva (2018), em seus estudos relacionados à residência apresenta fragmentações existentes nessa pós-graduação *lato sensu* aponta alguns elementos semelhantes àqueles presentes nas reivindicações das cartas. Um deles diz respeito à extensa carga-horária, de 60hs semanais, onde segundo a autora uma carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, ainda

¹⁴ O Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS) é uma instância organizativa e de articulação política dos residentes em saúde do Brasil na luta em defesa dos programas de pós-graduação *lato sensu*, na modalidade de ensino em serviço, que articula os setores da educação e da saúde, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Caracteriza-se como um espaço de encontro de trabalhadores da saúde em formação que possibilita compartilhar experiências, discutir ideários, propor ações em defesa de um SUS público (estatal), gratuito e socialmente referenciado. Organiza-se e atua de forma aberta e descentralizada, por meio dos Coletivos Estaduais, Regionais, Locais e Participações Individuais.

que associe atividades práticas e teórico-práticas, é “altamente espoliante, apontando para uma lógica inclinada à exploração do trabalho, em detrimento de uma proposta de formação para o trabalho em saúde” (SILVA, 2018, p. 203).

Diante desses apontamentos é importante lembrar que com a portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004 que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores houve iniciativas para o fortalecimento de estratégias formativas direcionadas aos profissionais do SUS. A residência multiprofissional também está inserida nesse campo de novas estratégias, mas apresenta características de precarização que devem ser consideradas. A saber, exige dedicação exclusiva, carga horária de 60hs semanais, e bolsa mensal incompatível com a carga horária. Diante disso, questiona-se até que ponto essa estratégia, no atual modelo como vem se desenvolvendo, visa um processo formativo de qualidade apresentando essas características ou escondem uma forma precarizada de suprir recursos humanos para as necessidades do serviço.

Os profissionais residentes inseridos nos programas recebem uma bolsa mensal no valor de R \$4.106,09. Essa bolsa não é tributável¹⁵ pelo Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), mas por ser contrato temporário implica na perda do recebimento de 13º salário, FGTS, insalubridade, estabilidade e direito de remuneração referente às férias anuais. Ou seja, apesar de a bolsa mensal se estabelecer hoje como uma remuneração acima da média do recebimento de algumas categorias profissionais¹⁶, se trata de uma proposta cuja carga horária é o dobro daquela recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). Ambas organizações indicam que a jornada de 30 horas semanais é a mais adequada para a área de saúde.

Nessa perspectiva, Silva (2016), aponta que é impossível ter uma formação coerente com os princípios basilares do SUS explorando a força de trabalho dos profissionais residentes. São duas coisas que não coexistem. À medida em que se utiliza residentes como “força de trabalho barata” e os usam como substitutos de trabalhadores efetivos, não há efetivamente uma proposta de formação com foco na integralidade no SUS. A autora explica que isso não quer dizer necessariamente que os residentes não aprendam com a experiência, mas que há “uma larga distância entre as possibilidades individuais, pessoais ou mesmo

¹⁵Conforme regulamento do Imposto sobre a Renda RIR/2018, art. 35, inciso VII, alínea “a”, aprovado pelo Decreto nº 9.580, de 22 de novembro de 2018 são isentos do imposto sobre a renda os rendimentos recebidos a título de bolsa de estudos.

¹⁶ Essa informação tem por base a média salarial da Psicologia e da Nutrição, apresentada na notícia disponível em <https://g1.globo.com/sc/santa-catarina/especial-publicitario/ampesc/admiravel-mundo-novo/noticia/2019/30318/salario-das-profissoes-25-cargos-com-descricoes-e-ganhos-medios.ghtml>. Acesso em 19 de março de 2022.

institucionais expressas em determinado coletivo que integra uma Residência Multiprofissional e a Residência como política de formação de recursos humanos para o SUS (SILVA, 2016, p. 219).

1.2 Projetos Político-Pedagógicos: intencionalidades e potencialidades

Os Projetos Político-Pedagógicos (PPP) da residência, como mencionado anteriormente, são de responsabilidade das instituições que oferecem os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Esse PPP deverá ser orientado pelo desenvolvimento do núcleo específico dos saberes e práticas inerentes a cada profissão, em determinado campo de conhecimento e orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões. (BRASIL, 2012)

Após sinalizarmos a relação dos PPPs com o objeto do nosso estudo, voltamos ao significado e a conceituação. O termo projeto vem do latim *projectu*, e significa lançar para diante. Projetar significa lançar-se, estender-se para fora. Para Veiga (2001) o conceitua Projeto Político-Pedagógico (PPP) como

[...] um instrumento de trabalho que mostra o que vai ser feito quando, de que maneira, por quem, para chegar a que resultados. Além disso, harmoniza as diretrizes da educação nacional com a realidade da escola, traduzindo sua autonomia e definindo seu compromisso com a clientela. É a valorização da identidade da escola e um chamamento à responsabilidade dos agentes com as racionalidades interna e externa. Essa ideia implica a necessidade de uma relação contratual, isto é, o projeto deve ser aceito por todos os envolvidos, dá a importância de que seja elaborado participativa e democraticamente (VEIGA, 2001 p. 110).

Dessa forma, pensar no PPP requer planejar, e pensar a partir do que é possível construir, o que ela pretende realizar como instituição, tendo em vista as necessidades dos mesmos, da comunidade e da sociedade. Este projeto nasce da necessidade de mudança, de correção de rumos. Propõe pensarmos que os PPPs externalizam e apresentam uma intencionalidade.

Veiga (1995) afirma que todo projeto pedagógico propõe rupturas com o presente e promessas para o futuro, se dedica a uma intencionalidade e vai além de planos de ensino e atividades. Um projeto pedagógico busca um rumo e uma direção com suas devidas intencionalidades e compromissos coletivos. Por isso, todo projeto pedagógico é político, principalmente pelo fato de que apresenta dimensão política quando assume compromisso com a formação de cidadãos para um tipo de sociedade (VEIGA, 1995, p.12).

A dimensão pedagógica é aquela em que há a possibilidade de construir estratégias de efetivação dessa intencionalidade. E, por isso, este estudo levará em consideração essa conceituação de Veiga (1995), a de que todo projeto pedagógico é político e assume uma intencionalidade relacionada à sociedade: a intencionalidade da formação do cidadão participativo, responsável, crítico e criativo. É, portanto, por meio do PPP que é possível observar e identificar as decisões coletivas e a organização da instituição de ensino. Segundo Veiga (1995), os PPPs constituem-se como “processos democráticos de decisões” e possuem como objetivo a preocupação de criar uma forma de organização do trabalho pedagógico que, principalmente, auxilie no detalhamento e pormenorização da atuação dos profissionais, orientando-os em seu dia-a-dia. Segundo Veiga (1995)

O projeto político-pedagógico, ao se constituir em processo democrático de decisões, preocupa-se em instaurar uma forma de organização do trabalho pedagógico que supere os conflitos, buscando eliminar as relações competitivas, corporativas e autoritárias, rompendo com a rotina do mundo impessoal e racionalizado da burocracia que permeia as relações no interior da escola, diminuindo os efeitos fragmentários da divisão do trabalho que reforça as diferenças e hierarquiza os poderes de decisão (VEIGA, 1995, p. 13).

O art 12 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) determina que os estabelecimentos de ensino, respeitando as normas comuns e as do seu sistema de ensino, terão a incumbência de elaborar e executar sua proposta pedagógica (BRASIL, 1996). Então, legalmente as instituições de ensino deveriam possuir a autonomia na construção desses PPPs. Partindo do pressuposto de que a construção dos PPPs exige a proposição de promessas para um contexto social futuro, cujos diferentes desafios para a efetivação das políticas sociais já foram citados anteriormente, é possível afirmar que os PPPs requerem a aceitação de que são propostas pedagógicas em permanente atualização e que não oferecem respostas imediatas e/ou definitivas. Pelo contrário, são construções coletivas que exigem a participação dos atores envolvidos e da dinâmica social.

A educação, assim como as demais políticas sociais, é alvo de extensos interesses. Sua estruturação, portanto, também se tornou um ponto de conflito sobre o que deve ser ensinado, de que forma deve ser ensinado e de como a aprendizagem deve ser avaliada. São propostas que podem fortalecer uma visão crítica de sociedade, mas que são ameaçadas cotidianamente por estratégias esvaziadas de educação, voltadas à lógica do mercado.

Veiga (1995) também reforça a ideia de que a construção do PPP é um instrumento de luta e de que é preciso ter consciência de que existe dominação na instituição de ensino, que são efetivadas principalmente por meio das relações de poder e se expressam por práticas

burocráticas de diferentes posições. (VEIGA, 1995 p.15). Isso se relaciona diretamente com o objeto que estamos estudando. Sobretudo quando consideramos os objetivos da residência, que é o de capacitar profissionais de saúde na promoção de atributos que possibilitem o exercício profissional com excelência nas áreas de cuidado integral à saúde.

Para além da construção do PPP tem a sua própria efetivação. Não se trata apenas de elaborar um documento, mas de implementar e materializar um processo crítico e de decisão coletiva. Sabe-se que o PPP não deve ser visto como instrumento definitivo, rígido, engessado, inquestionável e, por isso, a questão relacionada ao tempo é um fator a se pensar. Isso porque o PPP deve ser reavaliado constantemente. Bussmann (1995, p.38) afirma que "elaborado o projeto pedagógico, sua existência não encerra o processo nem acarreta resultado final. Ao contrário, sempre faz reiniciar a discussão no meio-termo entre "envolvimento e criatividade crítica", "avaliação e aperfeiçoamento".

Para este estudo avaliamos quatro PPPs, das áreas de concentração do Programa de Residência Multiprofissional em Área da Saúde do HC-UFG/Ebserh. São as áreas de concentração: 1) Materno-Infantil, 2) Urgência e Emergência, 3) Terapia Intensiva e 4) Hematologia e Hemoterapia. Ambos publicados no ano de 2019.

Utilizaremos os PPPs para alcançarmos nosso objeto e atingirmos os objetivos traçados para este estudo. O objetivo geral de identificar as principais características dos PPPs da Residência Multiprofissional na Área da Saúde; e os objetivos específicos de: a) identificar em que os PPPs da Residência Multiprofissional na Área da Saúde podem contribuir para a saúde pública; b) identificar sua contribuição efetiva enquanto estratégia educacional para atuar no SUS; c) identificar as potencialidades dos PPPs nesse processo educativo/formativo e; d) identificar as principais questões que os permeiam, tais como objetivos, embasamento legislativo, intencionalidades.

Além disso, e como questões secundárias, será possível identificar outras diversas questões a serem pensadas, tais como: Quem elabora esses PPPs? Os estudantes participam desse processo? Qual o protagonismo dos estudantes neste processo? Em quais condições são elaborados esses PPPs? A proposta de PPP traz como base quais fundamentações? Qual período que foi elaborado e reavaliado? Quais são as intencionalidades desses PPPs? Os estudantes têm acesso ao PPP antes de iniciar suas atividades? Esses PPPs são de livre acesso? E, além disso: Quais são os objetivos dessa proposta? Esses interesses são coletivos? Há uma relação estabelecida entre o objetivo do PPP e os objetivos do SUS? Há algum tipo de referencial teórico para esse PPP? Há uma observância em relação às particularidades de território e situação locorregional? Há um perfil do egresso? Há um perfil do quadro docente?

Kramer (1997 p. 23) quando discute propostas pedagógicas ou curriculares afirma que toda "análise supõe uma leitura". Leitura de textos falados e textos escritos, o que me permite dizer que os profissionais a que se destina uma dada proposta ou aqueles que irão avaliá-la são –ou precisam ser– seus leitores." Isso supõe pensar que antes de avaliar qualquer PPP da residência, é necessário realizar a minuciosa leitura documental desses instrumentos. E além disso, realizar estudo e leitura das publicações relacionadas ao tema de pesquisa. Desse modo, e para melhor compreensão do local em que essa residência se desenvolve, o próximo capítulo apresenta discussão acerca do SUS e dos seus aspectos organizacionais. Neste capítulo também é possível compreender as determinações que a saúde está emergida.

2. Sistema Único de Saúde: determinações sócio históricas e organizacionais

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui lugar de destaque nesta investigação, tendo em vista que a saúde é um direito de todos e dever do Estado conforme a lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Além disso, é no SUS em que as residências multiprofissionais se desenvolvem. Sabe-se que a consolidação desse sistema de saúde como um direito representa lutas de diversos atores e também um campo de disputas. Portanto, resgataremos aspectos históricos e organizacionais que compõem a consolidação desse direito, além de suas determinações sócio-históricas.

Esse capítulo apresenta a trajetória de construção da saúde pública no Brasil e tem por objetivo discutir a importância do SUS- sistema constituído por uma totalidade de ações e serviços de saúde pública, prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, e mantidas pelo Poder Público. Busca-se discutir as características do SUS enquanto sistema, tais como a sua efetivação como direito social, os desafios enfrentados, sua organização, suas contradições e potencialidades. Isso permitirá a familiarização com contexto em que são dadas as residências multiprofissionais, além da percepção sobre a importância das ações e serviços de saúde para a população brasileira. Assim como, o reforço da necessidade de profissionais capacitados e qualificados na realização da assistência em saúde desse sistema.

2.1 Direito à saúde pública

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, definiu a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade" (OMS, 1946). Essa definição demonstra enfoque ampliado, para além dos aspectos clínicos e físicos. Defendemos a concepção de que a saúde não é composta apenas por ausência de doenças, mas por dezenas de determinantes sociais de saúde. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) afirma que os determinantes sociais em saúde são "os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população" (BUSS; FILHO, 2007, p. 77).

É importante lembrar que os primeiros serviços de saúde pública do país surgiram por meio do decreto presidencial nº 4.682/1923, também conhecido como lei Elói Chaves. Esse decreto determinou a criação das caixas de pensões e aposentadorias (CAPs) desenvolvidas por meio dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e voltada aos trabalhadores

ferroviários que estivessem empregados na época. No art 9º, a lei Elói Chaves estabelecia que os empregados ferroviários que tivessem contribuído para os fundos dessas CAPs teriam direito aos socorros médicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habitassem sob o mesmo teto e sob a mesma economia e a medicamentos obtidos por preço especial.

É por meio das CAPs da década de 30 que o Estado passa a incorporar demandas de saúde associadas à uma política de proteção social, ou pelo menos primórdios de uma. Bravo (2009) ressalta que antes desse período já existiam intervenções estatais na área da saúde, mas associadas à filantropia e voltadas a campanhas limitadas, higienistas e também à vigilância do exercício profissional. Ou seja, apesar de essas intervenções estatais durante esse período já existirem, com o controle de algumas doenças, como a hanseníase e a tuberculose, é por meio do surgimento da lei Elói Chaves que se estabelece um marco no que diz respeito à saúde dos trabalhadores (BRAVO, 2009). Neste momento, o Estado reconhece sua responsabilidade e se compromete a ofertar serviços de saúde pública aos trabalhadores, ainda que de forma compartilhada. Ainda assim, a criação dos IAPs representou um avanço no que tange ao comprometimento estatal com a saúde dos trabalhadores.

Pode-se afirmar que as CAPs no Brasil se constituem como as primeiras aproximações da população com serviços de saúde pública e com modelos previdenciários de assistência, tendo em vista que incluíam benefícios previdenciários e assistência médica e farmacêutica, aos trabalhadores e seus familiares. As CAPs tinham financiamento triplo, entre a União, as empresas empregadoras e os empregados. Portanto, mesmo que de forma compartilhada e assumindo apenas uma parte do financiamento, o Estado passa a ter uma postura de corresponsabilidade e de reconhecimento das demandas em relação à proteção social.

Conforme Bravo (2009), as empresas foram responsáveis pela organização das CAPs, principalmente aquelas com melhores condições financeiras. Uma de suas características principais corresponde ao fato de que os benefícios aos quais os trabalhadores tinham direito eram diretamente proporcionais às suas contribuições, o que submetia cidadãos à margem de critérios para essa garantia do direito à saúde. A autora explica que o sistema dependia de grandes empresas, tendo em vista que só os grandes estabelecimentos tinham condições de custeá-las. Bravo (2009, p 90) cita que a proporcionalidade dos benefícios eram previstos em uma série de serviços, tais como “assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral”.

Em relação aos serviços de saúde pública das CAPs, havia a cobertura apenas do acesso à saúde de pessoas trabalhadoras do setor ferroviário com vínculo empregatício formal e contribuintes, o que não representava um acesso universal à saúde. Sendo assim, para acessar aos serviços de saúde pública havia a exigência da contribuição ou da inserção formal no trabalho. Ou seja, as demais categorias profissionais, a população mais pobre, os desempregados, os não contribuintes e os trabalhadores informais não obtinham esses serviços. Este é um dos pontos que merece destaque no resgate da historicidade da saúde pública, tendo em vista que os serviços de saúde eram prestados à população que poderia pagá-los na época. Por um lado, aos contribuintes. Por outro, aos que contratavam serviços particulares de saúde. Desse modo, a população mais pobre esteve vulnerável ao adoecimento.

Pode-se afirmar que a trajetória da política pública de saúde no Brasil veio se configurando por meio de avanços e desafios, sobretudo numa sociedade que não tinha, até então, a demarcação da saúde como direito. Esse direito ao acesso estava condicionado às relações de trabalho com carteira assinada, e sobretudo, condicionado à renda. Até o ano de 1945, ocorreram diversas modificações no que diz respeito a essa oferta de serviços, tanto previdenciários como os de saúde pública, além de alterações entre os modelos de caixas de aposentadorias e pensões. Trata-se também de um período em que houve a crescente participação política dos trabalhadores, pois corresponde ao período que antecedeu a ditadura militar (CARVALHO, 2013). Somente em 1960 que se promulga a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que amplia e uniformiza os benefícios de cobertura previdenciária a todos os trabalhadores contribuintes. Ou seja, não apenas àqueles trabalhadores ferroviários. Essa promulgação da LOPS faz parte da história da saúde pública, pois se pode dizer que seu surgimento se deu por meio das CAPs.

Em um momento posterior, houve um outro marco em relação à história da saúde pública no Brasil: a 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1963. Até esse momento, a história da saúde pública estava muito associada e atrelada a previdência social. é portanto nesse evento que surgem temas como a situação sanitária da população brasileira daquele período, a distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal¹⁷. As duas principais bandeiras dessa conferência foram a consolidação de um sistema de saúde para todos como direito de todos os cidadãos e a

¹⁷ É possível ter acesso a esse conteúdo por meio do relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/relatorios-cns/1488-relatorio-final-da-3-conferencia-nacional-de-saude>. Acesso em 12 de maio de 2021.

organização descentralizada deste sistema, com protagonismo aos municípios (CARVALHO, 2013). Nesse sentido, surgem os primórdios do atual SUS.

Em meados da década de 1970, no período de redemocratização do Brasil pós ditadura militar, surgiu o Movimento de Reforma Sanitária (MRS)¹⁸. Paim e Fleury (2009) compreendem o MRS como importante estratégia política, além de um processo de transformação institucional. Para os autores, esse projeto, que já ultrapassa três décadas, faz parte da luta pela democracia e tem como grande marco a garantia constitucional do direito universal à saúde e a construção institucional do SUS. Isso porque a Reforma Sanitária brasileira priorizou a noção da saúde conforme um “caráter dual”, o que significa entendê-la como “a possibilidade de ser tomada, ao mesmo tempo, como valor universal e núcleo subversivo da estrutura social” (FLEURY, 2009, p. 476). O autor explica:

Como valor universal, torna-se um campo especialmente privilegiado para a construção de alianças suprapartidárias e policlassistas. Como núcleo permanentemente subversivo da estrutura social, indica uma possibilidade sempre inacabada em um processo de construção social de uma utopia democrática (FLEURY, 2009, p. 476).

Essa organização popular denominada MRS desencadeou discussões inovadoras, para a realidade brasileira, entre a Sociedade Civil e o Poder Público, cuja concepção política e ideológica tinha como proposta a luta por um novo modelo de saúde pública. Essa mobilização possibilitou, em 1976, a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), instituição que organizava o Movimento de Reforma Sanitária. Em 1979, criou-se também a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) que elaborou o documento que fundamentou as discussões na realização das Conferências Nacionais de Saúde e tem relevância nos estudos sobre saúde até os tempos atuais.

Para compreender o MRS, Paim (2008) indica alguns aspectos conceituais que perpassam: a ideia, a proposta, o movimento, o projeto e o processo da Reforma Sanitária Brasileira, de maneira a não esgotar estratégias, ações e intenções para uma nova Política de Saúde Pública:

[...] era uma ideia que se ia plasmando na medida em que se procedia a uma crítica ao sistema de saúde durante a ditadura. Foi uma proposta inicialmente apresentada

¹⁸ O movimento da Reforma Sanitária surge no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças que o movimento visava não abarcavam apenas o sistema de saúde, mas defendia uma série de transformações nas condições de vida da população. Esse movimento era composto por profissionais da saúde, pesquisadores, estudantes e outros segmentos da sociedade. Um marco para esse movimento foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, onde, entre inúmeras disputas, as propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

pelo Cebes, trazendo um conjunto de princípios e proposições [...]. Foi, também, um movimento, mobilizando um bloco de forças políticas, ideológicas e sociais, além de um projeto, [...], consubstanciado um conjunto de políticas articuladas que requerem uma dada consciência sanitária, uma participação da cidadania e uma vinculação com as lutas políticas e sociais mais amplas. É ainda um processo, porquanto a proposta e o projeto formulados não se contiveram nos arquivos nem nas bibliotecas, mas se transformaram em "bandeiras de luta" de um movimento, articulando práticas (política, ideológica, científica, técnica e cultural) e tornando-se História (PAIM, 2008, p.314,, grifos do autor).

Ou seja, o propósito desse Movimento era de interesse coletivo pela universalização da saúde, “aparecendo como uma parte intrínseca da luta pela democracia, assim como a institucionalização da democracia aparece como condição para garantia da saúde como direito de cidadania” (FLEURY, 2009, p.747, grifos nossos). Ou seja, o intuito do Movimento perpassa a “democratização da vida social e [...] uma Reforma Democrática do Estado [...] comprometida com a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos” (PAIM, 2008, p.28).

Para o Movimento de Reforma Sanitária, a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 também teve grande importância. O evento contou com a presença de cerca de 4.500 delegados de todo o país e foi realizado em Brasília (DF). Algumas propostas aprovadas durante o evento, tais como a defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado, a defesa da criação de um sistema único, descentralizado, e a concepção ampliada de saúde.

Cabe ressaltar que a concepção ampliada de saúde, defendida por esse Movimento diz respeito a uma visão que a considera para além das patologias. Ou seja, considera um conjunto de fatores que incidem e determinam o processo saúde-doença, tais como melhores condições de vida e trabalho, os determinantes sociais, e os acesso a bens e serviços em todos níveis de atenção à saúde e a práticas de promoção de saúde. A partir dessa concepção de saúde, a criação do SUS, foi orientada pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular. Isso porque o MRS não atuava apenas na defesa de serviços de saúde pública, mas na defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais.

Na Constituição Federal de 1988 (CF de 88), a saúde consolida a proposta de saúde como "direito de todos e dever do Estado" (Brasil, 1988), consagrando valores democráticos ao SUS. É nesse passo que o SUS ganha notoriedade e se constitui essencial à saúde pública brasileira. Conforme Paim (2018, p. 1724), trata-se de um sistema que nasceu inspirado em valores como “democracia e emancipação”. Isso porque esse sistema de saúde era apenas uma das pautas da agenda da reforma sanitária, que apresenta como proposição a instalação de um

movimento político, de maior amplitude, com capacidade de produzir mudança na estrutura da sociedade capitalista e comprometido com um modelo de sociedade que vise diminuir as desigualdades sociais e as más condições de vida da população brasileira. Por esse motivo, o SUS configura um sistema que teve esses valores em sua proposta de surgimento.

É inegável que a efetivação do direito à saúde, materializado sobretudo no SUS, é fruto de um importante momento de luta da classe trabalhadora brasileira e expressa uma concepção emancipatória de saúde e de direito social de grande influência do Movimento de Reforma Sanitária mas que o torna alvo de ofensivas desde a sua regulamentação. Posto que, na sociabilidade do capital as necessidades humanas e todas as dimensões da vida assumem a forma mercadoria, ou seja, a mercantilização da saúde também é visada, para que assim o capital obtenha todo seu potencial lucrativo. Isso ocorre através da venda e da compra direta de serviços de saúde, a exemplo dos planos privados de saúde, ou através da medicalização da vida. Em ambos, os processos de saúde estão sustentados em uma lógica curativa e medicalizante (ROSADO; FREITAS, 2020).

Essa mercantilização da saúde será abordada de forma mais aprofundada no próximo item deste capítulo do estudo, mas para entendermos a consolidação do SUS como direito social cabe enfatizar as disputas e interesses em disputa. Em relação a essas disputas de interesses na saúde, Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) identificam três projetos distintos e antagônicos que disputaram a orientação e os rumos da política de saúde no Brasil até o presente momento, de modo que o Movimento de Reforma Sanitária fortalecia as lutas populares e posicionamentos políticos críticos e contrários ao modelo médico assistencial previdenciário, hegemônico no país até a construção do SUS.

O Movimento de Reforma Sanitária possuía apoio das universidades, de pesquisadores, associações, sindicatos e das entidades que pensavam a saúde coletiva no Brasil como CEBES e a ABRASCO; também foi influenciado pelo processo da reforma sanitária italiana; e “pelo novo pensamento em saúde latino-americano que, na época, discutia e formulava um novo referencial para a explicação do processo saúde-doença: o modelo da determinação social” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018: 9). Já o projeto privatista, muito engendrado ao longo do período da ditadura militar (1964-1985), fortalece uma visão mercadológica de saúde como uma oportunidade e um espaço de lucratividade a ser explorada. Esse projeto encoraja setores privados nacionais e internacionais através da articulação em torno de um amplo “complexo financeiro industrial médico, hospitalar, farmacêutico e de insumos” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018: 10).

Então é no Art. 196 da CF de 1988 que a saúde pública surge como um direito universal, de cidadania e de responsabilidade do Estado. Este deve provê-la, além de possuir o dever de prestar os serviços que atendam às necessidades de saúde da população. Ainda na Carta Magna, é perceptível a incorporação do conceito ampliado de saúde, contrapondo ao modelo biomédico voltado para a lógica curativista. Como citado anteriormente, o conceito ampliado de saúde reconhece a saúde para além do bem-estar físico. Isso porque, conforme Arouca *apud* Kruger (2010), a saúde não é simplesmente a ausência de doença, mas um bem estar social. O autor explica que envolve questões como trabalho, alimentação, acesso à educação, dentre vários outros. Ele cita:

é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como a violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo (AROUCA *apud* KRUGER, 2010 p. 47).

Em seguida, com a lei nº 8.080/1990 instituiu o SUS como a concretização do conteúdo presente na CF de 1988 que prevê a prestação de ações e serviços públicos de saúde organizados de modo integrado, regionalizado e hierarquizado conforme citamos anteriormente. Contudo, a proposta de SUS consolidada à época foi um sistema único pensado ao longo de décadas por diversos movimentos sociais, profissionais de saúde, estudantes e pesquisadores brasileiros (MACHADO, 2018).

Pelo fato de o SUS ser um sistema único, exige também adaptações contínuas. Gradativamente, o SUS vem sendo implementado por meio de leis, decretos e normativas. Esse arcabouço legal tem objetivo de organizar, regulamentar e normatizar as ações e serviços de saúde. É, portanto, por meio da lei nº 8080/1990, que dispõe da promoção, proteção e recuperação da saúde que são elencados os objetivos e atribuições do SUS, além das funções da União, Estados e Municípios, bem como da participação social no que tange à gestão do SUS.

Além disso, o SUS traz como princípios fundamentais a universalidade, a equidade e a integralidade. A universalidade representa o fato de todos os cidadãos terem direito à saúde, independente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Nesse sentido, as ações e os serviços de saúde devem ser garantidos a toda a população. Já a equidade, trata do objetivo do SUS na redução das desigualdades, investindo mais esforços e

mais recursos onde mais precisam. Por fim, por meio da integralidade, o SUS considera as pessoas como um todo, atendendo a totalidade de suas necessidades: em diferentes áreas, por meio de atendimento multiprofissional e articulação da saúde com outras políticas públicas e serviços (BRASIL, 1988).

A universalidade perpassa o "direito de todo cidadão brasileiro ter acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde", que interferem naquela lógica seletiva em que os serviços de saúde estavam sendo ofertados à população e com uma desigualdade histórica que classificava os brasileiros em cidadãos de primeira e segunda classe” (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p.222). A integralidade “se refere ao reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, trazendo como consequência a não-fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores socioeconômicos e culturais como determinantes da saúde [...] um modelo integral de atenção” (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p.224). Compreende-se a equidade como uma igualdade qualificada pela justiça (CARVALHO, 2013); como, também, “é o respeito à garantia de que os indivíduos sejam tratados de forma igual em todos os níveis de atenção” (SALES, 2019, p.58).

Portanto, o SUS traz em seu percurso histórico ganhos que impactam na saúde de toda a população, rompendo um caráter excludente da política de saúde que anteriormente era garantida apenas à parcela da população inserida no mercado formal de trabalho. Define em seus princípios e diretrizes, uma política de saúde universal, com acesso a serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção à saúde. São nesses níveis de atenção à saúde em que há a consolidação da integralidade. Isso porque existe a atenção primária, a de média complexidade e a de alta complexidade, além dos serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica (PAIM, 2018).

Esses níveis de atenção em saúde, citados por Paim (2018), são organizados de acordo com a tecnologia que ofertam aos serviços de saúde, cuja definição dessa nomenclatura foi dada por meio do Ministério da Saúde, de acordo com a complexidade dos serviços de saúde. A atenção primária é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre as demais atenções, primária e terciária, e é comumente conhecida como de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência.

Já a atenção terciária ou alta complexidade designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. É a responsável pelo atendimento e procedimentos que exige acesso a alta tecnologia ou alto custo, como oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, traumatologia, neurocirurgia, diálise (para pacientes com doença renal crônica), otologia (para o tratamento de doenças no aparelho auditivo). (BRASIL, 2001)

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG), local em que esse estudo se destina a estudar a residência multiprofissional por meio dos PPPs, é um hospital público que realiza atendimento de forma gratuita pelo SUS. Vinculado à UFG e caracterizado como hospital universitário e/ou hospital escola, o HC está localizado tanto no nível de atenção secundária quanto na atenção terciária do SUS. Isso porque desenvolve desde exames preventivos e atendimentos ambulatoriais quanto cirurgias de alta complexidade como a de redesignação sexual.

Além dos atendimentos diretos à população usuária do SUS, o HC também é espaço permanente de atividades de pesquisa e extensão da universidade, e uma referência no que diz respeito à formação para os estudantes de graduação e da pós-graduação. Portanto, contribuindo para o tripé ensino, pesquisa e extensão. Essas informações são importantes para uma melhor compreensão dos serviços realizados pela instituição e também da funcionalidade para o ensino dos estudantes da comunidade UFG.

As informações em relação às especificidades dos locais e serviços em que os profissionais residentes do HC-UFG estão inseridos serão detalhados nos próximos capítulos. Cabe, ao momento, compreender a natureza desse espaço em que as atividades da residência são exercidas, além do grau de complexidade das demandas às quais esse sistema de saúde responde. Nestes níveis, são inseridos os profissionais ingressantes da residência. A fim de exemplificar, realizamos uma busca sobre alguns cenários de prática desses profissionais, o que demonstra como esses profissionais podem, ao longo desses dois anos, transitar entre diversas unidades de saúde entre os três níveis de atenção à saúde. A seguir:

Por exemplo, a Residência Multiprofissional que se realiza em Brasília, no Distrito Federal, sob suporte pedagógico da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Essa escola de saúde oferece vagas em distintos programas. Dentre eles, Saúde Mental do Adulto, Saúde Mental Infantojuvenil, Saúde do Adulto e Idoso, Urgência e Trauma, Enfermagem Centro Cirúrgico, Cuidados Paliativos, Terapia Intensiva, Atenção ao Câncer, Gestão de Políticas Públicas para a Saúde, Nefrologia em Rede, Atenção Cardíaca, e etc. Para

compreender ainda mais essa questão, pesquisamos os cenários de atuação de um profissional residente inserido em alguns desses programas ofertados pela ESCS.

Em um desses programas apontados e realizados pela ESCS, o de Atenção ao Câncer, o profissional residente desenvolve suas atividades nos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRADs), no Hospital de Apoio de Brasília (HAB), Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF) e no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN).¹⁹ Ou seja, ao mesmo passo em que um determinado período de sua Residência esse profissional está exercendo suas atividades no IHBDF, um grande centro de alta complexidade em oncologia do Distrito Federal, em um outro período, realiza suas atividades nos NRADs que corresponde à referência para cuidados paliativos em âmbito domiciliar, como o sistema de referência para as unidades hospitalares que integram a rede de saúde desta Secretaria. Significa dizer que esse profissional residente realiza atendimento domiciliar aos usuários do SUS, mas também em unidades de saúde hospitalares e de alta complexidade.

Outro exemplo de programa com distintos cenários aos quais os profissionais residentes estão submetidos é o de Saúde Mental Adulto, também realizado pela ESCS. Dentre os locais em que desenvolvem sua Residência, estão o Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas (CAPS-ad) III Samambaia, CAPS-ad III Rodoviária, CAPS-AD III Ceilândia, Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e outros. Oferece ainda, como cenários optativos: a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Brasília e o Ambulatório Transsexual (AmbTrans). Desse modo, o profissional residente desse programa realiza suas atividades em unidades de atenção básica especializadas em atendimento de pessoas com dependência de álcool e outras drogas, no hospital referência em saúde mental do DF e, em outro momento, no AmbTrans que é um Ambulatório de Assistência Especializada às Pessoas Travestis e Transexuais no DF. A realidade dos PRMS do Distrito Federal descritas acima resumem a realidade de diversos outros programas no Brasil.

Como um segundo exemplo de diversidade desses cenários de Residência, pode-se citar também o Programa do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná CHC/UFPR²⁰. Consideramos relevante trazer como exemplo, dentre os programas ofertados pelo CHC/UFPR, o programa de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso do CHC/UFPR. Nesse programa, um determinado profissional residente realiza suas atividades entre os

¹⁹ Essas informações foram obtidas no <http://Residenciamulti.escs.edu.br/index.php/programas/#1558497772971-efb2ad4b-e3dd>. Acesso em 03 de fevereiro de 2022.

²⁰ Essa informação foi obtida no <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/chc-ufpr/ensino-e-pesquisa/ensino/Residencia-multiprofissional/CENRIOSDEPTICAATUALIZADOSETEMBRO2020.pdf>

demais cenários no Centro de Terapia Semi Intensiva Adulto, Unidade Referenciada e Centro de Terapia Intensiva Cirúrgica Adulto, Comissões Temáticas do Conselho Municipal de Saúde e Unidades Básicas de Saúde. Sendo assim, esse residente desenvolve suas atividades em locais de Controle Social como o Conselho Municipal de Saúde, assim como em unidades de terapia intensiva e semi-intensivas, tais como UTI's.

Não há uma intencionalidade de comparação entre os espaços de saúde, tendo em vista que os entendemos como igualmente relevantes ao sistema único de saúde. Ao explicar suas especificidades, objetiva-se tornar nítida a diversidade de campos e cenários dentre as instituições de saúde dos níveis de atenção do SUS, às quais se inserem os profissionais residentes do país.

Como o exemplo citado acima, o PRMS do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná apresenta como um dos cenários de atuação da Residência o Conselho Municipal de Saúde, que é um órgão colegiado, deliberativo e permanente do SUS e que existe em cada esfera de governo. Do ponto de vista objetivo, não serão realizados procedimentos clínicos em um Conselho Municipal de Saúde, mas atividades de controle social pelos profissionais de saúde. Desse modo, fica mais perceptível entendermos que a residência exerce suas atividades nos mais distintos espaços do SUS.

Como um último exemplo, é importante citar mais um programa do CHC/UFPR, o de Atenção à Oncologia e Hematologia. Esse programa oferece como cenário a Internação do Transplante de Medula Óssea e Unidade de Quimioterapia de Alto Risco²¹ entre outros diversos locais. Esse procedimento consiste na substituição de uma medula óssea doente ou deficitária por células-tronco hematopoéticas normais obtidas da medula óssea, com o objetivo de normalizar a formação e desenvolvimento das células sanguíneas. Constitui um procedimento de alta complexidade, que é ofertado pelo SUS, e constitui cenário de atuação de diversos profissionais residentes, incluídos os desse programa mencionado.

Para além dos serviços já mencionados nesses exemplos de cenários, também é relevante reconhecer o que esse Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde do SUS oferta. Na lista publicada em abril de 2021²², são serviços ofertados: diversos tipos de transplantes, cirurgias reparadoras (da face, decorrentes de mutilações, traumas ou queimaduras graves), cirurgia bariátrica (para os casos de obesidade mórbida), cirurgia reprodutiva e cirurgias de transexualização, reprodução assistida, genética clínica, terapia nutricional, distrofia muscular

²¹ O Transplante de Medula Óssea (TMO) é considerado o único tratamento capaz de curar a anemia falciforme e incorpora-se como procedimento no Rol de Serviços e Eventos do SUS, publicado anualmente.

²² Disponível em https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/o-que-seu-plano-deve-cobrir/Anexo_I_Rol_2021RN_465.2021_RN473_RN478_RN480.pdf

progressiva, osteogênese imperfeita (doença genética que provoca a fragilidade dos ossos), e fibrose cística (doença genética que interfere na funcionalidade de vários órgãos do corpo causando deficiências progressivas) (BRASIL, 2000).

Entre os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade ganham destaque ainda as biópsias, a quimioterapia, a radioterapia, a hemoterapia, a ressonância magnética e a medicina nuclear, além do fornecimento de medicamentos de alto custo, criação de órteses e próteses. Esses serviços mencionados fazem parte desse rol de serviços ofertados pelo SUS a todos os brasileiros, de acordo com o conceito de universalidade presente na constituição.

Então existe toda uma rede (composta não só pela atenção primária, secundária e terciária, mas também por bancos de sangue e outros) que compõem o SUS não só para o desenvolvimento das ações, mas para a prestação desse rol serviços em saúde e carrega como princípios organizativos: a regionalização, a hierarquização e a descentralização. Sendo assim, os serviços são organizados de acordo com as particularidades de cada uma das áreas geográficas do país, assim como descentralizados e redistribuídos entre os três entes da federação: a União (representada pelo Ministério da Saúde), os estados e os municípios e o Distrito Federal que devem visar a atenção integral à saúde, para além de cuidados assistenciais (BRASIL, 1988).

O SUS também oferece serviços pouco conhecidos pela população²³. Dentre eles, o Serviço de Vigilância Sanitária que trabalha na vigilância de alimentos, medicamentos, produtos biológicos, vacinas, hemoderivados, órgãos, tecidos para transplantes, produtos médico-hospitalares, odontológicos, laboratoriais, órteses, próteses, saneantes, produtos de higiene, perfumes, cosméticos, serviços de saúde e relacionados à saúde, controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras. As competências de fiscalização são determinadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e atuam diariamente na regulamentação e na concessão de licença de bens e serviços que toda a população utiliza. (BRASIL, 1999)

Outro serviço desenvolvido pelo SUS que merece destaque é o Serviço de Vigilância Epidemiológica. É por meio deste serviço que são proporcionadas as informações necessárias para conhecer, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores condicionantes do processo saúde-doença, com a finalidade de recomendar, oportunamente, as medidas indicadas que levem à prevenção e ao controle das doenças. (BRASIL, 1990)

²³Para essa afirmação é importante considerar a notoriedade que o SUS ganhou no ano de 2020 com a situação pandêmica da COVID 19, que se dá por meio da contaminação do vírus SarsCOV2. Durante o ano de 2020 e 2021, diversos jornais, revistas e as mídias sociais compartilharam ações pouco conhecidas do SUS e fortaleceram o reconhecimento desse sistema para a população e, principalmente, nesse contexto pandêmico. Tais como as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saneamento básico, criação, controle e aplicação de vacinas.

Além disso, dois subsistemas do SUS²⁴ merecem ser considerados nesse texto. O primeiro deles, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, prevê ações a população indígena, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. O segundo deles, o Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar que inclui nas ações do SUS a modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. Esse subsistema está direcionado a população usuária do SUS em situação que impeça o atendimento nas unidades de saúde (BRASIL, 1990).

No próximo item deste capítulo apresentamos aspectos relacionados à sociedade capitalista e ao neoliberalismo, bem como de suas determinações na política de saúde, e consequentemente no SUS. Reconhecer esse contexto é necessário para entendermos os atuais desafios da efetivação do SUS, principalmente se considerarmos os trabalhadores emergidos no cotidiano da execução dessa política.

2.2 SUS e suas determinações na sociedade capitalista sob a ordem neoliberal

A questão da construção e efetivação do SUS de fato público e universal tem condicionantes e determinações conjunturais, e sobretudo, relacionados a interesses econômicos, que reforçam os espaços dos mercados no setor saúde, deslocando-os das necessidades em saúde. A saúde, assim como as demais políticas públicas no modo de produção capitalista são frutos de embates entre as classes sociais e possuem natureza contraditória, visto que ao mesmo tempo em que expressam avanços para as classes subalternas no âmbito da emancipação política, também favorecem os interesses do capital, no sentido de reprodução da força de trabalho.

Rosado e Freitas (2020) ressaltam que, para analisar o direito à saúde na sociedade capitalista contemporânea, é preciso considerar as contradições inerentes à sociabilidade do capital. Isso porque nesse modelo de sociedade é impossível a plena expansão dos direitos sociais, por sua própria lógica de funcionamento, que se funda na propriedade privada e imprime em todas as esferas da vida um caráter de valor de troca, demonstrando assim a incompatibilidade com a lógica dos direitos sociais sustentados numa perspectiva de cidadania.

²⁴Significa que faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS) mas como um subsistema, criado pela lei nº 8142/1990.

Silva (2016) considera que o SUS é integrante desses processos sociais mais amplos que se correlacionam. No sentido em que “a política de saúde brasileira e, no seu interior o trabalho em saúde, por atender a interesses coletivos que se relacionam diretamente com os interesses e com a reprodução da classe trabalhadora, exigem interpretação crítica e histórica” (SILVA, 2016 p. 200). E por isso faz-se necessário, antes de discutirmos qualquer processo formativo de educação em saúde, reconhecer essas contradições da sociedade capitalista nessa política social em questão.

Marx (1985) será base para refletirmos sobre essa sociedade capitalista, além de representar contribuições significativas para a compreensão do nosso objeto de estudo. Isso porque ele analisa as desigualdades e antagonismos inerentes ao capital como relação social, desvendando-a em suas contradições. Entre seus apontamentos, há o de que na sociabilidade capitalista o processo de objetivação do trabalho sofre alienação. Essa alienação é produzida de forma intencional cujos objetivos são bem delimitados e direcionados ao acúmulo de capital, uma vez que os meios de produção ou instrumentos de trabalho são de propriedade privada. Ressalta que à medida em que trabalha sob o controle do capitalista, seu trabalho passa a pertencer a este. Para o autor, o capitalista cuida para que o trabalho e os meios de produção estejam em ordem, conforme sua vontade. Vejamos abaixo:

O capitalista cuida de que o trabalho se realize em ordem e os meios de produção sejam empregados conforme os fins, portanto, que não seja desperdiçada matéria-prima e que o instrumento de trabalho seja preservado, isto é, só seja destruído na medida em que seu uso no trabalho exija. Segundo, porém: o produto é propriedade, e não do produtor direto, o trabalhador (MARX, 1985, p. 154).

Por meio de Marx (1985), será possível localizar e compreender as contradições da sociedade capitalista e entender o processo de mercantilização e a obtenção de mais-valia. Nesse processo de mercantilização estão submetidos os trabalhadores e, principalmente, as relações sociais. Trata-se de discussões fundamentais à pesquisa, sobretudo as contradições presentes na sociedade sob a ordem neoliberal e as atuais determinações no âmbito dos direitos sociais, das políticas sociais e também a dos trabalhadores.

No que diz respeito ao neoliberalismo, Harvey (2005) fundamentará teoricamente esse estudo. Inicialmente, é importante ressaltar que o neoliberalismo é considerado uma teoria em que se defende que a liberação das liberdades e capacidades empreendedoras individuais promoveria o bem-estar humano, como por exemplo “o bem-estar humano pode ser melhor promovido por meio de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos à propriedade privada, livres mercados e livre comércio” (HARVEY, 2005, p. 4).

Desde 1970, esse pensamento liberal foi acolhido de forma mais significativa e, conseqüentemente, os mais diversos âmbitos (políticos, econômicos e sociais) foram abalados pelo neoliberalismo, além de abalar o próprio desenvolvimento das relações sociais e da promoção do bem-estar, como “as combinações de tecnologias, dos modos de vida e de pensamento, das atividades reprodutivas, das formas de ligação à terra e dos hábitos do coração (HARVEY, 2005, p.4)”.

As mais diversas relações foram ressignificadas pelo neoliberalismo, tendo em vista que este “sustenta que o bem social é maximizado quando se maximizam o alcance e a frequência das transações de mercado”, procurando portanto enquadrar todas as ações humanas no domínio das lógicas pertencentes ao mercado (HARVEY, 2005, p. 4). O domínio do mercado produz amplos efeitos sobre todos os âmbitos das relações sociais, desde o aumento da pobreza e das desigualdades sociais até a reorganização dos processos produtivos e do Estado, que passa a preservar e proteger uma estrutura institucional favorável a essas práticas. Além disso, o Estado também estabelece uma série de estruturas, por exemplo, “estabelece 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” (*idem*, 2005, p.2).

Então, a partir dessas ideias do neoliberalismo de Harvey (2005), o mercado seria predominante na provisão social, na qual participam em menor proporção a família e o Estado. Nesse contexto, cada um passa a se considerar como “um empresário de si mesmo”, ele passa a ser não mais um produtor de capital ou uma força de trabalho, mas a se considerar como a própria empresa-capital que deve gerar sua renda, seu trabalho, sua educação e, da mesma forma, sua saúde. Essas determinações do neoliberalismo, como já mencionado, são perceptíveis em todas às relações sociais e em todo o âmbito das políticas sociais.

Partindo disso, este estudo parte do pressuposto que em tempos neoliberais, há uma predominância de medidas hegemônicas e pensamentos modernizadores, focalizadores e o âmbito das políticas sociais sofre impacto direto destas. (HARVEY, 2005). Segundo Mota (1995), essas medidas modernizadoras privilegiam o mercado e o grande capital, além da defesa do processo de privatização e a constituição do cidadão consumidor.

A saúde é só uma das áreas das políticas sociais que sofre impactos dessas transformações societárias ocasionadas pela ordem neoliberal na sociedade capitalista. Para essa discussão, Netto (2012) será a principal referência. O autor defende a ideia de que é “inquestionável que a desregulamentação que o grande capital implementa desenvolve uma superacumulação” (NETTO, 2012, p. 417), mas ao mesmo passo que os novos processos

produtivos implicam em uma “extraordinária economia de trabalho vivo”, o que provoca justamente a elevação brutal da composição orgânica do capital “resultado direto na sociedade capitalista: o crescimento exponencial da força de trabalho excedentária em face dos interesses do capital [...] (NETTO, 2012 p. 417).

Para Netto, o mercado de trabalho vem sendo radicalmente reestruturado e as propostas de inovações levam à precarização das condições de vida da classe trabalhadora, uma vez que a ordem do capital tem interesse em manter o desemprego²⁵ e a informalidade. Para Netto (2012 p. 417), o projeto neoliberal resume-se na tríplice "flexibilização da produção, das relações de trabalho, da desregulamentação das relações comerciais e dos circuitos financeiros e da privatização do patrimônio estatal" (NETTO, 2012 p. 417).

Como já dito anteriormente, o neoliberalismo refere-se à retomada de forma intensa do ideário liberal, o qual defende a liberdade dos mercados, as liberdades individuais, a auto-regulação dos mercados, ou seja, a não interferência do Estado na economia. Não apenas na economia, mas também defende a mínima intervenção do Estado nas políticas sociais. Há a valorização de que o Estado interfira de forma a beneficiar o mercado em detrimento das necessidades sociais. Löwy (1999, p. 170) destaca que uma das características centrais do neoliberalismo é “fazer do mercado uma religião” em um processo ideológico. Isso porque “a sacralização do mercado transformou-se numa vitória ideológica do neoliberalismo, talvez a maior delas. A lógica mercantil está sendo aceita como uma lei da natureza, como um dado inquestionável [...]” (LOWY, 1999, p.170).

O que é necessário enfatizar é que desde a década de 1990, o Estado passou por redirecionamentos e determinações da ordem neoliberal. Apesar de a CF de 1988 apresentar avanços no que diz respeito à garantia de direitos sociais, ainda há impactos por parte do grande capital e de seus interesses de acumulação. Quando falamos sobre impactos por parte do capital, estamos falando principalmente de seus dirigentes. Sendo assim, esses impactos e essa pressão do capital pelo Estado mínimo ao social e máximo ao capital pressiona a realização de reformas.

Sendo que essa estratégia de reforma do Estado, ou contrarreforma, parte do suposto de desviar o Estado de suas responsabilidades e funções básicas e amplia sua presença no setor produtivo. Sendo assim, o Estado deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as

²⁵ Essa ideia é defendida por Netto (2012) com base na definição marxiana de exército industrial de reserva. Esse conceito, considera que a manutenção do desemprego é necessária na atual sociedade capitalista, uma vez que cria um exército reserva de trabalhadores.

atividades que antes eram suas. O setor privado, por sua vez, ganha espaço e notoriedade em diversas áreas, incluindo a saúde e a educação. O fortalecimento dos ideais neoliberais no Brasil "tem sido responsáveis pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação" (BRAVO, 2009 p.100). Com isso, a política de saúde e o SUS, mesmo que construídos como universais diante a constituição, apresenta uma disputa entre interesses públicos e privados.

Essa compreensão dos impactos neoliberais e das responsabilidades estatais com o setor público é imprescindível para o estudo proposto. Primeiro porque o objeto deste estudo aborda uma proposta de saúde pública, e, para além disso, de uma estratégia educacional. Ou seja, estritamente relacionado ao âmbito das políticas sociais e públicas e direitos sociais. Segundo, porque os impactos neoliberais nas relações sociais determinam as novas e atuais formas de sociabilidade, incluídas as formas de empregabilidade. Se considerarmos que o objetivo da Residência é a formação de profissionais para atuarem no SUS, essas determinações são ainda mais presentes. Isso porque diz respeito a um serviço que interfere diretamente na vida de uma grande parcela da população brasileira.

A política de saúde pública, ou o SUS, mais popularmente conhecido, constitui uma política social, sendo uma das únicas que propõe a universalização e que se apresenta com tamanha proporção de acesso. Para dar continuidade nas reflexões acerca dos impactos neoliberais é o momento de lembrar que as políticas sociais são formas de políticas públicas.

Pereira e Stein (2010) reforçam a ideia de que o caráter interventivo do Estado é perceptível por meio da política pública, em resposta às demandas da sociedade nas diversas áreas. Destacam-se duas políticas públicas com grande visibilidade, são elas: políticas sociais e políticas econômicas. A política social, que é a política a qual estamos tratando deve ser considerada a partir da perspectiva de sua múltipla causalidade. Isso é, enquanto processo e resultado das relações contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade, e também, inserida em uma arena de conflitos e lutas de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

O que é necessário reconhecer é o caráter duplo e contraditório da política social na atual sociedade capitalista sob a ordem neoliberal. É a política social que representa conquistas em relação à luta da classe trabalhadora e às reivindicações de suas necessidades. Ao mesmo tempo, também há um caráter usual e de coerção que estas exercem à medida em que garantem e respondem às necessidades do capital com a devida manutenção da classe

trabalhadora (BEHRING; BOSCHETTI, 2007), o que é o caso da política de saúde pública. Ao mesmo passo que caracteriza direito conquistado por meio de luta dos trabalhadores, serve também, contraditoriamente, para manter a saúde da classe trabalhadora necessária ao acúmulo de capital.

Neste cenário, neoliberal, as políticas sociais assumem características paternalistas, geradoras de desequilíbrio, custo excessivo do trabalho, e, sob a visão dessa ordem, devem ser acessadas via mercado, transformando-se em serviços privados (BEHRING, 2009). Dessa forma, cresce o fortalecimento do pensamento de que a privatização é uma solução e a melhor forma de ofertar serviços de cunho social. Nesse sentido, os benefícios, serviços e programas sociais, perdem o caráter de direitos sociais para se tornarem direitos do consumidor, ou de uma população que possa custeá-los. Daí as tendências de desresponsabilização e desfinanciamento da proteção social pelo Estado, o que, aos poucos, já que configura uma arena de conflitos, vai se tornando um Estado mínimo para os trabalhadores e um Estado máximo para o capital (NETTO, 1996).

Para Santos (2019), essa contrarreforma tem como objetivo impedir avanços sociais conquistados na CF de 1988, com ideários neoliberais para impactar a implantação de políticas sociais necessárias para a manutenção dos direitos sociais. Ou seja, quando vinculada ao mercado, ou outras medidas da ordem neoliberal, a saúde pública está submetida, entre outras determinações, às privatizações e ao subfinanciamento.

Sobre o subfinanciamento, são diversas dificuldades em relação aos recursos que o SUS enfrenta - que se agravaram com a Emenda Constitucional (EC) 95 de 2016, e suas medidas de austeridade econômica e congelamento de gastos públicos por vinte anos, a contar de 2018. Esse congelamento dos gastos públicos traz impactos diretos na vida da população brasileira. Isso porque no capítulo anterior já foram explicitados os programas e serviços de abrangência do SUS em território nacional.

Considerando a informação divulgada pelo IBGE de que em 2019 cerca de 71,5% dos brasileiros, ou seja, mais de 150 milhões de pessoas dependiam do SUS para tratamento. Significa dizer que a emenda constitucional impacta no desenvolvimento da política de saúde, pois despreza as necessidades de saúde da população, o impacto do crescimento populacional, a transição demográfica, a necessária expansão da rede pública, o impacto da incorporação tecnológica (crescente e cumulativa na área da saúde) e os custos associados à mudança do perfil assistencial determinado pela prevalência das doenças não transmissíveis e das causas externas e a própria inflação de saúde, superior aos demais setores da economia em âmbito internacional (MENEZES et al, 2019, p.63).

Constatamos que a política pública de saúde brasileira, com a vigência da EC 95/2016, nessa fase de desfinanciamento, fortalece um “descompromisso com os direitos de cidadania combinado com o desmonte do SUS evidenciado em aspectos recentes da política de saúde e da execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde” (FUNCIA, 2018, p. 96). Submetendo a precarização e descontinuidade daqueles programas e serviços do SUS que já existem.

As decorrências desse congelamento de gastos e desfinanciamento do SUS repercutiram e, ainda, repercutem severamente na política de saúde (MENEZES et al, 2019); situação essa, que compromete as atividades cotidianas desse sistema. Essa situação pode ser vista no atual contexto de pandemia, haja vista, que no Brasil “a maioria da população não tem acesso a políticas sociais de qualidade [...] não possui acesso às condições para confinamento e higiene adequada, estando, assim, mais exposta à proliferação e contaminação (CFESS, 2020, p.4).

É possível considerar que no SUS existem disputas entre interesses privados e públicos, além de que essa dualidade de interesses impacta diretamente no desenvolvimento do trabalho e dos serviços. Santos (2013) elenca obstáculos objetivos para a efetivação do SUS como direito social e aponta o subfinanciamento entre eles. O SUS hoje sofre desinvestimento na oferta de equipamentos de diagnósticos e terapêuticos nos serviços públicos de atenção básica de média complexidade, sendo que a oferta desses serviços pela rede privada é desproporcionalmente maior e se efetiva como complementar conveniada ao SUS²⁶. Mas, o que cabe ressaltar é que, uma vez que a rede privada está ofertando com uma proporcionalidade muito maior, perde-se o caráter complementar e assume centralidade. Desse modo, fere os princípios constitucionais originais.

o processo de contrarreforma do Estado trata-se da desestruturação do Estado e da perda de direitos, que enfatiza a criação dos denominados novos modelos de gestão, com o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, que resultou em privatizações no momento em que as empresas estatais foram transferidas para a iniciativa privada (BEHRING, 2008).

O domínio da rede privada na oferta desses serviços configura-se como uma vinculação da saúde ao mercado e aos interesses privados. Dessa forma, há um descumprimento do previsto na CF de 1988 e, conseqüentemente, uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização dos serviços de saúde em geral. O enfraquecimento do setor público e da proposta constitucional do SUS abre espaço para o fortalecimento de uma visão

²⁶ A lei nº 8080/1990 prevê em seu art 2º que a "a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar" (BRASIL, 1990).

de que a transferência das responsabilidades ao setor privado é uma solução. Há margem para diversas manifestações mercadológicas, nesse sentido.

Para Noronha e Soares (2001), essas estratégias mercadológicas são feitas por meio da privatização das estatais, descentralizando a execução de serviços como educação, saúde, cultura e pesquisa científica a um setor “público não-estatal” (NORONHA & SOARES, 2001, p. 3). Isso pode ser visto no atual governo, que em janeiro de 2020 apresentava um mapa com previsão²⁷ de cerca de 115 projetos de privatizações que incluíam aeroportos, ferrovias, parques nacionais e rodovias, além de leilões de 6 empresas estatais.

Do ponto de vista liberal, o Estado não conseguiria gerir com máxima competência e atuar de forma satisfatória sem as privatizações e, nesse sentido, defendem que essa prática é necessária para otimização de contas, valorização do mérito e pressuposto aumento de lucros. Por fim, os favoráveis às privatizações afirmam que as estatais são fonte de corrupção e têm seu desempenho prejudicado por negociatas políticas. O pressuposto fundamental que sustenta a ideia das privatizações é que o mercado é mais eficiente que o Estado na gestão de seus recursos. Para Harvey (2005), após os processos de privatizações e mercadificação desejados pelos neoliberais, há um espantoso aumento de renda e acúmulo de riqueza sob posse de poucas famílias: acentuando a acumulação por espoliação. Isso porque “a preocupação neoliberal com o indivíduo põe em segundo plano toda a preocupação democrática social com a igualdade, a democracia e as solidariedades sociais” (*idem*, p.95).

Da mesma forma, o processo de neoliberalização torna-se incompatível com a manutenção de direitos básicos. O argumento liberal é de que a regulação de direitos (como os direitos humanos, por exemplo) é uma iniciativa segregadora e, por conseguinte, em nada tende a contribuir para o desenvolvimento dos países. Harvey (2005) explica que, pela lógica liberal, a conquista de direitos por vezes se opõe aos interesses do mercado e à universalidade. Para o autor:

O universalismo parece funcionar particularmente bem com questões globais como a mudança climática, o buraco na camada de ozônio, a perda de biodiversidade pela destruição de habitats e coisas desse tipo. Porém seus resultados no campo dos direitos humanos são mais problemáticos, dada a diversidade de circunstâncias político-econômicas e de práticas culturais que há no mundo (HARVEY, 2005, p.95).

Como dito anteriormente, as relações trabalhistas e a saúde dos trabalhadores também

²⁷ Essa informação diz respeito à agenda das privatizações do presidente Jair Messias Bolsonaro. Disponível em <https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/01/31/mapa-das-privatizacoes-governo-tem-115-projetos-em-carteira-e-quer-leiloar-ao-menos-6-estatais-em-2020.ghtml>

foram impactadas por esta conjuntura, já que o trabalhador é o objeto de desejo do neoliberal. A própria culpabilização pelo seu insucesso financeiro e profissional é parte importante do neoliberalismo e de seu projeto político e econômico para o individualismo. As condições físicas, mentais e existenciais ficam em segundo plano quando este trabalhador é avaliado por entidades que lhe concedem “créditos e as condições para que ele pertença a este mundo”. Sua autonomia e liberdade servem não para avaliar suas condições de trabalho, mas para incentivá-lo a exigir cada dia um pouco mais de si.

Conflituoso por natureza, o neoliberalismo apresenta contradições econômicas e políticas que se tornam mais visíveis em situações de crises. Segundo Harvey (2005, p.99), “até este momento, essas crises têm sido prejudiciais localmente, mas administráveis globalmente”. Somente quando as crises forem mais acentuadas e em âmbito global, os contornos e implicações do neoliberalismo se tornarão mais claros, apontando a necessidade de sua extinção.

Portanto, essa reforma deixa claro que seu caráter não é meramente administrativo-institucional, apenas no bloco político e burocrático, mas está articulado à reestruturação produtiva, à retomada das elevadas taxas de lucro, da ampliação da hegemonia política e ideológica do grande capital. Tendo assim, um caráter político, econômico e ideológico como principal objetivo para preparar o país para o mercado mundial globalizado e altamente competitivo (SILVA, 2016, p. 39).

Estes e outros fatores apontam o quão permeada pela lógica neoliberal está essa temática. Considerando essa discussão, no próximo item deste capítulo trataremos do neoliberalismo e das estratégias de gestão nas instituições de saúde, entre elas, as Organizações de Saúde (OSs) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Isso será importante para reconhecermos o modelo de gestão da instituição em que se realizam as Residências desse estudo de caso.

2.3 O neoliberalismo e as novas gestões em saúde

O processo de neoliberalização, em si, já é incompatível com a defesa da manutenção e da ampliação dos direitos sociais. Harvey (2005) explica que, pela lógica liberal, a conquista de direitos por vezes se opõe aos interesses do mercado e à universalidade. Para o autor, o maior problema está na aplicação do universalismo no campo dos direitos humanos, cujas consequências são mais graves. Harvey aponta que nessa perspectiva, o universalismo parece funcionar particularmente bem com questões globais como a mudança climática, o buraco na

camada de ozônio, a perda de biodiversidade pela destruição de habitats e coisas desse tipo. Porém seus resultados no campo dos direitos humanos são mais problemáticos, dada a diversidade de circunstâncias político-econômicas e de práticas culturais que há no mundo (HARVEY, 2005, p.95).

Pode-se dizer que as relações trabalhistas e a saúde dos trabalhadores também foram impactadas por esta conjuntura, já que o trabalhador é o objeto de desejo do neoliberal. Segundo Montano e Duriguetto (2011), as contrarreformas operadas sob o comando da esfera financeira atuam pela eliminação dos serviços sociais e direitos trabalhistas viabilizados pelo Estado. O foco é a desregulamentação do trabalho, além de uma reestruturação da produção com o objetivo de reduzir os custos através da flexibilização do trabalho, a desterritorialização da produção, da privatização e da terceirização.

Sendo assim, e com base no que foi tratado nos itens anteriores deste capítulo, partimos do pressuposto de que o neoliberalismo possui um espaço de domínio desde a década de 1990. E que esse domínio vem impactando todos os âmbitos das relações sociais, e sobretudo, a efetivação das políticas sociais e direitos sociais. E é aí que o nosso objeto de estudo se faz presente. Isso visto que a Residência se trata de uma estratégia de formação no âmbito da educação em saúde. Ou seja, está relacionada a duas políticas sociais que sofrem as diversas determinações da ordem neoliberal discutidas até aqui.

E então, para seguirmos com a discussão, aqui trataremos de mais uma das especificidades neoliberais. Trata-se de estratégias em que o Estado se desresponsabiliza por buscar soluções a essas questões sociais. Esses chamados “Novos Modelos de Gestão em que a contrarreforma do Estado e o projeto privatista na política de saúde buscam novos formatos de gerir saúde são expressos através das Parcerias Público-Privadas, Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Essas formas, expõem formas de expropriação que através de “subvenções e isenções fiscais, avança sob o fundo público como uma nova forma de garantia de acumulação de capital” (BRAVO et al, 2018, p. 10).

Segundo Correia e Santos (2015), essas propostas surgem na agenda da contrarreforma, que teve por marco a criação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), em 1995, sob a presidência de Fernando Henrique Cardoso (FHC), que tinha, dentre outras funções transferir a execução das políticas públicas para os setores não estatais públicos, todavia regidos pelo direito privado. Essa estratégia reforça uma perspectiva meramente gerencial sob a justificativa de que as crises fiscais decorrem da

ineficiência do Estado, sendo o setor privado visto como um modelo de eficiência.

As Organizações Sociais (OSs), criadas em 1998, para executar atividades em diversas áreas. Entre elas a educação, meio ambiente, cultura e, também, a saúde. No campo da saúde, as novas modalidades de gestão criadas para execução dos serviços seguem as orientações expressas pelo Banco Mundial que, em 1991, lançou documento específico de diretrizes para o setor, segundo consta na medida em que prevê a participação do Estado como agência reguladora e preconiza “a descentralização da administração dos serviços de saúde, financiados pelo Estado, para instâncias não governamentais, estimulando, dessa forma, a atuação da iniciativa privada, na oferta de serviços para o setor” (CORREIA, 2015, p. 57).

As OSs surgem por meio da lei nº 9.637/1998 com contrato de gestão firmado entre o poder público e a entidade. Sendo que cabe a função de prestar um serviço público mediante repasse de recursos do Estado, dispensada a necessidade de concurso público para contratação de pessoal e de licitação para aquisição de bens e serviços. Ou seja, as contratações e a gestão dos serviços está submetida a lógicas privadas. Isso configura, portanto, a terceirização das funções do Estado para o terceiro setor. Uma proposta semelhante são as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), regulamentadas pela lei nº 9.790/1999. Surgem com a intenção de realizar a prestação de serviços de interesse coletivo. Ambas de natureza jurídica de direito privado, teoricamente sem fins lucrativos, foram criadas como estratégias para intervir na política de saúde.

Segundo Fernandes (2017), a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), em 2011, também é uma dessas estratégias da contrarreforma do Estado brasileiro na saúde e faz parte do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (Rehuf). A Ebserh surge como um novo modelo gerencial e de gestão aos Hospitais Universitários Federais (HUFs) com um discurso de um melhor desempenho destes que até aquele momento eram vistos como espaços com más gestões.²⁸

Conforme Sodré (2013), o governo federal autoriza a criação da Ebserh com a missão de redesenhar os hospitais universitários federais após diversas tentativas de solução para históricos problemas administrativos, estruturais e, principalmente, de regularização do quadro de servidores. Para Correia (2011), os ditos “novos modelos de gestão”, em que se incluem as já conhecidas OSs, são manifestações contemporâneas da contrarreforma, pois configuram repasse de recursos públicos ao setor privado permitindo a flexibilização da

²⁸ Disponível em <https://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/2012/05/hub-adere-nova-estatal-que-vai-gerir-hospitais-universitarios.html>. Acesso em 23 de janeiro de 2021.

gestão, dos direitos sociais e trabalhistas, além de ser a efetiva ação de privatização do que é público.

A Ebserh surge com essa proposta, a de contribuir estratégias de melhorias aos HUs e de regularizar os contratos de trabalho precarizados. Sabemos que essa proposta de melhorias e de contratações para os HUs é essencial para o fortalecimento do SUS, no sentido de contribuir para a estrutura física, regularizar os contratos temporários e em consequência promover melhorias ao serviço de saúde ofertado por esses HUs. Mas, convém notar que a entrega da gestão de hospitais públicos federais a uma empresa, no caso a Ebserh, representa uma forma de desresponsabilização do Estado com as políticas sociais. Para além disso, é uma forma de entrega de espaços públicos à dinâmica do capital e todas as características neoliberais que esta carrega e reproduz a lógica gerencial própria de empresas privadas.

Essa gestão, baseada em uma lógica empresarial, apresenta inconsistências no que diz respeito a alguns princípios propostos pelo texto constitucional, quando instituiu o SUS. Entre eles a regionalização, a participação social, a integralidade da assistência, entre outros. Isso porque a Ebserh é implementada ao mesmo tempo em que há evidências de que o modelo de gestão do SUS não tenha sido plenamente implantado, percebe-se que há uma contraposição entre dois modelos de gestão. Um orientado por uma lógica pública e outro orientado por uma lógica privada. (MENICUCCI, 2003)

Considerando que os objetivos deste estudo, não perpassam a intenção de avaliar avanços ou retrocessos da gestão Ebserh nos HUs, convém, para o momento reconhecer o fato de que no âmbito do direito social à saúde, a inserção da Ebserh na gestão dos HUs traz consigo os interesses que uma empresa privada tem. E nesse sentido, a perspectiva do direito passa a estar, cada vez mais, à serviço dos interesses da acumulação de capital. O que gera ameaças ao SUS gratuito, universal, de qualidade e que, pela legislação, é dever do Estado. Essas estratégias explicitam as prioridades e responsabilidades governamentais com a política de saúde.

Granemann (2012), aborda sobre essa questão de novas gestões em saúde, em que a Ebserh está incluída, denominando-a como uma forma de privatização imprevista. Ou seja, que não ocorre pela venda direta do patrimônio público, mas que, ainda assim, entrega os serviços públicos ao capital privado. Isso porque permite a alteração da dinâmica desses serviços as intencionalidade do mercado. As ideias de Batista (2011) também se alinham com as de Granemann (2012), tendo em vista que o autor aponta que essa é uma maneira

“mais elaborada e perversa” que a privatização clássica. Isso se dá porque o patrimônio continua sendo público, mas a sua administração e literalmente, a sua exploração, “é feita por grupos políticos organizados que o gerencia de acordo com os seus interesses e para atender as suas demandas políticas, particulares e coletivas” (BATISTA, 2011, p. 39).

Correia (2011, p. 43), quando discute esses novos modelos de gestão na saúde, apresenta sete argumentos para divergência da proposta, pois sua entrada no SUS “integra o processo de contrarreforma do Estado brasileiro; privatiza os serviços públicos; ameaça os direitos sociais; contraria a legislação do SUS; prejudica os trabalhadores; limita o controle social e propicia o desvio de recursos públicos”.

Atualmente, a Ebserh gerencia mais de 40 unidades de HUs no Brasil e se apresenta como a responsável pela contratação dos recursos humanos dessas instituições. O Hospital das Clínicas da UFG, local que esse estudo de caso tem como marco territorial, é um dos HUs cuja gestão é da Ebserh e é hoje o maior hospital público do estado de Goiás e um dos maiores hospitais universitários do país. É então sob essa lógica gerencial que a residência de que trata este estudo tem se estabelecido.

3.Revisão de literatura sobre Residência Multiprofissional em Saúde e Projetos Político-Pedagógicos

O levantamento bibliográfico permite que a pesquisa seja desenvolvida a partir do conhecimento já existente, sem repetir “o nível primário da descoberta da pólvora” (MINAYO, 2016, p.56). Com o objetivo de realizar levantamento bibliográfico sobre a temática deste estudo, realizamos a busca nas bases de dados do site *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO)²⁹ e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD)³⁰, a fim de investigar trabalhos de revisão sobre o tema, além de resultados de pesquisa e possíveis lacunas. Para essa busca, determinamos como recorte de tempo o período entre os anos de 2005 a 2021.

É importante ressaltar que a busca foi realizada com algumas palavras-chaves que serão aqui descritas. A busca por "projeto pedagógico" e "projeto político-pedagógico" apresentou quantitativamente um número bem mais significativo em relação à busca das palavras-chave "residência multiprofissional em saúde" e "residência multiprofissional em saúde e SUS". A busca por "projeto pedagógico" apresentou 11.358 resultados na BDTD e 265 na Scielo. A busca por "projeto político-pedagógico" apresentou 1.830 resultados na BDTD e 65 publicados na Scielo. Já a busca por "Residência Multiprofissional em saúde" apresentou 182 resultados na BDTD e 94 na Scielo, e a busca pelo termo "Residência Multiprofissional em saúde e SUS" apresentou 63 resultados na BDTD e 162 na Scielo.

É importante destacar que quando foi realizada a primeira busca com a palavra-chave "Residência Multiprofissional em saúde" na base de dados SciELO, com o recorte temporal de 2010 a 2021, a busca apresentou 94 resultados³¹. Após inseridos os critérios de exclusão (que serão descritos logo abaixo), a busca resultou em 56 publicações. Ou seja, é possível considerar que mesmo após 16 anos de Residência, ainda há um número reduzido de publicações com o tema.

Em seguida refinamos a busca nas bases de dados restringindo às obras publicadas em português³². E para alcançar resultados mais precisos, a busca booleana³³ foi utilizada como

²⁹SciELO é uma base de dados que apresenta coleções temáticas em saúde pública, ciências sociais e biodiversidade, abrangendo periódicos científicos nacionais nos países da América Latina e Caribe, Espanha, Portugal e África do Sul. O acesso nessa base de dados foi realizado entre outubro de 2020 a janeiro de 2021.

³⁰A BDTD apresenta coleções de teses e dissertações de instituições de ensino e pesquisa do Brasil e de Portugal.

³¹A abordagem aqui utilizada não considera como determinante o âmbito da pesquisa quantitativa, mas cabe considerar que se fosse realizada uma média anual, nessa base de dados, e em relação às produções sobre a temática durante esse período, seria a média de 18,8 artigos publicados por ano.

³²A busca em português foi realizada buscando alcançar resultados de produções do Brasil. Não foram encontrados resultados de pesquisas de Portugal.

³³Trata-se de um tipo de pesquisa que utiliza os operadores AND, OR e NOT na combinação de palavras-chave para adição, alternância ou negação entre os termos.

estratégia de pesquisa para as palavras-chaves: "Residência Multiprofissional em saúde", "projeto pedagógico", "projeto político pedagógico" e "Residência Multiprofissional em saúde e SUS".

Desse primeiro bloco de resultados, alguns critérios de exclusão foram utilizados. Foram excluídos: 1. Textos duplicados e/ou repetidos; 2. Textos incompletos; 3. Textos que não tinham relação com a temática³⁴; e 4. Livros e/ ou resenhas de livros. Consideramos como relevantes aqueles que apresentavam temas próximos ou semelhantes, e que consideramos que poderiam contribuir para o estudo. Desconsideramos aqueles estudos que apesar de se aproximarem dos termos pesquisados apresentavam conteúdos que fugiam do tema. Além disso, excluímos os estudos que tratavam de estratégias educacionais voltadas aos estudantes de graduação e estagiários. Isso porque este estudo trata de uma estratégia educacional no âmbito da pós-graduação *lato sensu*.

Após aplicar os critérios de exclusão, os resultados da busca apresentaram 206 (duzentas e seis) produções com discussões desse conjunto de palavras. Dessas 206 produções, dentre artigos, teses e dissertações, realizou-se o armazenamento dos dados em forma de tabela, em arquivo Word, com os títulos das publicações, nome dos autores, ano de publicação, link para acesso, palavras-chave e resumo. Posteriormente, realizou-se a leitura dos resumos e, em seguida, o fichamento das publicações que apresentavam maior relevância para o estudo.

Após a análise dos 206 resultados, a leitura dos resumos e os fichamentos das publicações com maior aproximação e relevância para o estudo foram selecionadas 87 publicações. Destes, apenas quatro são publicações que tratam especificamente de PPPs da RMS. E entre as publicações (artigos, teses e dissertações), notamos a predominância em algumas categorias temáticas, são elas: 1. Formação Profissional, 2. Análise crítica da residência multiprofissional, 3. Estudos de caso/ Experiências Exitosas, 4. Estratégias Pedagógicas, 5. Prática Profissional e Interprofissionalidade. A seguir, apresentamos a descrição de cada uma das categorias temáticas, assim como indicamos a quantidade de publicações encontradas em cada um dos temas. E, buscamos elencar as principais discussões apresentadas.

³⁴Nesse critério de exclusão, foram eliminadas publicações que tratavam sobre as Residências uniprofissionais e médicas e os resultados que apresentavam conteúdo distante.

3.1 Formação profissional

Trata-se de 25 produções do levantamento bibliográfico (apresentadas no quadro abaixo). Essas 25 produções são compostas por 8 artigos científicos, 9 dissertações de mestrado e 8 teses de doutorado. Ambas produções abordam especificamente pesquisas sobre o processo formativo no âmbito da residência. Dentre os temas, as potencialidades do processo formativo, as especificidades e o processo ensino-aprendizagem são os que aparecem com maior predominância. Vejamos abaixo um quadro-resumo:

Quadro 3. Quadro-resumo da produção bibliográfica acerca do processo formativo na Residência Multiprofissional em Área da Saúde entre os anos de 2010 a 2021.

N	TIPO/PERIÓDICO	TÍTULO	ANO	AUTORES
1	Artigo Científico Scielo	Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial.	2018	Christine Wetzel, Eglê Rejane Kohlrausc, Fabiane Machado Pavani, Franciele Savian Batistella, Leandro Barbosa de Pinho
2	Artigo Científico Scielo	A análise de práticas profissionais como dispositivo para a formação na Residência Multiprofissional	2018	Luana Pinho de M. Lago, Silvia Matumoto, Simone Santana da Silva, Soraya Fernandes Mestriner, Silvana Martins Mishima
3	Artigo Científico Scielo	A dimensão política na formação dos profissionais de saúde	2012	Carolina Pereira Lobato; Regina Melchior; Rossana Staevie Baduy
4	Artigo Científico Scielo	Como se relacionam o escopo de práticas profissionais, a formação e a titulação de médicos de Família e Comunidade?	2020	Roberto Ribeiro Maranhão
5	Artigo Científico Scielo	Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família	2010	Débora Dupas Gonçalves do Nascimento, Maria Amélia de Campos Oliveira
6	Artigo Científico Scielo	Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas	2005	Célia Regina Rodrigues Gil

7	Artigo Científico SciELO	Formação para o SUS: uma análise sobre as concepções e práticas pedagógicas em saúde coletiva	2016	Patrícia Ribeiro Mattar Damiance; Vera Lúcia Pamplona Tonete; Ana Maria Lombardi Daibem; , Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira; José Roberto de Magalhães Bastos
8	Artigo Científico SciELO	Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de Residência Multiprofissional	2019	Maroja, Maria Clara Santana; Almeida Júnior, José Jailson de; Noronha, Claudianny Amorim
9	Dissertação BDTD	A preceptoria na formação do residente em enfermagem em saúde coletiva: o aprender e o ensinar no cotidiano do Sistema Único de Saúde	2016	Juliane de Macedo Antunes
10	Dissertação BDTD	Formação multiprofissional como tecnologia para qualificar a atenção primária à saúde no SUS: avaliação de um programa de Residência	2011	Egídio Antônio Demarco
11	Dissertação BDTD	Integração ensino-serviço na formação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva do docente	2016	Amanda de Lemos Mello
12	Dissertação BDTD	‘Mais Médicos’ e as Residências Municipais de medicina de família e comunidade: fortalecendo a formação para o SUS ou alguns tropeços no caminho?	2019	Mariana Fonseca Paes
13	Dissertação BDTD	O precariado escondido sob o véu da formação profissional: o caso das Residências em área profissional da saúde	2018	Camille Correia Santos
14	Dissertação BDTD	Processo formativo da Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva Neonatal	2018	Karen Tais Cavalcanti de Almeida

15	Dissertação BDTD	Residência integrada em saúde: uma modalidade de ensino em serviço	2007	Silvia Regina Ferreira
16	Dissertação BDTD	Residência multiprofissional, desafios e compromissos na reorientação da formação para o SUS: um estudo na atenção primária	2015	Elaine Cristina Alves
17	Dissertação BDTD	Residência multiprofissional em saúde: o estar-junto na formação dos residentes em saúde	2010	Quelen Tanize Alves da Silva
18	Tese BDTD	A formação em serviço no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PRIMS/HCPA)	2014	Elisabeth de Fátima da Silva Lopes
19	Tese BDTD	A Residência Multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS	2008	Debora Dupas Gonçalves do Nascimento
20	Tese BDTD	Formação interdisciplinar: contribuições da Residência Multiprofissional em saúde	2016	Teresa Cristina Bordallo Farias
21	Tese BDTD	Formação (in)comum e caminhos de sua produção: cenas da Residência Multiprofissional em saúde	2018	Georgia Silva Romcy
22	Tese BDTD	O processo de formação de enfermeir@s e médic@s na modalidade Residência obstétrica a partir da percepção dos preceptores	2020	Elisabete Mesquita Peres de Carvalho
23	Tese BDTD	Residência multiprofissional em saúde da família: limites e possibilidades para mudança na formação profissional	2007	Fernanda Rocco Oliveira

24	Tese BDTD	Residência multiprofissional em saúde: a formação em serviço no Brasil	2020	Kércia Rocha Andrade
25	Tese BDTD	Um estudo da Residência médica para a compreensão da formação continuada de professores	2013	Cristina Leika Horii

Fonte: Elaboração própria

Lago et al (2018) realizaram estudo em um programa de residência brasileiro vinculado a uma universidade pública do interior do estado de São Paulo, que conta com residentes de diferentes profissões. Nessa pesquisa, descreveram como resultado representativo da realidade brasileira das Residências Multiprofissionais. Segundo as autoras, o cenário de formação em saúde é o contexto em que a Residência passa a suprir uma demanda por assistência em detrimento da formação. Ou seja, acreditam que a Residência Multiprofissional no Brasil tem perdido sua proposta inicial, do cuidado ao usuário com base na integralidade e da formação interdisciplinar, mesmo esses sendo objetivos explícitos nos documentos e nas leis de sua criação. (LAGO et al, 2018)

Além disso, as autoras defendem a concepção de que a possibilidade da formação em uma perspectiva colaborativa na Residência Multiprofissional é atravessada por diferentes interesses, e instituições. Que, cotidianamente, se concretizam como desafios para a prática efetiva, e que há interesses que se constituem em dilemas e desafios cotidianos. O estudo evidenciou atravessamentos na formação em serviço que condicionam e impedem as práticas de caráter colaborativo. Entre eles: "a exigência da produção em massa, principalmente por atendimento individual especializado; a centralidade no profissional médico; o pouco tempo para reflexão nos espaços de atuação; e o não encontro entre diferentes profissionais nos serviços." (LAGO et al 2018)

Cabe enfatizar uma dessas questões apresentadas pelas autoras, a de que nos cenários da Residência Multiprofissional há a centralidade no profissional médico. Dessa forma, o sentido de uma residência multiprofissional, onde há a necessidade de uma articulação multiprofissional, entre diversas categorias profissionais têm comprometimento. Essa afirmação, no estudo das autoras, apresenta que o sentido de uma prática profissional onde diversas categorias profissionais interagem e se articulam de forma multiprofissional não acontece, uma vez que há esse protagonismo e a centralidade no profissional da área da medicina.

Almeida (2018) demonstra em seu estudo que os processos de aprendizagem na Residência têm sido fragilizados. No mesmo sentido que Lago et al (2019), a autora também defende a ideia de que há perda da proposta inicial da Residência como estratégia educativa. E concorda com Melo et al (2014) que apresenta como pontos de fragilidades nesse processo "a não compreensão pelo preceptor de seu papel educativo; dificuldade na realização de atividades integradoras de teoria e prática".

A autora apresenta em seu estudo que os residentes, ao longo do processo formativo, apresentam desmotivação devido a diversos fatores. Dentre eles, a falta de incentivo à pesquisa, pouca interação entre teoria e prática, falta de supervisão/apoio diário, falta de atuação multiprofissional, desconhecimento da proposta político pedagógica pelos atores da Residência (ALMEIDA, 2018). Cabe ressaltar que a prática desde a proposta inicial da Residência já surge em desvantagem no que diz respeito à paridade em relação às horas. No sentido em que propõe 80% da carga horária para as atividades práticas e 20% da teoria para as atividades teóricas. Partimos do pressuposto de que já existe uma prevalência maior de tempo para as atividades práticas em detrimento das horas das atividades teóricas. Além disso, no estudo da autora não há evidências em relação ao descumprimento das atividades práticas. Ou seja, os profissionais de saúde estão desenvolvendo suas atividades práticas (procedimentos, atendimentos, avaliações clínicas) sem o devido suporte teórico.

Ainda sobre a efetivação dessa parte teórica da residência, resgatamos a fala de um dos residentes que declaram como desafios ao processo formativo a "ausência das aulas com conteúdo teórico e dificuldade em serem inseridos na prática" (ALMEIDA, 2018 p. 60). O estudo evidenciou, portanto, o descumprimento da parte teórica da residência e desarticulação entre teoria-prática. A autora, utilizou como metodologia em um certo momento uma estratégia de "chuva de ideias" aos profissionais residentes, os provocando a falarem sobre seu pensamento quando se tratava do conceito "atenção integral". Um dos profissionais residentes informou que "infelizmente até agora não posso descrever meu entendimento devido a falta de aula, discussões ou mesmo leituras sobre o conceito". (ALMEIDA, 2018 p. 77). Contudo, a realização de um processo formativo que possibilitasse a atenção integral apresentava-se como um dos objetivos principais da residência. Vejamos:

O objetivo da Residência é promover o desenvolvimento dos profissionais de saúde, enfermeiros, fisioterapeutas, odontólogos, farmacêutico-bioquímico, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e profissionais de educação física, para atuar na atenção básica no cuidado integral à saúde das pessoas, das famílias e de comunidades e na gestão/organização do trabalho, com enfoque multiprofissional

fortalecendo o desenvolvimento do trabalho em equipe de maneira interdisciplinar, visando à melhoria da saúde e da qualidade de vida. (BRASIL, 2006, p. 234)

Almeida (2018) ressalta que essa ausência da parte teórica impacta em uma falta de informação dos profissionais residentes durante o processo formativo, o que o compromete. Outro aspecto que os profissionais residentes apresentam como desafio ao processo formativo diz respeito a essa “falta de atuação multiprofissional”. Se partimos do pressuposto de que a residência é para ser “multiprofissional” poderíamos considerar que essas falas não representam a proposta base dessa estratégia de ensino.

Em relação à articulação entre ensino-serviço nesse processo formativo, o estudo de Wetzel et al (2018) defende que há um distanciamento entre o que é ensinado na academia aos profissionais residentes durante a graduação e o que é vivenciado na realidade dos serviços de saúde após a inserção na residência. No sentido em que os profissionais residentes - em sua maioria recém graduados - ao se inserirem nos cenários da Residência Multiprofissional se deparam com uma realidade diferente daquela que estudaram. Na visão dos autores, é aí que emergem conflitos e dificuldades na relação com os campos durante o processo formativo. (WETZEL et al, 2018)

A visão de Wetzel et al (2018) diverge de boa parte dos estudos quando aponta que os desafios da Residência são advindos de falhas formativas da graduação. Defendem a ideia de que as universidades ainda se encontram muito distantes das necessidades concretas da saúde. Os autores acreditam que a universidade se constitui como um local estritamente acadêmico e privilegiado, que não consegue realizar uma formação macropolítica aos profissionais de saúde e futuros residentes. Portanto, os residentes se inserem nos cenários com uma formação que destoa da realidade (WETZEL, et al, 2018).

Essa crítica dos autores acima mencionados direciona-se mais à formação no período da graduação do que da formação no período da residência. Contudo, apresentam esse fator como um dos desafios cotidianos da prática. Diferente das dificuldades apresentadas, Almeida (2018) , Lago et al (2016) e Andrade (2020) elencam outros pontos como desafios como a influência da Residência médica na formulação e execução da Residência Multiprofissional, trazendo como determinações ao processo formativo: "a formação de treinamento em serviço, intensa carga horária de formação em serviço, expansão do ensino em hospitais" (ANDRADE, 2020 p. 148).

Apesar da influência dos princípios do SUS, já discutidos no capítulo 1 deste estudo, para criação da residência o levantamento bibliográfico demonstra que, no que diz respeito ao processo formativo, ainda são preservados elementos que interferem na formação como a

prevalência da carga-horária prática em detrimento da teoria, do comprometimento e descumprimento da multiprofissionalidade e da realidade de que os programas de Residência brasileira se afastam das propostas iniciais preconizadas em suas legislações.

O estudo de Nascimento (2008) defende a ideia de que aprender é um ato de conhecimento da realidade concreta. E que é por meio da prática que novos conceitos são incorporados, promovendo uma aproximação crítica da realidade. A autora, sendo assim, reconhece que é a teoria que respalda a prática e que ambas se correlacionam. E traz, em seus estudos, inúmeras falas de profissionais residentes que reconhecem a importância dessa articulação entre teoria e prática.

Demarco (2011) apresenta um outro ponto de vista, quando apresenta que 90% dos participantes da pesquisa realizada afirmaram "que a formação alterou a forma de perceber a realidade em atenção primária em saúde, melhorou suas habilidades e aumentou os conhecimentos". O autor apresenta que seu estudo evidenciou satisfação dos profissionais residentes em relação aos conteúdos relativos à parte teórica e não apresenta manifestações em relação à inadequação dos objetivos da residência. E para além disso reconhece potencialidades nesse cenário de aprendizagem como um espaço de troca efetiva de saberes e práticas, e os denomina como "quesito fundamental para a mudança do perfil profissional". (DEMARCO, 2011 p. 49)

Não é que exista divergência entre os estudos, mas percebe-se que, algumas pesquisas desta categoria de análise apresentam as limitações em relação ao processo formativo, outras apresentam potencialidades, principalmente no que diz respeito à parte teórica. É compreensível entender, considerando que os programas, apesar de regidos pela mesma legislação, se apresentam com suas particularidades: culturais, territoriais, corpo docente, e etc. Por outro lado, os estudos apresentaram reconhecimento da Residência, como potente espaço de formação para trabalhadores do SUS, e em relação às possibilidades existentes na Residência como estratégia educacional.

3.2 Análise crítica da residência multiprofissional em saúde

Trata-se de 19 produções do levantamento bibliográfico que abordam, no geral, uma análise crítica da residência multiprofissional em saúde, apresentando como discussão os aspectos relacionados à historicidade política, à organização, à gestão, ao funcionamento, à intencionalidade, aos desafios e às potencialidades desta modalidade de ensino para o SUS. Essas 19 produções são compostas por 12 artigos científicos, 4 dissertações de mestrado e 3 teses de doutorado. Vejamos abaixo um resumo dessas produções:

Quadro 4. Quadro-resumo da produção bibliográfica sobre análises críticas da Residência Multiprofissional em Área da Saúde entre os anos de 2010 a 2021.

N	TIPO/PERIÓDICO	TÍTULO	ANO	AUTORES
1	Artigo Científico SciELO	A Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia para a humanização: modos de intervir no cotidiano de um hospital universitário	2018	Aline Alves Meneze, Liliana da Escóssia.
2	Artigo Científico SciELO	A Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde	2008	Carolina Milena Domingos
3	Artigo Científico SciELO	Avaliação de programas de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores	2016	Tereza Cristina Alves Bezerra Maria Leopoldina Padilha Falcão Paulo Sávio Angeiras de Goes Eronildo Felisberto
4	Artigo Científico SciELO	Avaliação de programas de Residência Multiprofissional em saúde da família por indicadores	2015	Maristela Inês Osawa Vasconcelos; Francisca Lopes de Souza; Geison Vasconcelos Lira; Maria Socorro de Araújo Dias; Geórgia Sibeles Nogueira da Silva
5	Artigo Científico SciELO	Gestão estratégica promovendo a integração ensino e serviço: implantação de Residência	2018	Leila Maria de Abreu Jaggi, Simone Travi Canabarro, Eliane Goldberg Rabin, Rita Catalina Aquino

		Multiprofissional em Onco-Hematologia		Caregnato
6	Artigo Científico Scielo	Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra" a propósito da invenção da Residência Multiprofissional em saúde	2009	Ricardo Burg Ceccim
7	Artigo Científico Scielo	No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da Residência Multiprofissional em saúde	2009	Daniela Dallegrave; Maria Henriqueta Luce KruseI
8	Artigo Científico Scielo	O papel da Residência Multiprofissional no sistema único de saúde:perspectivas e contradições	2017	Luciana da Conceicao e Silva
9	Artigo Científico Scielo	Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos	2009	Soraya Diniz Rosa Roseli Esquerdo Lopes
10	Artigo Científico Scielo	Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica	2018	Letícia Batista Silva
11	Artigo Científico	Residências integradas em Saúde Mental: para além do tecnicismo	2019	Isabella Cristina Barral Faria Lima Izabel Christina Friche Passos
12	Artigo Científico Scielo	Tecendo os fios entre educação e saúde: avaliação do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde	2016	Soraya Diniz Rosa, Roseli Esquerdo Lopes
13	Dissertação BDTD	A Residência Multiprofissional no Hospital São Paulo (HU – Unifesp): percepção dos residentes sobre o processo de ensino em saúde e atuação em equipe interprofissional	2017	Mariella Vargasb Degiovani

14	Dissertação BDTD	Caminhando pelo fio da história: A Residência Multiprofissional em saúde nos espaços de construção da política de trabalhadores para o SUS	2013	Gislene do Nascimento Brunholini
15	Dissertação BDTD	Competências essenciais para o SUS: A contribuição da Residência Multiprofissional em saúde da família para a reorientação das práticas em saúde no município de Fortaleza	2016	Adriana Freitas Diniz
16	Dissertação BDTD	Limites e potencialidades da Residência Multiprofissional em saúde para a educação interprofissional	2015	Manoel Vieira de Miranda Neto
17	Tese BDTD	Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde: as Residências no País das Maravilhas	2013	Daniela Dallegrave
18	Tese BDTD	Residência integrada em saúde: a torção do discurso universitário na cena de formação do profissional em saúde	2011	Roberto Henrique Amorim de Medeiros
19	Tese BDTD	Trabalho em saúde e Residência Multiprofissional: problematizações marxistas	2016	Letícia Batista Silva

Fonte: Elaboração própria

O estudo de Vasconcelos et al (2016), apresenta que a Residência Multiprofissional na área da saúde é uma das estratégias de educação permanente que tem se destacado como fator de mudança na formação de profissionais para o SUS, apresentando ênfase na assistência, no ensino e na pesquisa. A análise crítica da residência realizada pelos autores traz como resultado que a contribuição da residência na formação de profissionais é atualmente percebida por meio de experiências vividas, na observação de coisas, para além de teorias e métodos científicos pois ainda não há uma sistemática de avaliação da sua eficácia.

Essa argumentação dos autores é sobre o fato de que não existe uma política específica para avaliar a pós-graduação lato sensu, incluindo a Residência. Essa falta de avaliação contribui para a autonomia das instituições. Contudo, permite a criação de uma variedade de cursos, que na área da saúde muitas vezes não conhecem ou consideram a realidade do SUS, e não se adequam aos programas e serviços ofertados por esse sistema de saúde. Sendo assim, não se tem indicativos concretos de que essas estratégias pedagógicas atendam as necessidades do SUS (VASCONCELOS et al, 2016).

Desse modo, podemos considerar que essa análise crítica realizada por esses autores diz respeito também aos objetivos da residência. Isso é, se a residência tem como objetivo capacitar os profissionais para atuarem no SUS de forma capacitada, cabe questionar o porquê não oferece uma maneira de acompanhamento, monitoramento ou alguma forma de avaliação. Isso considerando que é imprescindível reconhecer evidências quanto à sua efetividade e a aproximação com os princípios e diretrizes do SUS.

Mas, se formos considerar a principal análise crítica de Vasconcelos et al (2016) é a de que a Residência foi formulada visando ser uma proposta contrária a formação biomédica, curativista, e individual que existe em diversas áreas da saúde. Contudo, com o passar dos anos, e com a sua verdadeira efetivação, a Residência foi alvo de diversos questionamentos sobre sua funcionalidade e sua eficácia nessa produção de integralidade em saúde.

A análise crítica de Rosa e Lopes (2016) resgata a visão dos profissionais residentes que consideram que a ideia de que a estrutura educacional da residência, na forma como se desenvolve, corrobora para a sustentação de uma sociedade subordinada à lógica neoliberal de gestão do Estado capitalista, em que o trabalho precarizado tem papel central - sendo responsável pelo efeito devastador na construção de políticas democráticas. Para ela, a Residência constitui um processo educativo temporário de estudantes bolsistas e não um processo formativo continuado. Adiante, essas autoras afirmam que é um "equivoco" delegar à lógica neoliberal a culpabilidade exclusiva pelos entraves da formação profissional, o que foi feito pela maioria dos residentes. Na visão das autoras, há também interferências dos paradigmas da pós-modernidade, que contribuem para a recusa das idéias marxistas e a intolerância dos saberes construídos. posições de poder acadêmico. (ROSA; LOPES, 2016)

Consideramos que dentre as publicações encontradas neste levantamento bibliográfico Rosa e Lopes (2016) têm destaque no que diz respeito à análise crítica mais ampla, no sentido macrossocial. A predominância das publicações desse levantamento bibliográfico aponta para publicações cujas análises foram mais focalizadas ao próprio programa de Residência, sem resgatar as determinações societárias. É importante destacar também que

Rosa e Lopes (2016) realizaram críticas às reformas neoliberais, não só para área da saúde, mas também da educação, afirmando que essas "têm sido atreladas a uma cultura conservadora que sustenta a racionalização do ensino, a prioridade na formação técnica e o modelo de formação acadêmica vinculada à formação para a produção imediata" (CHAUÍ apud ROSA, 1981).

Silva (2017) defende a ideia de que Residência multiprofissional pode ser compreendida como dispositivo de educação permanente, com o objetivo de transformação das práticas profissionais em saúde, a articulação cotidiana entre ensino e serviço, com base nos princípios da integralidade do cuidado, conduzido por ações interdisciplinares. Onde a materialização de uma formação multiprofissional, nessa estratégia de ensino, deve ser expressas pelos PPPs dos programas, com o objetivo de formar sujeitos capazes de compreender os desafios colocados pelo SUS e intervir diante dessas questões (SILVA, 2017).

Na tentativa de argumentar sobre as concepções básicas em relação à residência, Silva (2017) resgata publicações que tratam da Residência médica, afirmando que há na Residência duas correntes denominadas de "pedagógica" e "trabalhista". Nesse sentido, reconhece que as duas apresentavam alguns elementos comuns. Apesar de poderem se reconhecer na residência as dimensões educacionais e a de trabalho, a residência não se reduz ou esgota em nenhuma delas. Caracteriza o conjunto dessas duas dimensões em situações institucionais concretas como a verdadeira identidade assumida pela residência .

Esse ponto de vista defende que a residência é concomitantemente processo de ensino e aprendizado e de trabalho, a autora afirma que não há uma dicotomia necessária entre estudo e trabalho na residência, onde o residente, mesmo sendo pós-graduando, pode ter garantidos direitos trabalhistas (LIMA apud SILVA, 2017, p 191). Acesso à insalubridade, 13º salário e FGTS são alguns dos direitos trabalhistas que a autora menciona. Esses são garantidos na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e os profissionais residentes não têm acesso. Essa questão foi retratada no capítulo 2 deste estudo, quando mencionamos as cartas dos encontros nacionais de residência.

A autora também realiza uma análise crítica no sentido macrossocial, considerando que o enfrentamento de uma política de contrarreformas, no Estado neoliberal, a afirmação de um projeto profissional e projeto político-pedagógico voltado para uma formação crítica, reflexiva, é essencial para a formação dos profissionais e para o fortalecimento do SUS.

É preciso destacar que enquanto a lógica mercantil –nesses moldes atuais de parasita do SUS –não for enfrentada de forma estrutural, seja com o fim do subfinanciamento do nosso sistema de saúde público, seja na disputa do perfil de formação dos trabalhadores da saúde, seja na regulação das especialidades e Residências de acordo com as necessidades de saúde da população e não do mercado, seja na criação de estratégias de absorção desses profissionais pelo SUS público e não pela rede privada ou pública terceirizada, o caminho de fortalecimento do SUS será mais dificultoso (SILVA, 2016, p. 146).

A análise crítica de Silva (2016), em "Trabalho em saúde e Residência Multiprofissional: problematizações marxistas", resgata elementos conceituais da categoria trabalho, um resgate das particularidades do trabalho em saúde no Brasil, e debate a Residência Multiprofissional. Nesse levantamento bibliográfico o nome da autora surge como referencial teórico em diversos estudos. Primeiro porque sua tese data 2016, então reúne uma análise com elementos relacionados a história de 11 anos de Residência Multiprofissional.

Tendo o materialismo histórico-dialético como referencial teórico, a autora utilizou diferentes estratégias metodológicas para a compreensão do objeto de estudo. E considera, que a "a burguesia ao mesmo tempo em que se autoprivilegia também impossibilita a sustentação de uma lógica de universalização do direito à saúde via SUS" (SILVA, 2016 p. 215). E defende a ideia de que ainda que a residência seja formação em saúde, analisá-la somente como formação é reduzir as suas dimensões que se correlacionam com o trabalho em saúde.

Em sua análise marxista, autora discute as contingências do processo de reestruturação produtiva na saúde, além dos impactos para o profissional residente, que mesmo em formação, está submetido a essas contingências. tais como: a privatização dos serviços, desoneração fiscal, intensificação do trabalho em saúde, precarização dos vínculos e das condições para sua realização no SUS (SILVA, 2016). Em concordância com Rosa e Lopes (2016), mencionadas anteriormente nesse item de análise, Silva (2016) também defende a ideia de que o contexto da residência vem sendo apreendido por meio de pensamentos micropolíticos pela via de análises pós-modernas e pós-estruturalistas.

Esse pensamento micropolítico, baseado na pós-modernidade ou pós-estruturalista, produz interpretações rasas, sem a realização de críticas ao trabalho em saúde. Isso gera uma despolitização das pautas da saúde, e sobretudo da residência. Considerando que essa modalidade de ensino tem vivido um processo de grande expansão, e também um espaço estratégico de formação de recursos humanos em saúde. São necessários estudos críticos que analisem de forma detida os “sentidos” dessa expansão (SILVA, 2016).

Os estudos de Silva (2016) baseados nos contextos históricos e políticos das legislações que regulamentaram a residência, apontam haver condições favoráveis para a residência assumir e constituir mais uma forma de precarização do trabalho no SUS, como as várias outras já existentes. Isso considerando que "o desenvolvimento da legislação que regulamenta a RMS cria condições para que a inserção do residente seja não como um trabalhador em formação para atuação no SUS, mas como força de trabalho de baixo custo" (SILVA, 2016 p. 219).

Em outras palavras, essa análise crítica defende a concepção de que é impossível realizar uma formação alinhada aos princípios do SUS sendo baseada na exploração de trabalho do profissional residente. Justifica que essa exploração de trabalho se dá primeiro por serem profissionais que cumprem uma extensa carga horária, segundo por não terem assegurados os direitos trabalhistas preconizados na CLT e, terceiro, e com maior determinação, pela própria realização que se dá o trabalho na sociedade capitalista. Isso porque o residente, nessa proposta esvaziada, substitui um trabalhador com suas devidas garantias. E por mais que ele aprenda com esse período inserido no programa de residência, ainda há uma larga distância entre a proposta inicial e o que acontece de fato, devido às contradições postas nesta formação. (SILVA, 2016)

Neto (2015) acredita na potencialidade da formação em saúde por meio da residência, como uma estratégia política e pedagógica de formação em serviço. Nesse sentido, sendo capaz de produzir modelos tecnoassistenciais mais resolutivos para enfrentar a complexidade dos fenômenos de saúde, com foco na integralidade do cuidado e nas necessidades de saúde da população. Considera o profissional residente como um agente capaz de realizar mudanças nos processos de trabalho em que se insere. Ele considera que a residência é um espaço potente para interprofissionalidade tanto nos cenários de formação como de prática profissional.

A percepção dos demais trabalhadores da saúde, para além dos profissionais residentes, foi considerada no estudo de Domingos et al (2015). Na visão destes profissionais, que não foram classificados como preceptores e/ ou tutores e sim por sua categoria profissional, a Residência traz contribuições significativas. Isso porque quando os profissionais residentes se inserem em um local em que a equipe multiprofissional é reduzida, demonstra a importância das categorias profissionais e fortalece ações de saúde de acordo com a integralidade. Esse estudo defende a ideia de que a residência se mostra como uma potente estratégia de formação de profissionais capacitados para atuar na saúde, no estudo, especificamente na estratégia saúde da família. Considerando que os profissionais residentes são "modificados

pelas situações vivenciadas e experienciadas no dia a dia da unidade, não somente em relação à técnica, mas na habilidade de se relacionar com o usuário" (DOMINGOS et al, 2015 p. 1229).

Considerando esse ponto de vista, a percepção que temos é a de que a inserção do profissional residente em um determinado cenário de atuação, o modo de agir do trabalhador que já fazia parte daquele equipe também era modificado. Então esse estudo evidencia ganhos para a população usuária do SUS, mas não só, para os profissionais de saúde que passam a contar com a contribuição dos residentes também. No estudo, essa contribuição não aparece com caráter meramente técnico. Aparece de uma forma que os profissionais residentes somam e contribuem para que os demais profissionais de saúde reflitam criticamente sobre a falta de recursos humanos, a importância da equipe multiprofissional e da integralidade. (DOMINGOS et al 2015)

De modo a concluir esse item do levantamento bibliográfico, podemos considerar que dentre as análises críticas, aparecem autores que consideram a relevância da residência com caráter inovador e transformador. Há também autores que defendem a concepção de que a residência, nas atuais condições em que se realiza, assume características de trabalho precarizado e descumpre com seus objetivos iniciais previstos na legislação.

3.3 Estudos de caso e experiências exitosas na residência multiprofissional

Identificamos 13 produções do levantamento bibliográfico em que realizaram estudos de caso de experiências exitosas em programas de residência multiprofissional. Dentre essas 13 produções, há 5 dissertações e 8 artigos científicos, sendo que ambos apresentam estudos de casos e experiências exitosas nos programas da atenção básica de saúde e em instituições hospitalares, conforme pode ser observado abaixo:

Quadro 5. Quadro-resumo da produção bibliográfica sobre estudos de caso e experiências exitosas na Residência Multiprofissional em Área da Saúde entre os anos de 2010 a 2021.

N	TIPO/PERIÓDICO	TÍTULO	ANO	AUTORES
1	Artigo Científico Scielo	A Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia para a humanização: modos de intervir no cotidiano de um hospital universitário.	2018	Aline Alves; Liliana da Menezes Escóssia.
2	Artigo Científico Scielo	Experiência da Residência Multiprofissional em serviço social e cuidados paliativos oncológicos.	2016	Andréa Geórgia de Souza Frossard Emanuel Cristiano de Souza Silva
3	Artigo Científico Scielo	Formação Continuada de professores: a experiência do programa de Residência docente no Colégio Pedro II	2015	Neide da Fonseca Sant'Anna Francisco Roberto P. Mattos; Christine Sertão Costa
4	Artigo Científico Scielo	Implementação de Residência Multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica.	2016	Gabriela Del Mestre Martins Rita Catalina Aquino Caregnato Véra Lucia Maciel Barroso Daniela Celiva Pedrotti Ribas
5	Artigo Científico Scielo	Pesquisa Apreciativa: características, utilização e possibilidades para a área da Saúde no Brasil	2018	Cristiane Trivisiol Arnemann Denise Gastaldo Maria Henriqueta Luce Kru
6	Artigo Científico Scielo	Pós-graduação e Residência Multiprofissional em Saúde HC-UFG: a produção do Serviço Social.	2017	Denise Carmen Andrade Neves Carla Ágda Gonçalves Tereza Cristina Pires Favaro
7	Artigo Científico Scielo	Representações de profissionais residentes acerca das estratégias pedagógicas utilizadas no processo	2018	Lucas Dias Soares Machado Ana Carolina Ribeiro Tamboril

		formativo da Residência Multiprofissional.		Maria de Fátima Antero Sousa Machado Evanira Rodrigues Maia Maria do Socorro Vieira Lopes
8	Artigo Científico SciELO	Residência Multiprofissional em Saúde: Análise da Implantação de dois programas pela Universidade Federal de Santa Catarina.	2019	Lais Santos Silva Sônia Natal
9	Dissertação BDTD	Colaboração e educação interprofissional na pós-graduação em saúde : estudo de caso da Residência Multiprofissional em Saúde da Família.	2015	Gisele Maria Melo Soares
10	Dissertação BDTD	Educação permanente em saúde: o programa de Residência Multiprofissional em saúde do Hospital Universitário Getúlio Vargas de Manaus-AM.	2015	Danielle Bezerra Maia
11	Dissertação BDTD	Estudo sobre o Programa de Residência Pedagógica da UNIFESP: uma aproximação entre Universidade e Escola na formação de professores.	2014	Marina Lopes Pedrosa Poladian
12	Dissertação BDTD	Programa de Residência Multiprofissional integrada em saúde: uma avaliação da política de educação permanente em saúde no HC/UFPE a partir da inserção dos egressos no mercado de trabalho de 2012 A 2015.	2017	Raquel Barros Andrade Mota
13	Dissertação BDTD	Residência multiprofissional, desafios e compromissos na reorientação da formação para o SUS: um estudo na atenção primária.	2015	Elaine Cristina Alves

Fonte: Elaboração própria

Iniciaremos a discussão desse item com o relato de experiência de Frossard e Silva (2016) do programa de Residência Multiprofissional em cuidados paliativos oncológicos no Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos do Instituto do Câncer do Ceará (ICC),

desenvolvido entre os anos de 2013 a 2015. Apropriando-se da teoria crítica marxiana, as autoras apresentam alguns desafios e possibilidades. Como desafios, traz a mesma questão já evidenciada em outras publicações já discutidas desse levantamento bibliográfico, a excessiva carga horária. Além disso, o relato de experiência das autoras traz que há um número insuficiente de profissionais para acompanhar o andamento das atividades do residente no cotidiano. Relacionadas a uma visão mais ampliada, consideram que as deficiências na rede de saúde e serviços e o atual contexto político das residências multiprofissionais incidem nesse processo formativo. As autoras defendem a importância de existir um espaço democrático de discussão entre os residentes coordenadores/gestores do programa em que realizaram o relato de experiência (FROSSARD; SILVA, 2016).

Em relação às potencialidades, as autoras consideram que a proposta da Residência sobressaiu-se ao modelo de formação tradicional para profissionais da saúde, ainda que com dificuldades. Nesse sentido, os processos de trabalhos e o território de prática foram valorizados como espaço de aprendizagem direcionados à superação da dicotomia entre teoria e prática em organicidade aos princípios do SUS e do trabalho em cuidados paliativos.

Uma outra experiência é trazida por Martins et al (2016), que em seu estudo os autores buscam debater sobre a trajetória histórica do processo de implementação da Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, em parceria com a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. A saber, essas instituições foram pioneiras na implementação de Residências Multiprofissionais no Brasil. O estudo dos autores demonstrou que a motivação para a implementação da Residência Multiprofissional se deu pelo desejo de criar uma especialização, uma modalidade de pós-graduação lato sensu, na modalidade de Residência para o mercado de trabalho. A intencionalidade era devido a falta de profissionais qualificados pelo intensivismo, e a parceria entre essas duas instituições. (MARTINS et al, 2016)

No estudo, os autores defendem a importância da educação em saúde por meio da oferta de um curso de pós-graduação lato sensu, no modelo de Residência, que une ensino e serviço para assegurar a qualificação profissional oferecida. Na publicação, há ênfase para a enfermagem como categoria profissional. É possível perceber quando ressaltam que o estudo terá relevância para a enfermagem para que seja "uma reflexão sobre a importância da formação e qualificação do enfermeiro, peça fundamental para o modelo interdisciplinar de atendimento à saúde, contribuindo para a mudança do modelo hegemônico de atenção à saúde médico-assistencial" (MARTINS et al, 2016).

3.4 Estratégias Pedagógicas

Trata-se de sete produções que discutiram práticas pedagógicas e estratégias criadas nas RMS, além de algumas que abordaram as estratégias de programas específicos. Cabe ressaltar que o enfoque da discussão foi direcionado à estratégia pedagógica e não ao programa. A seguir:

Quadro 6. Quadro-resumo da produção bibliográfica sobre estratégias pedagógicas na Residência Multiprofissional em Área da Saúde entre os anos de 2010 a 2021.

N	TIPO/PERIÓDICO	TÍTULO	ANO	AUTORES
1	Artigo Científico Scielo	A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde	2016	Ieda Maria Ávila Vargas Dias Alessandra Keyth Pereira Sylvia Helena Souza da Silva Batista Isis Alexandrina Casanova
2	Artigo Científico Scielo	Grupo de reflexão com profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana: um relato de experiência	2016	Suellen Rosana Costa Amaral Andréia Elisa Garcia de Oliveira
3	Dissertação BDTD	Cartografando os processos de ensinar e de aprender em áreas fechadas no contexto hospitalar : os preceptores em cena.	2019	Priscila Viegas Kercher
4	Dissertação BDTD	Conhecimento de preceptores da Residência Multiprofissional em saúde sobre metodologias de ensino	2017	Nubia Maria Lima de Sousa
5	Dissertação BDTD	Ensinar a cuidar: um estudo sobre as práticas de preceptoria em um Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção à Saúde	2012	Sylvia Helena Souza da Silva Batista
6	Dissertação BDTD	Saber ser, saber conhecer, saber saber: compreendendo as	2018	René Ferreira da Silva Junior

		vivências, saberes e as práticas pedagógicas de preceptores em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família		
7	Dissertação BDTD	Sistematização da avaliação 360° com feedback na Residência Multiprofissional em Saúde	2019	Paulo Henrique Freitas Lima

Fonte: Elaboração própria

O estudo de Amaral e Oliveira (2016) foi a descrição da experiência das autoras em relação à condução de cinco encontros grupais com a equipe multiprofissional, de um programa de Residência Multiprofissional. Essas equipes eram compostas por fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, enfermeiros, escriturária e equipe de higiene, de uma Unidade de Terapia Intensiva de porte pequeno, que contém 12 leitos de um Hospital Universitário misto de uma cidade do interior do estado de São Paulo. O objetivo das atividades realizadas tiveram como objetivo proporcionar momentos de reflexão, relaxamento, apropriação do fazer ali desenvolvido e fortalecimento do trabalho em equipe, humanização do espaço, melhora da comunicação e valorização de datas comemorativas. A intencionalidade da estratégia pedagógica era a de, posteriormente, estabelecer formas de trabalho grupal em saúde mental com os profissionais. As autoras apresentam em seu estudo, diversas dificuldades vivenciadas na demonstração da importância de "se cuidar e das dificuldades encontradas para estruturar uma estratégia de cuidado e valorização profissional" (AMARAL, 2016 p. 8).

Partindo para o estudo de Dias et al (2016), que traz uma análise sobre a tutoria como estratégia pedagógica na Residência Multiprofissional, afirmando que traz contribuições para a interdisciplinaridade e o trabalho interprofissional. Na visão dos autores, essa interdisciplinaridade ainda mantém hegemonicamente um padrão de ensino uniprofissional e tradicional. E essas estratégias pedagógicas, como a tutoria na Residência Multiprofissional, têm-se revelado como potenciais espaços de educação que despertam receios e inseguranças quanto ao seu manejo, principalmente relativos ao rompimento com o paradigma do ensino tradicional centrado em conteúdos.

A tutoria, no processo de ensino-aprendizagem interprofissional em saúde é trazida pelos autores como uma estratégia pedagógica que contribui para que se fortaleça a educação interprofissional, e que, também auxilie na formação de profissionais de saúde mais abertos à

prática colaborativa e ao reconhecimento da interdependência das áreas. Na visão desses autores, se configura como uma experiência positiva no contexto de formação da residência.

3.5 Prática profissional e Interprofissionalidade

Trata-se de 18 produções que propuseram a discussão sobre as práticas profissionais. Entre as 18 produções, há 10 artigos científicos, 5 dissertações de mestrado e 3 teses de doutorado. Algumas dessas produções discutem questões particulares às profissões de saúde, mas a predominância foi em relação à interprofissionalidade na residência multiprofissional.

Quadro 7. Quadro-resumo da produção bibliográfica sobre prática profissional e interprofissionalidade na Residência Multiprofissional em Área da Saúde entre os anos de 2010 a 2021.

N	TIPO/PERIÓDICO	TÍTULO	ANO	AUTORES
1	Artigo Científico Scielo	A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de Residência Multiprofissional em Saúde	2018	Isis Alexandrina Casanova, Nildo Alves Batista, Lídia Ruiz Moreno
2	Artigo Científico Scielo	A experiência de psicólogos em um programa de Residência Multiprofissional em saúde	2020	Mharianni Ciarlini de Sousa Bezerra Vera Engler Cury
3	Artigo Científico Scielo	Burnout e depressão em residentes de um Programa Multiprofissional em Oncologia: estudo longitudinal prospectivo	2018	Ismar Lima Cavalcanti Fernando L. T. de Lima Telma de Almeida Souza Mario Jorge Sobreira da Silva
4	Artigo Científico Scielo	Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma Residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores	2017	Thaise Anataly Maria de Araújo Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa Franklin Delano Soares Forte
5	Artigo Científico Scielo	O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de	2018	Gisele Maria Melo Soares Arruda Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto Kelen Gomes Ribeiro

		Residência Multiprofissional em Saúde da Família		Amanda Cavalcante Frota
6	Artigo Científico SciELO	Práticas exitosas dos preceptores de uma Residência Multiprofissional: interface com a interprofissionalidade	2018	Cristiane Trivisiol Arnemann Maria H. Luce Kruse Denise Gastaldo Alan C. Rodrigues Jorge André Luis da Silva Ane G. Freitas Margarites
7	Artigo Científico SciELO	Processos de formação e cenários de ensino-aprendizagem: discussão sobre práticas em saúde e educação em serviço no curso de graduação em Terapia Ocupacional da FMUSP	2018	Marina Di Napoli Pastore
8	Artigo Científico SciELO	Residência Multiprofissional em Saúde: vivências e cenários da formação	2016	Tháisa Anders Carvalho Souza
9	Artigo Científico SciELO	Residência na atenção básica à saúde em tempos líquidos	2015	Eloá Rossoni
10	Artigo Científico SciELO	Saúde e trabalho de residentes Multiprofissionais	2018	Jéssica Santos Rocha; Raquel Aparecida Casarotto; Ana Carolina Basso Schmitt
11	Dissertação BDTD	A residência multiprofissional em hospital assistencial	2019	Ana Maria Pedroso de Campos Neta
12	Dissertação BDTD	Avaliação de habilidades para o trabalho em equipe de saúde: produção científica de Residentes Multiprofissionais em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás	2014	Solange Mesquita Gomes

13	Dissertação BDTD	Os programas de residência e a integralidade da atenção: um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde	2013	Larissa Shikasho
14	Dissertação BDTD	Os signos da integralidade no cotidiano de uma residência em saúde da família	2005	Celso Paoliello Pimenta
15	Dissertação BDTD	Residência Multiprofissional em Saúde: Um estudo sobre a integralidade e a interdisciplinaridade em um Hospital de Urgência e Emergência	2017	Tanimar Pereira Marinho
16	Tese BDTD	Mobilização e estruturação de competências no trabalho da preceptoría da residência multiprofissional em saúde	2020	Carla Daiane Silva Rodrigues
17	Tese BDTD	Práticas profissionais na Residência Multiprofissional em saúde: uma pesquisa sócio-clínica	2019	Luana Pinho de Mesquita Lago
18	Tese BDTD	Terapia ocupacional e a educação para a interprofissionalidade em residências multiprofissionais em saúde	2016	Aline Gomes Medina

Fonte: Elaboração própria

O estudo de Casanova et al (2018), sobre a educação interprofissional e a prática compartilhada traz como evidência as ações de trabalho que conduzem à responsabilização das equipes no que tange ao cuidado e à capacidade de resolver os problemas da saúde. Essas equipes devem priorizar, conjuntamente, a elaboração de planos de cuidado. Apresentam a importância do trabalho interprofissional e compartilhado entre as profissões, bem como a colaboração entre os profissionais na busca da qualidade do atendimento. Em relação a condução deste trabalho em equipe, o estudo, identifica que a percepção sobre o desenvolvimento de competências para a prática colaborativa evidenciou a satisfação dos

profissionais residentes no que diz respeito, ao respeito mútuo, ao reconhecimento do seu papel e do outro profissional, o que permite a troca de experiências, de saberes e de corresponsabilidade na rotina de trabalho da equipe.

Entendemos o trabalho em equipe como algo que acontece no contexto das situações objetivas das práticas em saúde e consiste de uma modalidade de trabalho coletivo, mediado pela comunicação, que se estrutura nas relações recíprocas entre as várias intervenções técnicas e a interação dos diferentes profissionais e suas áreas específicas (Peduzzi, 1998). E que, em uma proposta de educação em que traz em seu nome a proposta de "multiprofissionalidade" há a necessidade de que sejam estudadas, realizadas, discutidas as práticas interprofissionais e multiprofissionais.

Esse trabalho em equipe, de forma interprofissional, é apresentado ainda no estudo de Casanova et al (2018) como um momento de compartilhar as ações, e como oportunidades excelentes de integração e aprendizado. Apresentam alguns desafios, como a "expressiva demanda e a visão especializada que dificulta o atendimento na perspectiva da integralidade do cuidado". Nesse sentido, compreendemos que o estudo apresenta a relevância das práticas interprofissionais e as potencialidades, mas não deixa de pontuar os desafios em sua efetivação.

Um desafio apresentado por Casanova et al (2018) e que nos chamou a atenção foi a questão da "expressiva demanda". Os autores apresentam esse termo para se expressar em relação a sobrecarga de trabalho que interfere no desenvolvimento das práticas interprofissionais. O estudo de Neta (2019), também aponta aspectos em relação a sobrecarga de trabalho aos profissionais residentes e preceptores, ao mesmo tempo que oportuniza interprofissionalidade. A autora, contudo, defende a ideia de que esse trabalho interprofissional contribui para a integralidade do cuidado no SUS, pois contribui para uma visibilidade maior dos papéis profissionais de cada categoria profissional, com uma clareza melhor da função de cada um e com vantagens para a aprendizagem compartilhada.

Pinheiro et al (2006), apesar de não serem autores que estudos incluídos nesse item, apontam a importância da interprofissionalidade no exercício profissional e na formação, ressaltando que, a interprofissionalidade não significa a homogeneização dos saberes e fazeres, mas "a condição de possibilidade ao surgimento de um conhecimento novo em cada profissão e no campo da saúde, pautada na desfragmentação, recontextualização e atualização" (PINHEIRO; CECCIM, 2006, p. 29).

O estudo de Shikasho (2013), contudo, apresenta um outro desafio, diferente da sobrecarga de trabalho, nesse exercício da interprofissionalidade na residência

multiprofissional. Trata-se de embates e práticas corporativas que contribuem para o fortalecimento da centralidade em uma determinada categoria profissional, dificultando o trabalho coletivo e comprometendo a integralidade e interprofissionalidade. O estudo, que data o ano de 2013, evidencia o "lugar clássico e legitimado do médico no processo de trabalho em saúde como um obstáculo para a integração entre as diferentes categorias profissionais" (SHIKASHO, 2013 p. 112)

Lago (2019 p. 53), contudo, defende a ideia de que essa centralidade deve ser concentrada nos pacientes e suas famílias, onde os cuidadores deveriam orientar as práticas e a interação nas práticas com vistas ao cuidado integral. No sentido em que se torna a materialização da colaboração no âmbito das práticas profissionais, com o reconhecimento na importância do usuário, da família e da comunidade na orientação dessas práticas.

Ambos os estudos, de Lago (2019), Shikasho (2013), Neta (2019) e Casanova et al (2018) defendem a importância das práticas colaborativas no exercício profissional, com enfoque na interprofissionalidade e na intencionalidade de fortalecer a integralidade. Ou seja, os autores compreendem que as categorias profissionais interagindo, construindo uma prática em que respeitam as atribuições mas que constroem um único cuidado são potenciais importantes para a integralidade do cuidado ao usuário do SUS.

3.6 Estudos de Projetos Político-Pedagógicos de Programas de Residência Multiprofissional em Área da Saúde

Sobre os Projetos Políticos-Pedagógicos, o levantamento bibliográfico demonstrou que há maior quantitativo de publicações acerca de cursos de graduação. Como a pesquisa foi direcionada pela busca booleana, surgiram destaque para as publicações que avaliam os PPPs dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina. No âmbito da pós-graduação, a busca só encontrou a avaliação de um PPP de um curso de mestrado. Em relação aos trabalhos estritamente relacionados aos PPPs da RMS, encontramos quatro publicações apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 8. Quadro-resumo das publicações sobre análises da Residência Multiprofissional por meio do Projeto Político-Pedagógico

N	TIPO/PERIÓDICO	TÍTULO	ANO	AUTORES
1	Artigo Científico SciELO	Residências Integradas em Saúde Mental: para além do tecnicismo	2019	Isabella Cristina Barral Faria Lima Izabel Christina Friche Passos

2	Artigo Científico SciELO	Residências Multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos	2015	Manoel Vieira de Miranda Neto Valéria Marli Leonello Maria Amélia de Campos Oliveira
3	Dissertação BDTD	Análise crítica dos projetos político-pedagógicos de dois programas de Residência Multiprofissional em saúde da família	2010	Fernanda Almeida dos Santos
4	Tese BDTD	A formação em serviço no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PRIMS/HCPA)	2014	Elisabeth de Fátima da Silva Lopes

Fonte: Elaboração própria

4. Estudo de caso dos Projetos Político-Pedagógicos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

Este estudo de caso, cujo objeto apresenta-se na Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG), temos um *corpus* de pesquisa composto por quatro Projetos Políticos Pedagógicos. São eles, os PPPs do ano de 2019 das áreas de concentração: 1. Hematologia e Hemoterapia; 2. Urgência e Emergência; 3. Terapia Intensiva e 4. Materno-Infantil. Todos estes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Goiás.

Inicialmente cabe ressaltar que a análise realizada neste estudo de caso, apesar de trazer aspectos particulares a cada um dos PPPs do HC-UFG, busca analisar de forma conjunta os quatro PPPs do HC-UFG. Trata-se de uma unidade de análise, principalmente porque a Residência Multiprofissional em Saúde representa uma subunidade dentro de todo um universo de unidades - ou seja, diz respeito a um dos programas de todo um sistema de residências multiprofissionais em âmbito nacional. Vejamos abaixo o quadro-síntese do *corpus* de pesquisa:

Quadro 9. Quadro-síntese dos Projetos Político-Pedagógicos da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG)

Projetos Político-Pedagógicos da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG)				
ANO	ÁREA	VOLUME	LINK	IDENTIFICAÇÃO
2019	Hematologia e Hemoterapia	45 páginas	PPP 1	PPP1
	Urgência e Emergência	48 páginas	PPP 2	PPP2
	Terapia Intensiva	42 páginas	PPP 3	PPP3
	Materno-Infantil	43 páginas	PPP 4	PPP4

Fonte: Elaboração própria

Em 2019, a coordenadora do Programa de Residência de todas as áreas citadas anteriormente era a Prof^a Heliny Carneiro Cunha Neves, enfermeira, mestre e doutora em Enfermagem pela UFG. Além das áreas acima, Heliny Neves também coordenava a Residência na Área de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Todos os PPPs citados acima apontam a concordância com a Resolução n.5 de 7 de Novembro de 2014, em que se determina a caracterização dos Programas.

Todos os PPPs da residência multiprofissional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás apresentam a mesma estrutura: dividem-se em 15 itens, sendo os mesmos em todos eles. Essas seções são justamente os conteúdos a serem analisados nessa pesquisa e, portanto, abordaremos cada uma delas ainda neste capítulo. Abaixo, apresentamos o quadro-resumo dos 15 itens.

Quadro 10. Estrutura dos Projetos Político-Pedagógicos da Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, vigente no ano de 2022.

Estrutura dos Projetos Político-Pedagógicos	
Itens	Sub-itens
1. Identificação	Instituição Formadora; Unidade Responsável/ Instituição Executora; Nome do Programa; Coordenador do Programa;
2. Caracterização do Programa	Período de Realização; Carga Horária; Vagas Anuais; Seleção
3. Público-alvo	-
4. Justificativa	-
5. Objetivos	Objetivo Geral; Objetivos Específicos;
6. Estrutura Acadêmica	Diretrizes Pedagógicas; Perfil do egresso; Parcerias; Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE); Tutores, preceptores e professores
7. Avaliação da aprendizagem	-
8. Infraestrutura do Programa	-
9. Minutas e Convênios	-
10. Matriz Curricular	-
11. Ementas	Eixo Transversal; Eixo de Área de Concentração; Eixo de Núcleo Específico

12. Cenários de Prática	-
13. Atividades Complementares	-
14. Semana Padrão	-
15. Processo Seletivo	-

Fonte: Elaboração própria

Apesar de esses 15 itens serem padrões nos quatro PPPs analisados, há diferença entre os conteúdos no que diz respeito ao número de vagas ofertadas. O PPP1, da área de **Hematologia e Hemoterapia** do Hospital das Clínicas aponta que, anualmente, são ofertadas 2 (duas) vagas para Biomedicina, 4 (quatro) vagas para Farmácia, 2 (duas) vagas para Nutrição, 2 (duas) vagas para Enfermagem, 2 (duas) vagas para Serviço Social e 2 (duas) vagas para Psicologia, totalizando 14 (quatorze) vagas para a essa área de concentração por ano. O PPP2, da **Urgência e Emergência**, aponta vagas para as mesmas profissões acima citadas, com a redução de (2) duas vagas para a Enfermagem e inclusão de 2 (duas) vagas para Fonoaudiologia, e (2) duas para a Fisioterapia, totalizando 16 (dezesesseis) vagas anuais.

O PPP3, da **Terapia Intensiva**, oferta 12 (doze) vagas, sendo 4 (quatro) para Enfermagem, 2 (duas) para Fisioterapia, 2 (duas) para Fonoaudiologia, 2 (duas) para Nutrição e outras 2 (duas) para Psicologia, totalizando 12 (doze) vagas anuais. E, por fim, o PPP4 da área de concentração **Materno-Infantil**, oferece 2 (duas) vagas para cada uma das profissões a seguir: Enfermagem, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social, totalizando 10 (dez) vagas por ano. Para melhor compreensão sobre essa oferta de vagas vejamos abaixo um quadro-resumo:

Quadro 11. Relação de vagas ofertadas anualmente por meio de edital público para ingresso na residência multiprofissional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

EIXO	VAGAS POR PROFISSÃO	TOTAL DE VAGAS
Hematologia e Hemoterapia	Biomedicina (2 vagas) Enfermagem (2 vagas) Farmácia (4 vagas) Nutrição (2 vagas) Psicologia (2 vagas) Serviço Social (2 vagas)	14 vagas ofertadas anualmente
	Biomedicina (2 vagas) Enfermagem (4 vagas) Fisioterapia (2 vagas)	

Urgência e Emergência	Fonoaudiologia (2 vagas) Nutrição (2 vagas) Psicologia (2 vagas) Serviço Social (2 vagas)	16 vagas ofertadas anualmente
Terapia Intensiva	Enfermagem (4 vagas) Fisioterapia (2 vagas) Fonoaudiologia (2 vagas) Nutrição (2 vagas) Psicologia (2 vagas)	12 vagas ofertadas anualmente
Materno-Infantil	Enfermagem (2 vagas) Fonoaudiologia (2 vagas) Nutrição (2 vagas) Psicologia (2 vagas) Serviço Social (2 vagas)	10 vagas ofertadas anualmente

Fonte: Elaboração própria

Em termos metodológicos, o delineamento da análise crítica de propostas pedagógicas como dos PPPs exige informações citadas anteriormente, à medida em que essa pesquisa se propõe analisar criticamente sua proposta pedagógica e curricular. Parte-se do pressuposto de que os PPPs, enquanto propostas pedagógicas, são “expressões de um projeto político e cultural” (KRAMER, 1997). Como aponta Kramer (1997), existem critérios orientadores que guiam a leitura e análise de uma proposta pedagógica com os PPPs. Para a autora, uma proposta pedagógica expressa sempre “os valores que a constituem, e precisa estar intimamente ligada à realidade a que se dirige, explicitando seus objetivos de pensar criticamente esta realidade, enfrentando seus mais agudos problemas” (*idem*, 1997, p. 21).

Kramer (1997) propõe ainda, para melhor compreensão dos aspectos que permeiam esses PPPs, que sua leitura seja guiada por categorias de análise. São elas: *autoria*, *texto* e *público*. Essas categorias, criadas pela autora, buscam compreender e sistematizar as principais questões que precisam ser respondidas na elaboração de projetos pedagógicos. Sendo assim, para a análise dos PPPs da residência multiprofissional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás utilizaremos essas categorias de Kramer (1997).

A categoria de análise *autoria* diz respeito à autoria da proposta pedagógica de educação, o que representa os sujeitos envolvidos na produção desses PPPs. A autora nesse sentido, na autoria, buscamos identificar quem foram os participantes do processo de implementação da proposta, desde o seu caráter teórico até à sua execução prática. Além disso, buscamos observar não só os sujeitos, mas a concepção de proposta pedagógica dos textos analisados. Dentro deste critério, o que mais importa é identificar, a partir da discussão sobre o caráter neoliberal que permeia o Sistema Único de Saúde, se essa concepção de

proposta pedagógica apresenta indícios de diretrizes que consideram as especificidades desse contexto em sua autoria. Portanto, cabe indagar se a autoria dos PPPs também representa um micro espaço em que se observa essa ordem vigente. Para a sua observação, serão considerados os coordenadores de Residência, os estudantes e outros autores envolvidos no processo.

Outra categoria, nomeada como *texto*, diz respeito não só ao texto em si da proposta pedagógica, mas ao seu conteúdo. Tendo como base o pensamento de Kramer (1997), consideramos que “uma proposta pedagógica é um caminho, não é um lugar: Tem uma direção, um sentido, um para quê, tem objetivos”. Conforme sugere a autora, ao analisar projetos pedagógicos como os PPPs, buscamos pesquisar o delineamento desses PPPs. Importa questioná-los em relação às suas intencionalidades no âmbito da educação e da saúde pública, sobretudo em relação à dimensão da realidade da educação em Residência Multiprofissional. Para isso, levaremos em conta os fundamentos teóricos expostos nos PPPs, os enfoques e a concepção de proposta pedagógica em análise (a diversidade na seleção de profissionais, as estratégias adotadas a fim de reduzir as disparidades de ensino entre os residentes e outras questões).

Para a análise dos PPPs, também definimos a categoria que abordará os critérios de *público*. Sabemos o público a que se destina Residência Multiprofissional, mas esta categoria investiga o que Kramer (1997) nomeia como “modelo de homem, cidadão e sociedade que lhe é subjacente”, tendo em vista que “toda proposta contém uma aposta”. Nesse sentido, consideramos que há um porquê de o Programa de Residência Multiprofissional existir, para além da necessidade formação de profissionais de saúde. A proposta contida nos PPPs expressa também uma aposta utópica do mundo, o que Kramer (1997) cita como aspectos que “fortalecem nossa ação coletiva”.

Desse modo, essas três categorias principais serão norteadoras da nossa análise e com isso buscaremos alcançar os objetivos previamente definidos na pesquisa, assim como refletir sobre as temáticas como um todo. A análise será dada a partir das informações contidas no *corpus* de pesquisa, levando sempre em consideração o fato de que esses “documentos devem ser considerados produtos, projetos e exposição de ações” (MINAYO, 2016, p. 57).

4.1 Autoria

Em relação à categoria de análise *autoria*, que diz respeito aos profissionais que participaram do processo de implementação da proposta dos PPPs desde o seu caráter de

elaboração teórica até à sua execução prática, resgatamos as informações do item 6 dos PPPs. Esse item, conforme mencionado no Quadro 9, apresenta aspectos em relação à "Estrutura Acadêmica" e alguns subitens. Um destes subitens descreve por meio de tabela nominal os profissionais que fazem parte do programa, como preceptores, tutores, e docentes. Não há distinção entre os 4 PPPs, e divisão em relação à qual profissional realiza as atividades de docência, preceptoria e tutoria. Abaixo, podemos observar a titulação dos profissionais por meio de um quadro-resumo:

Quadro 12. Qualificação dos profissionais que exercem as atividades de docência, preceptoria e tutoria no Programa de Residência Multiprofissional em Área da Saúde do HC-UFG.

	ESPECIALIZAÇÃO	MESTRADO	DOCTORADO	NÃO COMPROVARAM TITULAÇÃO	TOTAL
BIOMEDICINA	1	6	3	0	10
ENFERMAGEM	78	44	32	11	143
FARMÁCIA	14	5	5	1	24
NUTRIÇÃO	3	8	6	0	17
PSICOLOGIA	7	2	4	0	13
SERVIÇO SOCIAL	3*	7	1	0	11
*Na titulação de uma das profissionais há a classificação como "Residência"					

Fonte: Elaboração própria

Inicialmente, para analisarmos os dados desse quadro, utilizaremos o Art 11 da resolução nº 2 de 13 de abril de 2012 da CNRMS que caracteriza a função de tutor como um profissional que realiza atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos.

Nos textos dos PPPs do HC-UFG, a descrição da função de tutor surge no item 6.5 caracterizada como: "o profissional responsável pela orientação acadêmica de preceptores e de residentes vinculados ao programa". Considerando o formato multiprofissional, o curso é tutorado tanto no núcleo específico de cada profissão (tutores de núcleo) quanto na área de concentração ou campo do conhecimento (tutores de campo)." (PPP 1) Ou seja, a informação

em relação a obrigatoriedade da titulação mínima de mestre e dos 3 anos de experiência profissional, que determinada por resolução da CNRMS não aparece nos textos.

A descrição da função de preceptor também orientada pela resolução nº 2 de 13 de abril de 2012 da CNRMS, que determina que essa função só pode ser exercida por profissional com titulação mínima de especialista aparece nos 4 PPPs do HC-UFG/Ebserh com o seguinte texto "De acordo com a Resolução no 2 de 13 de abril de 2012, os preceptores são especialistas responsáveis pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde.". Ou seja, apresenta uma parte do texto da resolução nacional, mas não descreve os pré-requisitos mínimos e também obrigatórios para o exercício dessa função.

Nos PPPs, esse item que trata da identificação dos profissionais, traz como dados tabelas nominais de acordo com cada uma das categorias profissionais que compõem o programa e os seguintes dados: 1. nome; 2. titulação e 3. link do currículo lattes. Essa mesma tabela nominal aparece da mesma forma nos 4 PPPs. De acordo com essas informações quantificamos e criamos o Quadro 10, que na categoria profissional "enfermagem" e "farmácia" demonstra que há profissionais que não tiveram sua titulação acadêmica comprovada. Desse modo, e considerando que os PPPs não caracterizam quem são os profissionais docentes, preceptores e tutores de forma dividida entre as funções que exercem e também entre os eixos que exercem essas funções não é possível considerar que todos os profissionais têm a titulação mínima exigida pela legislação para exercer as funções.

Outra informação a respeito da categoria de análise *autoria* diz respeito à caracterização da qualificação profissional. Na profissão "Serviço Social", em "titulação" uma das assistentes sociais têm na titulação o nome "Residência". Enquanto os outros 218 profissionais, incluindo todas as categorias profissionais, têm as titulações definidas entre especialização, mestrado e doutorado. Sendo assim, há margem para o entendimento de que os próprios elaboradores e autores desses PPPs não considerem que a residência seja uma especialização assim como as demais. Já que a Residência Multiprofissional é caracterizada como uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*, que conforme art. 44, III da Lei nº 9.394/1996, compreende-os em programas de especialização.

Essa ausência de identificação nos PPPs dos profissionais, acerca das suas qualificações ou dos locais em que exercem a preceptoria, sugere que nem todos os profissionais possuem a qualificação mínima e/ou o tempo de experiência necessário para exercer a função. Contudo, diante das discussões realizadas no Capítulo 2, sobre os desafios de consolidação do SUS, é necessário realizar uma análise ampliada dos aspectos que interferem nessa questão. A

primeira é a de que os profissionais preceptores e tutores assumem essas funções de ensino sem uma remuneração específica e ou qualquer outro tipo de incentivo previsto pela legislação. Esse incentivo financeiro é importante para que essa ausência de qualificação dos profissionais preceptores seja reconhecida e incentivada, sobretudo entre os gestores e pela parceria interministerial. Além disso, favorece a proposta de valorização da preceptoria, para além de uma mera exigência da legislação. Nesse sentido, significa dizer que o incentivo financeiro aos profissionais preceptores permite o reconhecimento da dispensação de tempo e trabalho no exercício da preceptoria, que até o momento não é realizado. Ressalta-se que o incentivo aqui descrito trata-se do incentivo financeiro. Isso porque não é possível mensurar, por meio dos PPPs, se há outros tipos de incentivos por parte das chefias e da equipe de gestores para que os profissionais exerçam a preceptoria.

Além disso, pesquisas e notícias apontam que o sucateamento do SUS é uma realidade concreta. Esse sucateamento tem impactos na saúde que alguns aspectos já foram apontados neste trabalho. Cabe mencionar que esse sucateamento também afeta os recursos humanos do SUS. Ou seja, os profissionais que realizam o desenvolvimento da assistência em saúde estão sobrecarregados e com acúmulo de funções. No ano de 2021, por exemplo, o Conselho Nacional de Saúde afirmou que os trabalhadores da saúde atuaram em condições precárias diante da pandemia³⁵. Duas pesquisas foram realizadas entre 2020 e 2021 pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e pela Internacional de Serviços Públicos (ISP). Para ambas, as evidências mostraram desgaste físico e emocional, insônia, desejo de suicídio, dentre outras características fruto da precarização do trabalho desses profissionais em meio ao SUS. Essa precarização alcança não apenas o profissional residente, mas também o profissional efetivo, que realiza as funções de preceptoria e tutoria.

O levantamento bibliográfico realizado no capítulo anterior também apresentou o estudo de Silva (2016), baseado nos contextos históricos e políticos das legislações que regulamentaram a residência, apontando haver condições favoráveis para a residência assumir e constituir mais uma forma de precarização do trabalho no SUS, como as várias outras já existentes, tendo em vista que "o desenvolvimento da legislação que regulamenta a RMS cria condições para que a inserção do residente seja não como um trabalhador em formação para atuação no SUS, mas como força de trabalho de baixo custo" (SILVA, 2016 p. 219).

³⁵ Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1674-trabalhadores-da-saude-atuam-em-condicoes-pre>. Acesso em 18 de janeiro de 2022

Em outras palavras, essa análise crítica defende a concepção de que é dificultoso realizar uma formação alinhada aos princípios do SUS baseada na exploração de trabalho do profissional residente. Essa exploração de trabalho se dá primeiro por serem profissionais que cumprem uma extensa carga horária, segundo por não terem assegurados os direitos trabalhistas preconizados na CLT e, terceiro, e com maior determinação, pela própria realização que se dá o trabalho na sociedade capitalista. O residente, nessa proposta esvaziada, substitui um trabalhador que teria suas devidas garantias trabalhistas. Por mais que ele aprenda com esse período inserido no programa de residência, ainda há uma larga distância entre a proposta inicial e o que acontece de fato, devido às contradições postas nesta formação (SILVA, 2016).

Esse ponto retoma Andrade (2020) diz respeito ao fato de que a residência possui caráter duplo. Ao mesmo tempo em que fortalece os princípios e diretrizes do SUS, com ações de educação multiprofissional em saúde, também contribui para o fortalecimento da lógica neoliberal do capitalismo, com o reforço à formação mais centrada na prática e sob a égide da lógica produtivista (ANDRADE, 2020).

Silva (2018), apresenta elementos em relação à possível precarização do trabalho, também associada a residência multiprofissional, uma vez que afirma que na legislação específica há uma contradição explícita que “de um lado, afirma uma formação com foco na integralidade e interdisciplinaridade e, de outro, cria as condições práticas para a precarização e exploração intensa da força de trabalho do residente que atuará por dois anos com uma carga horária semanal de 60h” (SILVA, 2018 p. 207).

Percebe-se que, nessa proposta, há características de ensino e de trabalho. Mas em relação às características de trabalho, dizem respeito a características de um trabalho precarizado. A extensa carga horária, a falta da garantia de insalubridade diante dos riscos ocupacionais, ausência de 13º salário e etc. Ao mesmo passo em que possibilita a inserção de profissionais recém formados e sem experiência profissional no exercício da profissão e na assistência direta em saúde. Nesse sentido, considerando que os PPPs expressam também as intenções da proposta pedagógica seria importante que apresentassem as devidas informações nominais dos profissionais que realizam as funções e suas devidas qualificações, além de os currículos com as experiências profissionais. É possível afirmar que haveria uma maior transparência no cumprimento dos aspectos obrigatórios da legislação da residência multiprofissional.

No item 9 do PPPs, que trata das "Minutas de Convênios", há a descrição de locais em que a instituição estabeleceu parceria, por meio de convênio para a realização de rodízio externo dos profissionais residentes. Elas são descritas da seguinte forma: Secretaria Municipal de Saúde, Maternidade Dona Íris, Hospital Materno Infantil, Hemocentro, Hospital Araújo Jorge, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Universidade Federal de São Paulo, Hematologia e Laboratório de Pesquisas Clínicas Ltda (Hemolabor), Associação de Combate ao Câncer em Goiás, Associação Goiana de Integralização e Reabilitação - Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - AGIR/CRER, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS // Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal- ESCS/DF.

A análise demonstra que os preceptores, tutores e docentes desses locais não foram identificados. Desse modo, diferente da situação anteriormente descrita, em que não conseguimos identificar a titulação do profissional, nessa situação não é possível identificar além das titulações, os nomes e as categorias profissionais desses profissionais. Nesse sentido, não é possível ter a garantia que nos rodízios externos, aqueles profissionais terão acompanhamento de um profissional da mesma profissão exercendo a preceptoria, assim como previsto na legislação bem como com a devida experiência profissional e a qualificação.

No item 1.4 dos PPPs tem a descrição dos dados identificatórios da coordenadora do programa, que já foi apresentado anteriormente no texto. Contudo, em relação à composição do programa não há a apresentação das funções COREMU e de seus membros. Sobre o NDAE o item "6.4 Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE) descreve que "é constituído pelo coordenador do programa, por representantes docentes, tutores e preceptores atuantes no curso" (PPPs). Apesar de o PPP 1 apresentar quem é a coordenadora, não são apresentados os demais membros desse NDAE.

O art 9 na resolução nº 2 de 13 de abril de 2012 da CNRMS determina que o NDAE seja constituído pelo coordenador do programa, por representante de docentes, tutores e preceptores de cada área de concentração. É outro aspecto que não é possível identificar se está em cumprimento com a legislação. Isso porque nos PPPs não há a identificação dos profissionais e se há a representação de todas as áreas de concentração.

Além disso, esse item apresenta um outro questionamento. Apresentamos no subitem 3.1 do Capítulo 3 que entre as argumentações dos residentes há a reivindicação de que seja

garantida a participação de residentes no NDAE, com voz e reconhecimento, de modo que suas necessidades e demandas sejam consideradas, debatidas e efetivadas nas ações das residências nos respectivos programas. Desse modo, e considerando que nos PPPs do HC-UFG não aparecem os nomes dos atuais membros/participantes do NDAE, é possível considerar que no PPPs não fica claro se houve a efetiva participação dos residentes nas reuniões e decisões do NDAE.

Essa questão, da participação dos profissionais residentes, também diz respeito à condução e implementação dos processos decisórios da residência multiprofissional. Considerando que é um processo que deve ter suas múltiplas dimensões compartilhadas, e refletir a multiprofissionalidade e a articulação entre os profissionais e as categorias profissionais.

Kramer (1997) descreve a necessidade de, quando analisarmos a *autoria* dos PPPs, identificarmos desde o seu caráter teórico até à sua execução prática. Sendo assim, consideramos que os PPPs apresentam caráter teórico desde o item 1.1 que descreve a Universidade Federal de Goiás como instituição formadora. Esse item também é comum aos 4 PPPs que compõem o programa. É possível identificar distinções entre os PPPs a partir do item 4, que trata da "Justificativa" e da pertinência da realização da residência na área de concentração. No quadro abaixo, resgatamos trechos das justificativas de cada um dos eixos para melhor compreensão das diferenças dentre eles.

Quadro 13. Eixos de atuação e trechos das suas justificativas presentes nos Projetos Políticos-Pedagógicos da Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

IDENTIFICAÇÃO	ÁREA	JUSTIFICATIVA
PPP1	Hematologia e Hemoterapia	Os pacientes com transtornos hematológicos necessitam de atendimento especializado, que viabilize diagnóstico oportuno e tratamento adequado. Doenças de alta prevalência, tais como as anemias carenciais, podem ter atendimento resolutivo pela atenção básica, no entanto, patologias hematológicas mais graves, tais como a anemia falciforme e as doenças onco-hematológicas, necessitam de atendimento em serviços terciários que oferecem estrutura sofisticada de leitos de internação, unidades de terapia intensiva, unidades de transplantes de medula óssea, hospital-dia, pronto atendimento, suporte de hemoterapia e laboratorial.

PPP2	Urgência e Emergência	O atendimento de urgência e emergência representa forte impacto na sociedade a partir de sua direta relação com a morbimortalidade, potencializado a partir da necessidade de ações rápidas, precisas e de qualidade no atendimento como atenuantes do risco de morte.
PPP3	Terapia Intensiva	A atenção ao paciente crítico se formaliza como política pública de saúde por meio da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico (BRASIL, 2005) e a residência multiprofissional visa aprimorar o atendimento especializado à população com necessidades críticas de saúde, no cenário das Unidades de Terapia Intensiva, Unidades de Cuidados Intermediários em Terapia Intensiva e Unidades de Cuidados Progressivos em Terapia Intensiva.
PPP4	Materno-Infantil	A assistência à saúde da mulher, da criança e do adolescente é tema de grande relevância para o país em se tratando do panorama epidemiológico, sendo ressaltada em políticas públicas com enfoque na diminuição da mortalidade materna, aumento da proporção de partos normais em contraponto às cesáreas, diminuição da mortalidade infantil e neonatal, fortalecimento do aleitamento materno e ações de prevenção em todo o ciclo gravídico-puerperal e da infância, seguindo os princípios do SUS e fortalecendo a política de humanização nos atendimentos.

Fonte: Elaboração própria

Nesses itens que tratam da justificativa, o PPP de fato apresenta a relevância dos eixos do programa de residência multiprofissional para a saúde pública. Por exemplo, sabemos diante dessa justificativa que a inserção de profissionais no eixo de Hematologia e Hemoterapia é importante para consolidar um trabalho no HC-UFG que é referência para o centro-oeste. Ou seja, o HC-UFG oferta esse serviço para outros estados, para além do estado de Goiás, e, portanto, fortalecer o processo formativo desse serviço com profissionais qualificados é a justificativa defendida pelo programa.

Já o item 6 dos PPPs, denominado como Estrutura Acadêmica, apresenta os itens: 6.1 as Diretrizes Pedagógicas, 6.2 Perfil do Egresso, que tem como subdivisões a) competências a serem desenvolvidas pelos egressos do curso de Residência Multiprofissional em saúde e b) Competências específicas das profissões da área de concentração hematologia e hemoterapia. 6.3. Parcerias, 6.4 Núcleo Docente Assistencial Estruturante, e 6.5 Tutores, preceptores e

professores.

O conteúdo dos itens 6.4, que trata do NDAE, e do item 6.5 que trata dos preceptores, tutores e docentes já teve alguns elementos discutidos anteriormente. Já o item diretrizes pedagógicas traz estratégias educacionais que o programa se propõe a desenvolver durante o desenvolvimento das atividades da residência. A seguir, vejamos um trecho que define essas estratégias:

A aprendizagem dos residentes é promovida na mediação de professores, tutores e preceptores junto à assistência oferecida; b. aos estudos de literatura científica; c. ações de extensão e pesquisa, com atividades planejadas para estimular reflexão crítica sobre o trabalho em saúde e seus diversos elementos constituintes; d. desenvolvimento de competências específicas de cada profissão e também comuns à equipe multiprofissional; e. ação baseada em evidências e boas práticas clínicas a partir de guias nacionais e internacionais (PPP1).

Os PPPs analisados apresentam uma estruturação que permite que o leitor compreenda o compromisso com a parte teórica ofertada pelo programa, o que contribui para o conhecimento técnico dos profissionais residentes. Além de descrever as disciplinas que serão cursadas em cada um dos semestres, áreas de concentração e categorias profissionais. Esse quadro de oferta de disciplinas também apresenta a carga horária das disciplinas, diferente de algumas análises apresentadas no levantamento bibliográfico em que os programas não desenvolviam aulas e não respeitavam os 20% da carga horária teórica.

Esse item 6.4 dos PPPs é comum a ambos os eixos e apresenta a informação de que os métodos e estratégias de ensino-aprendizagem são variados e se alinham aos objetivos de aprendizagem previstos nos planos das disciplinas de preceptoria. As ementas das disciplinas também fazem parte dos PPPs e são trazidas nominalmente de acordo com a seguinte divisão: as disciplinas de eixo transversal (em que residentes de todas as profissões de todas as áreas de concentração estão presentes), eixo de área de concentração (específica para cada curso, neste caso área Hematologia e Hemoterapia), eixo específico (com conteúdos próprios de cada categoria profissional que fazem parte dessa área de concentração) e com as devidas carga-horárias. Diferente de diversos programas que apareceram no levantamento bibliográfico com descumprimento em relação a porcentagem da carga-horária, os PPPs da residência multiprofissional do HC-UFG demonstram transparência no que diz respeito a essa carga-horária teórica, além da publicização dos conteúdos dos semestres seguintes. As atividades teóricas estão organizadas em um quadro, por disciplinas classificadas como: eixo transversal e eixo de área de concentração específica para cada eixo. A seguir:

Quadro 14: Quadro de disciplinas dos Projetos Político-Pedagógicos da Residência Multiprofissional em Área da Saúde.

	1º semestre		2º semestre		3º semestre		4º semestre	
	CH (h)	CH (h)	CH (h)	CH (h)	CH (h)	CH (h)	CH (h)	CH (h)
Eixo transversal	Vigilância em Saúde: infecções relacionadas à assistência à saúde e vigilância epidemiológica.	48	Metodologia científica e Monografia	64	Monografia II	48	Monografia III	64
		48	Segurança do paciente	48	Sistema Único de Saúde: Políticas Públicas de saúde, educação em saúde emancipatória	64	Gestão de serviços de saúde	64
Eixo de área de concentração	Tutoria e orientação profissional de área de concentração	32	Orientação de trabalho de conclusão de residência	16	Orientação de trabalho de conclusão de residência	16	Orientação de trabalho de conclusão de residência	16
		64	Tutoria e orientação profissional de área de concentração	16	Tutoria e orientação profissional de área de concentração	16	Tutoria e orientação profissional de área de concentração	16
Eixo específico	Assistência multiprofissional em oncologia e transplante de medula óssea	64	Assistência multiprofissional em pacientes com hemoglobinopatias	64	Assistência multiprofissional em pacientes com distúrbios da coagulação	64	Assistência multiprofissional em hemoterapia	64
		16	Tutoria e orientação profissional de eixo específico	16	Tutoria e orientação profissional de eixo específico	16	Tutoria e orientação profissional de eixo específico	16
Eixo de núcleo específico Psicologia	Saúde e doença na perspectiva da psicologia da saúde	64	Psicologia da personalidade e psicossomática	64	Modalidades de avaliação e de intervenção em psicologia hospitalar	64	Terminabilidade e luto	64
		64	Hematologia clínica e laboratorial	64	Diagnóstico microbiológico em infecções relacionadas à assistência em saúde	64	Legislações e manuais técnicos para o funcionamento dos laboratórios de análises clínicas, citologia e serviços de hemoterapia	32
Eixo de núcleo específico Biomedicina	Interpretação de exames laboratoriais	64	Questão social, saúde e serviço social	64	Fundamentos históricos, teórico-metodológico do serviço social	64	Gestão da qualidade e organização em laboratório clínico e banco de sangue	32
		64	Fundamentos da política social e da segurança social brasileira	64	Cuidados farmacêuticos a pacientes hospitalizados	64	Assistência em procedimentos especiais: quimioterapia, hemoterapia e TMO	64
Eixo de núcleo específico Farmácia	Sistematização da assistência de enfermagem	64	Assistência farmacêutica em farmácia hospitalar	64	Assistência de enfermagem nas urgências e emergências hematológicas	64	Assistência em Procedimentos especiais: quimioterapia, hemoterapia e TMO	64
		64	Fundamentos do cuidar e assistência de enfermagem em doenças hematológicas	64	Atualidades em nutrição I	64	Atualidades em Nutrição II	64
Eixo de núcleo específico Enfermagem	Assistência nutricional	64	Patologia da Nutrição e Dietoterapia	64	Atualidades em nutrição I	64	Atualidades em Nutrição II	64
		64	Patologia da Nutrição e Dietoterapia	64	Atualidades em nutrição I	64	Atualidades em Nutrição II	64
Eixo de núcleo específico Nutrição	Assistência nutricional	64	Patologia da Nutrição e Dietoterapia	64	Atualidades em nutrição I	64	Atualidades em Nutrição II	64
	CH total (h)	272	CH total (h)	288	CH total (h)	288	CH total (h)	304

Fonte: Projetos Político-Pedagógicos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

Além disso, os PPPs incluem como carga-teórica os momentos de orientação profissional de área de concentração e de eixo específico, conduzidas como atividade de orientação dos tutores responsáveis, preceptores e professores com acompanhamento do processo de ensino-aprendizagem, discussão de temas inerentes à formação continuada dos profissionais e avaliação de aprendizagem. Essa garantia de tempo para orientação dos trabalhos de conclusão de curso e de tutoria também é um ponto da residência multiprofissional que vai em descontra com as evidências apresentadas nas publicações do levantamento bibliográfico. Isso porque o levantamento bibliográfico demonstra que inúmeros programas não apresentam esse compromisso com a garantia desse período de orientação.

O item 6.2 Perfil do Egresso, apresenta em um primeiro item as competências comuns a ambos os eixos a serem desenvolvidas pelos egressos do curso. Elaboramos um quadro com essas competências esperadas para os profissionais egressos, além das ementas e conteúdos das disciplinas que são ofertadas ao eixo transversal (a todas as categorias profissionais) para reconhecermos se há relação. Essa análise é importante porque no levantamento bibliográfico foi apontado que diversos estudos demonstraram que os profissionais residentes apresentaram falas sobre as disciplinas não tratarem dos conteúdos que eram exigidos na prática.

Quadro 15. Relação entre disciplinas ofertadas pelo programa de residência multiprofissional e o que o programa espera como perfil do egresso.

EMENTAS DAS DISCIPLINAS	COMPETÊNCIAS A SEREM DESENVOLVIDAS PELOS EGRESSOS
<p style="text-align: center;">Ética e bioética</p> <p>Ementa: Aspectos conceituais e históricos da ética e da bioética. Correntes teóricas do estudo da bioética. Análise das práticas de profissionais da área da saúde sob a perspectiva da ética e da bioética. Dilemas éticos e bioéticos. Tópicos atuais de reflexão. Regulamentação da ética em pesquisas envolvendo seres humanos e suas implicações.</p>	<p>VI. Atuação com liderança, comprometimento ético e criatividade;</p> <p>XV. Atitudes de empatia, proatividade, ética, colaboração, atuação interdisciplinar e liderança nas relações com a equipe multiprofissional e nos cuidados com o indivíduo em situação de urgência e emergência e sua família;</p>

<p>Vigilância em Saúde: infecções relacionadas à assistência à saúde e vigilância epidemiológica</p> <p>Ementa: Infecções relacionadas à assistência à saúde. Biossegurança. Precauções e isolamento. Vigilância epidemiológica e sanitária. Sistema de informações em saúde.</p>	<p>XIII. Prática profissional de acordo com protocolos de segurança e biossegurança;</p>
<p>Metodologia científica e Monografia I</p> <p>Ementa: Construção de projetos de pesquisa. Métodos de pesquisa. Pesquisa quantitativa e qualitativa. Prática baseada em evidências. Saber científico e relevância social no trabalho multiprofissional em saúde. Estrutura do projeto/relatório de pesquisa. Aspectos éticos da pesquisa e Plataforma Brasil. Normas de elaboração do projeto de pesquisa: Associação Brasileira de Normas Técnicas, normas de apresentação do trabalho de conclusão de Residência.</p>	<p>I. Prática profissional com qualidade técnico-científica no âmbito da prevenção, promoção e reabilitação da saúde no atendimento à população nos diferentes níveis de atenção do SUS;</p> <p>IV. Planejamento e condução de investigação científica para qualificar a assistência em saúde, propondo inovações e socializando achados e produtos;</p>
<p>Sistema Único de Saúde, Políticas Públicas de Saúde, educação em saúde emancipatória</p> <p>Ementa: História da saúde pública no Brasil. A relação entre Estado, sociedade, saúde e a garantia de direitos sociais. Seguridade social e seu impacto sobre as condições de vida e saúde da população. Sistema único de Saúde: aspectos históricos, desafios atuais e perspectivas para educação, gestão, assistência e controle social. Controle/participação social na saúde. Políticas públicas e perspectivas teórico-práticas direcionadas à educação popular em saúde, educação permanente e promoção da saúde. Trabalho interprofissional no âmbito do SUS. Carga horária: 64h</p>	<p>XVIII. Colaboração na discussão de casos clínicos de forma interprofissional, participando de ações em equipe e colaborando com a resolução de conflitos;</p> <p>XIX. Atendimento multiprofissional da admissão à alta hospitalar.</p> <p>X. Implementação de ações pautadas nas políticas de saúde da área e nas evidências científicas nas diversas linhas de cuidado e especialidades.</p> <p>VIII. Planejamento e condução de atividades de educação em saúde e educação permanente em saúde nos espaços em que atuarem, fomentando práticas educativas baseadas na realidade de seu contexto, nos métodos ativos de aprendizagem e com foco na transformação social;</p> <p>IX. Liderança entre os pares na educação permanente e continuada em saúde, fortalecendo-a em seus espaços de atuação, garantindo seu próprio desenvolvimento enquanto profissional de saúde e acompanhando progressos no atendimento às pessoas em alinhamento à universalidade, equidade e integralidade;</p>

<p style="text-align: center;">Gestão de serviços de saúde</p> <p>Ementa: Situação de Saúde no Brasil – uma base para gestão em saúde. Gestão de Pessoas, liderança e gestão de conflitos. Planejamento de serviços de saúde. Financiamento e faturamento em saúde. Custeio e custos em saúde no SUS. Auditoria. Ferramentas de gestão. Gestão de materiais. Gestão de processos em saúde. Gestão de Leitos. Regulação. Serviços de apoio hospitalar. Gestão da qualidade dos serviços de saúde. Acreditação em saúde</p>	<p>VII. Habilidades de gestão oferecendo suporte e agindo com liderança na organização dos serviços de saúde e na qualidade do atendimento aos usuários, famílias e comunidades;</p> <p>XVII. Habilidade para participação dos processos gerenciais, incluindo mensuração e análise de indicadores de qualidade, fluxo de atendimento e processos de trabalho;</p>
--	--

Fonte: Elaboração própria

De início realizamos a leitura das ementas das disciplinas do eixo transversal, disponível no item 11.1, que são aquelas disciplinas cursadas por todos os profissionais residentes de todas as categorias profissionais. Depois, analisamos o que o programa espera como competências a serem desenvolvidas pelos egressos. Essas competências, presentes no item 6.1, também são transversais a todas as categorias profissionais. Encontramos semelhanças entre os conteúdos ofertados nas disciplinas e os conhecimentos esperados como competências dos egressos, sobretudo na disciplina "Sistema Único de Saúde, Políticas Públicas de Saúde, educação em saúde emancipatória" e na "Gestão de serviços de saúde", conforme ilustrado no Quadro 12.

4.2 Texto

Utilizaremos as ementas das disciplinas para analisarmos alguns pontos da próxima categoria de análise deste estudo, nomeada como *texto*. A primeira disciplina que utilizaremos para a análise é a de "Sistema Único de Saúde, Políticas Públicas de Saúde, educação em saúde emancipatória" ofertada, de acordo com o quadro aos R2s da Residência Multiprofissional. A nossa intencionalidade é analisar seu diálogo com a intencionalidade do programa e da proposta da Residência Multiprofissional.

A disciplina "Sistema Único de Saúde, Políticas Públicas de Saúde, educação em saúde emancipatória" propõe em sua ementa, dentre outros conteúdos programáticos, a intenção de abordar temas como a história da saúde pública no Brasil, a relação entre Estado, sociedade, saúde e a garantia de direitos sociais, aspectos históricos do SUS, desafios atuais e perspectivas para educação, gestão, assistência e controle social e trabalho interprofissional no âmbito do SUS. Considerando que o art. 2º da Portaria Interministerial nº 45, de 12 de

janeiro de 2007 determina que os programas de Residência Multiprofissional sejam orientados pelos princípios e diretrizes do SUS a partir das necessidades e realidades locais e regionais, é possível considerar que há semelhanças entre o conteúdo programático da disciplina e o que a portaria determina como orientação aos programas.

Ainda nessa mesma portaria, temos no item XII do art 2º a determinação de que os programas sejam orientados pela integralidade e que contemplem todos os níveis da Atenção à Saúde. A integralidade foi um tema identificado em diversas partes desse estudo. Surge no Capítulo 1, quando abordamos os aspectos históricos do SUS, mas também quando tratamos na organização da Residência Multiprofissional como estratégia educacional, além de aparecer, principalmente, no levantamento bibliográfico realizado. A integralidade também aparece nesse item da portaria e na ementa da disciplina "Sistema Único de Saúde, Políticas Públicas de Saúde, educação em saúde emancipatória". Já no perfil do egresso, o item 6.1 dos PPPs apresenta o item II. Habilidade de reconhecer a rede de saúde na qual estão inseridos, estabelecendo articulação com outros serviços para assegurar atendimento integral;

O que queremos destacar com isso é que a integralidade é um tema que está presente na intencionalidade de todo esse universo analisado: na legislação da residência multiprofissional e nas últimas publicações do levantamento bibliográfico. A integralidade também aparece no PPPs, como oferta da disciplina, além do que se espera do profissional egresso no item IX

Liderança entre os pares na educação permanente e continuada em saúde, fortalecendo-a em seus espaços de atuação, garantindo seu próprio desenvolvimento enquanto profissional de saúde e acompanhando progressos no atendimento às pessoas em alinhamento à universalidade, equidade e integralidade (PPP 3).

Tendo em vista que a integralidade considera as pessoas como um todo, atendendo a totalidade de suas necessidades: em diferentes áreas, por meio de atendimento multiprofissional e articulação da saúde com outras políticas públicas e serviços (BRASIL, 1988), observamos que nos PPPs a integralidade aparece nesses dois itens: no perfil do egresso e no conteúdo programático. Sendo assim, nos atentamos a identificar na carga horária prática, o que os PPPs apresentam de intencionalidade para a realização da integralidade.

No item 6.3, que trata das parcerias do programa para a realização da residência multiprofissional, consta que há "parceria com outras Instituições de Ensino Superior e com as Secretarias de Saúde Municipal e Estadual, possibilitando acesso dos residentes a diferentes campos de práticas e espaços para desenvolvimento das competências". Buscamos,

portanto, compreender se as parcerias listadas apresentavam outras políticas sociais, para além da política de saúde e de seus programas e serviços. Essas parcerias pactuadas foram listadas no item 9.

As parcerias listadas no item 9 foram com as seguintes instituições: Secretaria Municipal de Saúde, Maternidade Dona Íris, Hospital Materno Infantil, Hemocentro, Hospital Araújo Jorge, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Universidade Federal de São Paulo, Hemolabor - Hematologia e Laboratório de Pesquisas Clínicas Ltda, Associação de Combate ao Câncer em Goiás, Associação Goiana de Integralização e Reabilitação - Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - AGIR/CRER, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde- FEPECS, Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal- ESCS/DF.

As parcerias surgem de uma forma genérica, sem mais detalhes. Além disso, não são definidos os locais de Secretaria Municipal de Saúde de Goiás o profissional residente poderá desenvolver as suas atividades práticas, nem sua duração, tampouco quem será o preceptor desse profissional e em quais níveis do SUS atuará. Trata-se de informações ausentes dos PPPs. Observamos que 5 dos 11 locais listados nessa lista de parcerias constituem instituições da atenção terciária em saúde.³⁶ Se considerarmos que 5 das 11 instituições são de alta complexidade, é possível considerar que há um comprometimento da inserção do profissional em serviços que permitam visualizar e fortalecer a integralidade do cuidado em seus níveis de promoção e proteção de saúde e de baixa complexidade (que seriam as unidades básicas de saúde), além de um enfoque no nível curativo de alta complexidade (que são os hospitais).

Diante disso, questões como o contato dos profissionais residentes com as unidades básicas de saúde e o perfil do egresso a que se propõe o PRMS tornam-se relevantes. Da mesma forma, identificamos uma incoerência com a dimensão de uma visão integral, já que as instituições que o programa estabeleceu parcerias são, boa parte, de alta complexidade. Por exemplo, a parceria com o Hospital Araújo Jorge permitirá acompanhar pessoas em adoecimento com câncer, o que é significativo para a sua formação, mas não contempla a integralidade do SUS. Nesse sentido, consideramos necessário que o profissional residente tivesse acesso à totalidade do sistema, entendendo todo o processo que se passou até esse câncer ser desenvolvido. Já que, ao inserir-se apenas na alta complexidade, a experiência impossibilita, por exemplo, a aproximação com a promoção de campanhas preventivas contra

³⁶ Maternidade Dona Íris, Hospital Materno Infantil, Hospital Araújo Jorge, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e Associação Goiana de Integralização e Reabilitação - Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - AGIR/CRER.

o câncer, além de outras ações anteriores.

Outro aspecto observado nessa lista de parcerias foi a de que, dentre as 11 parcerias, 9 delas são instituições de saúde. Apenas as parcerias com a "Universidade Federal de São Paulo" e a "Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde- FEPECS" não são propriamente ditas instituições de saúde e constituem instituições de educação. Desse modo, resgatamos a integralidade novamente, considerando que, para que seja de fato efetivada, é necessária uma articulação entre políticas sociais. Cabe questionar, nesse sentido, a outras instituições de outras políticas sociais. Tais como: a previdência social, a assistência social, a habitação, trabalho e renda.

Em relação à integralidade nos PPPs, consideramos que aparece na intencionalidade das disciplinas e também no perfil do egresso, mas em relação à sua efetiva realização, encontramos dificuldades em reconhecer a intencionalidade na parte prática. Isso porque as instituições em que o programa estabeleceu parcerias, para além do campo original, que é o próprio HC-UFG, foram principalmente instituições de saúde da atenção terciária. Isso significa dizer que, durante os 2 anos de residência multiprofissional, o profissional residente terá contato apenas com um dos níveis de atenção do SUS a atenção terciária e de alta complexidade.

4.3 Público

Já mencionamos que a categoria de análise *público*, que Kramer (1997) nomeia como “modelo de homem, cidadão e sociedade que lhe é subjacente”, diz respeito à ideia de que “toda proposta contém uma aposta”. Portanto, analisamos nos PPPs, a proposta e também a aposta. Em outras palavras, o que propõe, sua visão e sua intencionalidade. Partimos então, do item 5.1 dos PPPs, que apresenta como objetivo geral "preparar profissionais de saúde para o trabalho em equipe de forma articulada, com prática baseada na clínica ampliada e nas evidências científicas, nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. E como objetivos específicos:

Promover formação colaborativa e interprofissional em saúde; Fortalecer a relação ensino-serviço e articulação entre teoria e prática na saúde; Engajar tutores, preceptores, professores e profissionais em atividades diversas para o aprimoramento da assistência em saúde e educação interprofissional, e Preparar profissionais de saúde para atuação de excelência na área da saúde trabalhando a partir das demandas e políticas de saúde loco regionais e nacionais (PPP 2).

Esses objetivos, tanto gerais quanto específicos, se relacionam aos objetivos gerais da residência multiprofissional. Cujas importâncias não estamos questionando, mas reconhecendo que não observamos o diferencial da área de concentração. Tanto o objetivo geral quanto os objetivos específicos não apresentam necessariamente conhecimentos relacionados à área de concentração e/ou o eixo. Desse modo, não fica evidenciado o diferencial de cada um dos eixos.

Identificamos aspectos relacionados às áreas de concentração nas justificativas dos PPPs, que inclusive resgatamos trechos para a construção do Quadro 11 que apresenta a relevância de ter profissionais atuando nesse espaço, mas concretamente mas não há a definição de objetivos específicos aos eixos. Consideramos, portanto, que nos PPPs do HC-UFG fica clara a importância das categorias profissionais para as contribuições ao atendimento direto aos usuários no cuidado, na inserção em cada um dos eixos. Mas, apesar de buscarem egressos com perfis com especificidades, apresentam como proposta objetivos genéricos e sem direcionamentos às especificidades dos eixos.

Outro item importante a se considerar é o de que no item 6.5 não há detalhamento em relação à qualificação dos preceptores acerca da área de concentração. Ou seja, não se sabe se os preceptores possuem formação nessa área de concentração e/ou se realizaram estudos sobre Hematologia e Hemoterapia, Urgência e Emergência, Terapia Intensiva e/ou Materno-Infantil. Não se sabe, portanto, se possuem bagagem para conduzir essa preceptoria. Essa questão não diz respeito apenas aos PPPs da residência multiprofissional do HC-UFG, pois a resolução nº 2 de 13 de abril de 2012 da CNRMS exige que esses profissionais tenham especialização. Ou seja, um profissional pode ser especialista em qualquer área, sem que tenha experiência profissional naquela área de concentração.

Mencionados ao longo desse estudo inúmeros serviços prestados pelo SUS, além de dificuldades que esse sistema enfrenta e aspectos que demonstram a importância deste para a população brasileira. Nesse sentido, é possível reconhecer que é fundamental que profissionais de saúde qualificados estejam à frente de sua execução, sejam eles profissionais residentes e efetivos. Diante disso, é importante resgatar que no art. 6º da lei no 8080/1990 que trata dos campos de atuação do SUS, tem-se no item III "a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde". Ou seja, nessa lei, há uma preocupação com a formação de profissionais que exercem suas atividades de trabalho no SUS.

Uma informação divulgada³⁷ pelo Sindicato dos Trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SindSaúde em Goiás), em 2020, afirma que o SUS, naquele ano, empregava diretamente mais de 3 milhões e 500 mil profissionais de saúde. Já em 2021, um estudo do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese) baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad Contínua) apontava um crescimento de 3,3% de profissionais atuando na área da saúde humana durante a pandemia da COVID-19, ao mesmo passo que outras ocupações apresentaram queda de 8,9%. Ou seja, considera-se que o número divulgado pelo SindSaúde (GO) teve aumento significativo desde o início da pandemia.

Essas informações apontam para reconhecermos que há um grande crescimento de profissionais de saúde atuando na assistência em saúde, em particular na situação de pandemia, em que não é estabelecido conjuntamente com o desenvolvimento da residência multiprofissional serviços de absorção dos profissionais formados e egressos da residência. Essa questão permeia todo o cenário brasileiro, já que não diz respeito apenas ao HC-UFG. Até o momento, não há efetivamente no SUS uma medida ou determinação que absorva os profissionais formados no SUS após a conclusão da residência multiprofissional. Há concursos públicos que, em sua prova de títulos, reconhecem a residência multiprofissional com a mesma pontuação que qualquer outra especialização de 360 hrs.

Segundo Andrade (2020), à medida em que a residência se constitui como uma modalidade de pós-graduação, não apresenta apenas esses desafios. Na visão da autora, a formação na residência multiprofissional tem sido estruturada com o intuito de atender às necessidades oriundas do mercado de trabalho, em que nem sempre há preocupações com a qualidade da formação. Sendo assim, na visão da autora, essa proposta de ensino em saúde não representa ganhos à formação em serviço, pois a lógica da produtividade e da competitividade do mercado de trabalho não são inerentes aos princípios e diretrizes do SUS.

A autora afirma que os residentes são “sujeitos em formação”, não são “sujeitos em abstrato” e, por isso, estão igualmente “submetidos às contingências objetivas do processo de reestruturação produtiva na saúde” assim como qualquer outra categoria profissional. Para a autora, este processo está marcado, dentre outras questões, pela “privatização dos serviços, desoneração fiscal, intensificação do trabalho em saúde, precarização dos vínculos e das condições para sua realização no SUS” (SILVA, 2018, p.215).

³⁷ Disponível em <https://www.sindsaude.com.br/o-sistema-unico-de-saude-sus-e-direto-de-todos-as-lute-por-ele/>. Acesso em 12 de fevereiro de 2022.

Se resgatarmos a ideia central dessa categoria de análise, *público*, que Kramer (1997) nomeia como “modelo de homem, cidadão e sociedade que lhe é subjacente”, e que diz respeito à ideia de que “toda proposta contém uma aposta” podemos considerar a de que os PPPs do HC-UFG apresentam uma proposta de uma formação de qualidade aos profissionais residentes, apresentam a intencionalidade de um trabalho multiprofissional que cumpre os objetivos da residência e também aproximado aos princípios do SUS. Contudo, ao longo da discussão vimos inúmeras questões que comprometem e determinam esse processo formativo, apesar da intencionalidade dos PPPs e também do programa.

Essas questões são importantes para refletirmos que a residência multiprofissional precisa, ofertar uma pós-graduação que garanta um processo educativo de qualidade, com uma preocupação específica das particularidades da oferta dessa modalidade de ensino. Além disso, é necessário que o SUS além de formar profissionais, absorva-os após formados, tendo em vista que um de seus objetivos é formar profissionais para atuarem nesse sistema. Essa absorção, além de ser importante para o sistema em si, terá como profissionais atuantes aqueles que já possuem experiência.

Cabe ressaltar que a criação do Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde criado em 2021 pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) irá contribuir com inúmeras questões apontadas ao longo deste estudo. Isso porque estabelece uma série de estratégias de fortalecimento para a residência multiprofissional em busca de valorização dos residentes, do corpo docente-assistencial e dos gestores da residência, inclusive por meio de promoção e da proposta de oferta de bolsas de fomento aos profissionais.

Além disso, faz-se necessário que a discussão da residência multiprofissional não esteja limitada ao cumprimento dos objetivos dos PPPs ou no cumprimento dos itens da legislação. É essencial, no sentido de garantir uma educação de qualidade, que essa modalidade de pós-graduação esteja situada na intersecção saúde e educação, tendo em vista que enfrenta não só desafios educacionais, mas também de assistência em saúde.

Considerações Finais

Por meio do estudo realizado, definimos algumas considerações finais. Inicialmente consideramos que o desenvolvimento de estudos com o tema saúde em tempos pandêmicos da COVID 19 tem um significado extremamente particular no que diz respeito às suas determinações, tendo em vista que é um estudo sobre uma modalidade de ensino-serviço em saúde. Ao mesmo tempo em que o desenvolvimento desse estudo sofreu impactos com a suspensão temporária do calendário acadêmico da Universidade Federal de Goiás, o programa de residência multiprofissional do HC-UFG requisitou daqueles profissionais inseridos no programa o atendimento presencial às demandas de saúde, incluídos os atendimentos da população contaminada com a COVID 19. Ainda sobre as determinações da pandemia da COVID 19, tivemos acesso à notícia e à consolidação do aumento temporário do valor mensal da bolsa dos profissionais residentes³⁸.

Essas considerações em relação à situação de pandemia no mundo nos fazem compreender que o contexto da pesquisa também sofreu severas determinações. No que diz respeito à legislação específica da residência, reconhecemos que durante o desenvolvimento do estudo houve modificações específicas nessa parte da portaria, portanto os demais itens acerca da organização e do funcionamento da residência permanecem em sua forma original desde o início da pesquisa.

Em 2021, houve um marco no que diz respeito à ampliação das ações direcionadas a residências em saúde (médicas e multiprofissionais). Isso porque a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) cria, no ano supracitado, o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde que busca valorizar os residentes, o corpo docente-assistencial e os gestores da residência, por meio da promoção e da proposta de bolsas de fomento aos profissionais preceptores e tutores.

O Plano Nacional de Fortalecimento das Residências prevê, em seu texto, contribuir para a ampliação do número de profissionais especialistas, que possam realizar a preceptoria na residência. Além disso, preencher os vazios assistenciais dos locais em que não há profissionais com a devida qualificação. Essa estratégia é importante para melhorias no âmbito da residência, considerando as discussões apresentadas.

³⁸ Quando proposto ao Programa de Pós-Graduação em Educação da UFG, esse estudo considerava que a bolsa tinha como valor mensal de R\$3.330,00. Contudo, a portaria nº 580, de 27 de março de 2020 cria "O Brasil Conta Comigo", uma ação estratégica que estabelecia uma bonificação de R\$ 667,00 a mais que o valor mensal aos residentes como incentivo ao enfrentamento a COVID 19 durante o período de 6 meses. Posteriormente, essa portaria sofreu alterações em que houve a alteração do prazo de vigência para 31 de dezembro de 2021. Ou seja, de março de 2020 a dezembro de 2021 os profissionais residentes receberam o valor de R\$ 3.997,00 mensais.

Outra consideração a se fazer é a de que os profissionais residentes, apesar de estarem inseridos em uma modalidade de ensino, ainda constituem profissionais de saúde, pertencentes a classe trabalhadora e usuários do SUS. Portanto, consideramos que esses profissionais residentes não estão deslocados dos impactos neoliberais discutidos no capítulo 2, em que as políticas sociais e públicas sofrem desfinanciamento, sucateamento, e que estão emergidas em uma lógica favorável à acumulação de capital. Além disso, é impossível não reconhecer que esses impactos neoliberais, quando afetam as políticas públicas, impactam também a área da educação. Essas considerações são importantes no sentido de reconhecer que se faz necessário discutir a residência multiprofissional em âmbito nacional, e também, refletir sobre a forma que tem se realizado: um modelo assistencial, com excessiva carga-horária e que em diversas situações está em descumprimento com a legislação vigente.

A residência multiprofissional constitui um campo para pesquisas que possibilitem compreender entre outras questões: o atual formato dessa modalidade de ensino-serviço. Além de possibilitar estudos comparativos entre os programas e construir base para viabilizar estratégias interventivas e intersetoriais, que contribuam para melhorias da qualidade. Há de se ressaltar que, o estudo possibilitou reconhecer características de fidelidade à legislação da residência multiprofissional. Contudo, outros aspectos ainda não são apresentados nos PPPs de forma transparente. Defendemos a ideia de que essa apresentação contribui para uma visão ampliada do programa e de suas potencialidades e/ou dificuldades.

Destacamos que este estudo identificou lacunas a serem pesquisadas em futuras investigações, tais como: Quais são as condições de trabalho desses profissionais residentes? Quais são os incentivos para o exercício das atividades de preceptoria/tutoria? O SUS contrata os profissionais egressos da residência multiprofissional após a formação? Os profissionais preceptores e tutores têm a devida formação de forma qualificada? Quais os impactos da incontestável carga-horária de 60hs semanais para a saúde dos próprios profissionais residentes? Há também a possibilidade de se investigar essa temática por meio de estudos de caso de outras instituições e contextos, o que proporciona uma visão mais ampla acerca da conjuntura que caracteriza a Residência Multiprofissional em Saúde.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Karen Tais Cavalcanti de. Processo formativo da Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva Neonatal. 2018. 106 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico ou Profissional em 2018) - Universidade Estadual do Ceará, , 2018.

ALVES, Elaine Cristina. Residência multiprofissional, desafios e compromissos na reorientação da formação para o SUS: um estudo na atenção primária. 2015. 70f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

ANDRADE, Kércia Rocha. Residência multiprofissional em saúde: a formação em serviço no Brasil. 2020. 203 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2020.

ANTUNES, Juliane de Macedo. A preceptoria na formação do residente em enfermagem em saúde coletiva: o aprender e o ensinar no cotidiano do sistema único de saúde / Juliane de Macedo Antunes. – Niterói: [s.n.], 2016. 80 f.

BATISTA, Junior. *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade* / Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. – 1. ed. – Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011. 76 p

BEHRING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2007.

BEHRING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: fundamentos e história*. 3. ed.- São Paulo: Cortez, 2007.

BEHRING, Elaine R. *Política Social no contexto da crise capitalista*. In: Serviço Social: direitos profissionais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BEHRING, Elaine R. *Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.

BEZERRA, Tereza Cristina Alves; FALCÃO, Maria Leopoldina Padilha; GOES, Paulo Sávio Angeiras de; FELISBERTO, Eronildo. AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: construção e validação de indicadores. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 14, n. 2, p. 445-472, 15 abr. 2016. FapUNIFESP (SciELO).

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília. 1988.

BRASIL. *Lei Federal n. 8.142 de 28 de Dezembro de 1990*. Dispõe sobre participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 15 Jan. 2022

BRASIL. *Lei Orgânica da Saúde n. 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/18080.htm>. Acesso em: 7 de Jan. de 2022.

BRASIL. *Portaria Interministerial no 1.224, de 3 de outubro de 2012*. Altera a Portaria Interministerial no 1.077, de 12 de novembro de 2009, e a Portaria Interministerial no 1.320, de 11 de novembro de 2010, que dispõem sobre a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. Diário Oficial da União, Brasília, 2012d. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/docman/marco-2014-pdf/15430-port-inter-n1224-3out-2012>.

BRASIL. *Lei nº 12.513, de 26 de outubro de 2011*. Altera a Lei no 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem); e dá outras providências.

Disponível

em

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112513.htm

BRASIL. *Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005*. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm

BRASIL. *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as diretrizes e bases da Educação Nacional. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria no 95 do Ministério da Saúde, de 26 de janeiro de 2001*. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma operacional da assistência à saúde Noas-SUS 01/01. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)*

BRAVO, M. I. S. *Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. Rio de Janeiro: Cortez, 1996.

BRAVO, M. I. S., Pelaez, E. J., & Pinheiro, W. N. (2018). *As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. Argumentum*, 10(1), 6–23. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i1.19139>

BRAVO, M.I. S. *As Políticas Brasileiras de Seguridade Social: Saúde*. In: CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB-CEAD/ CFESS, 2000.

BRAVO, M.I. S. *Política de saúde no Brasil*. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2009, p. 88-110.

BRUNHOLI, Gislene do Nascimento, 1967- Caminhando pelo fio da história: a residência multiprofissional em saúde nos espaços de construção da política de formação de trabalhadores para o SUS / Gislene do Nascimento Brunholi. – 2013. 200 f.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio. *Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?*. Revista Brasileira de Educação Médica, [S.L.], v. 32, n. 3, p. 363-373, set. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022008000300011>.

BUSS, Paulo Marchiori, FILHO, Alberto Pellegrini. *A Saúde e seus Determinantes Sociais*. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007

BUSSMANN, Antônia Carvalho. *Projeto Político Pedagógico e a Gestão da escola*. In: VEIGA, Ilma Passos Alencastro (org.). Projeto Político Pedagógico da Escola: Uma construção Possível. Campinas: Papirus, 1995. p. 37- 52.

CASANOVA, Isis Alexandrina; BATISTA, Nildo Alves; MORENO, Lídia Ruiz. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 1325-1337, 2018. FapUNIFESP (SciELO).

CALIL, Gilberto Grassi. *A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista*. **Serviço Social & Sociedade**, [S.L.], n. 140, p. 30-47, abr. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.236>.

CARVALHO, Elisabete Mesquita Peres de. O processo de formação de enfermeiras e médicas na modalidade residência obstétrica a partir da percepção dos preceptores. 2020. 116 f., il. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)—Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

CARVALHO V.; CASTRO I.B. *Marco conceitual para o ensino e a pesquisa fundamental - um ponto de vista*. Rev. Bras. Enfermagem, 1985; 38 (1): 76-85.

CAVALCANTI, Ismar Lima; LIMA, Fernando Lopes Tavares de; SOUZA, Telma de Almeida; SILVA, Mario Jorge Sobreira da. Burnout e depressão em residentes de um Programa Multiprofissional em Oncologia: estudo longitudinal prospectivo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 190-198, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO).

CECCIM, R. B. *Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde*. Tempus: Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 6, n. 2, p. 253-277, 2012.

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

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. *Cfess Manifesta: Os impactos do Coronavírus no trabalho do/a assistente social*. 2020.

CORREIA, Maria Valéria Costa. SANTOS, Viviane. M. dos. SILVA, Clara Morgana Torres Rocha da. *A PRIVATIZAÇÃO DO FUNDO PÚBLICO DA SAÚDE: a complementariedade invertida do SUS. Reforma Sanitária e Contrarreforma na Saúde: interesses do capital em curso*. In: SANTOS, V. M. dos. CORREIA, M. V. C. (Orgs). Maceió: EDUFAL, 2015.

CORREIA, M. V. C. *Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS?*. In: CORREIA, M.V.C. Controle Social na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabeth et al. (orgs), Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez Editora, 2007.

COSTA NETO, Patrícia Elizabeth Widmer. *Ensinar a cuidar: um estudo sobre as práticas de preceptoria em um Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção à Saúde*. 2008. Disponível em <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/58865>.

DALLEGRAVE, Daniela; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 13, n. 28, p. 213-226, mar. 2009. FapUNIFESP (SciELO).

DALLEEGRAVE, Daniela Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde: as Residências no País das Maravilhas / Daniela Dallegrave. -- 2013.161 f.

DALLEGRAVE D. CECCIM R. B. *Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações?* Interface (Botucatu). v.17, n.47, p.759-76, out./dez. 2013.

DAMIANCE, Patrícia Ribeiro Mattar; TONETE, Vera Lúcia Pamplona; DAIBEM, Ana Maria Lombardi; FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques; BASTOS, José Roberto de Magalhães. Formação para o sus: uma análise sobre as concepções e práticas pedagógicas em saúde coletiva. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 14, n. 3, p. 699-721, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO).

DEMARCO, Egidio Antonio. Formação multiprofissional como tecnologia para qualificar a Atenção Primária à Saúde no SUS: avaliação de um programa de residência / Egidio Antonio Demarco. -- 2011.83 f

DEMO, Pedro. *Metodologia Científica em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas, 1995.

DEMO, Pedro. *Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

DIAS, Ieda Maria Ávila Vargas; PEREIRA, Alessandra Keyth; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva; CASANOVA, Isis Alexandrina. A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 40, n. 111, p. 257-267, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO).

DOMINGOS, Carolina Milena. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família : o olhar do trabalhador de saúde / Carolina Milena Domingos. – Londrina, 2012. 127 f. : il.

FERNANDES, Rafaela Bezerra. *Da conquista ao desmonte: um estudo sobre os descaminhos da política de saúde em tempos de EBSEH*. 2017. 144 f., il. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

FLEURY, Sônia Maria Teixeira. *Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS)*. In: Pensata, São Paulo, v. 49, n.4, out./dez. 2009.

FREIRE, Paulo. *Educação como prática de Liberdade*. Rio de Janeiro, 1971.

FREITAG, Bárbara Rouanet. *Escola, estado e sociedade*. 6ª. ed., São Paulo: Cortez, 1987, v.1, 142 p.

FROSSARD, Andréa Geórgia de Souza; SILVA, Emanuel Cristiano de Souza. Experiência da residência multiprofissional em serviço social e cuidados paliativos oncológicos. **Revista Katálysis**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 281-288, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO).

GADOTTI, Moacir. *Perspectivas atuais da educação*. São Paulo em Perspectiva, [S.L.], v. 14, n. 2, p. 03-11, jun. 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-8839200000200002>.

GIDDENS, Anthony. *Em defesa da sociologia*. São Paulo: UNESP, 2001.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 490-498, abr. 2005. FapUNIFESP (SciELO).

GOODE, W.J & HATT, P.K. *Métodos em pesquisa social*. São Paulo, Nacional, 1969.

GOMES, Solange Mesquita. Avaliação de habilidades para o trabalho em equipe de saúde: produção científica de Residentes Multiprofissionais em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.. 2014. 120 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, GOIÂNIA, 2014.

GOMIDE, Angela Galizzi Vieira. *Organização da Educação no Brasil: Um debate sobre a Formação de professores e a gestão democrática*. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2013.

HARVEY, David. *A produção capitalista do espaço*. Tradução Carlos Szlak. Coordenação Antônio Carlos Robert Moraes. São Paulo: Annablume, 2005.

HARVEY, David. *O neoliberalismo: história e implicações*. São Paulo: Loyola, 2008.

HORII, Cristina Leika. Um estudo da residência médica para a compreensão da formação continuada de professores. – São Paulo, 2013.

JUNIOR, E. B. OLIVEIRA, G. S.; SANTOS, A. C. O; L.SCHNEKENBERG, G. F. Cadernos da Fucamp, v.20, n.44, p.36-51/2021

LIMA, Paulo Henrique Freitas. *Sistematização da avaliação 360° com feedback na Residência Multiprofissional em Saúde*. 2019. 92f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

KERCHER, Priscila Viegas. *Cartografando os processos de ensinar e de aprender em áreas fechadas no contexto hospitalar*. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/196648/001094573.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

KRAMER, Sônia. *Propostas Pedagógicas ou curriculares: subsídios para uma leitura crítica*. Educ e Sociedade, dez. 1997; (60): 15-35.

KRÜGER, Tânia Regina. *Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS*. Serviço Social & Saúde, Campinas, v. 9, n. 10, dez. 2010.

LAGO, Luana Pinho de Mesquita *Práticas profissionais na residência multiprofissional em saúde: uma pesquisa Sócio- clínica*. Ribeirão Preto, 2019.p211 p. : il.

LAGO, Luana Pinho de Mesquita; MATUMOTO, Silvia; SILVA, Simone Santana da; MESTRINER, Soraya Fernandes; MISHIMA, Silvana Martins. A análise de práticas profissionais como dispositivo para a formação na residência multiprofissional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 1625-1634, 2018. FapUNIFESP (SciELO).

LIMA, Paulo Henrique Freitas. *Sistematização da avaliação 360° com feedback na Residência Multiprofissional em Saúde*. 2019. 92f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

LOBATO, Carolina Pereira; MELCHIOR, Regina; BADUY, Rossana Staevie. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 1273-1291, 2012. FapUNIFESP (SciELO).

LÖWY, M. “L’humanisme révolutionnaire d’Ernest Mandel”. In: ACHCAR, G. (Org.). *Le marxisme d’Ernest Mandel*. Paris: PUF, 1999.

MACHADO, Thaise Torsani Lemos. ASSAD, Kader Carvalho. *Movimento Social pela Saúde: Uma contribuição para a construção do Sistema Único de Saúde*. In: Desafios à

democracia, desenvolvimento e bens comuns. VI Congresso em Desenvolvimento Social. 2018, pág 614 a 623.

MAIA, Danielle Bezerra. Educação permanente em saúde: o programa de residência multiprofissional em saúde do Hospital Universitário Getúlio Vargas de Manaus-AM. 2015. 121 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015.

il.

MARINHO, Tanimar Pereira Coelho. Residência Multiprofissional em Saúde: um estudo sobre a integralidade e a interdisciplinaridade em um hospital de Urgência e Emergência. 2017. 270 f. Dissertação(Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia-GO.

MAROJA, Maria Clara Santana. JUNIOR, José Jailson de Almeida. NORONHA, Claudianny. *Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional*. Interface (Botucatu). 2020; 24: e180616. <https://doi.org/10.1590/Interface.180616>

MARX, Karl. *Contribuição à crítica da economia política*. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, Karl. *Manuscritos Econômico-Filosóficos*. São Paulo: Boitempo, 2010.

MARX, Karl. *O Capital: crítica da economia política*. São Paulo: Civilização Brasileira, 2001. Livro I. (18a ed.).

MARX, Karl. *O Capital*. Tomo 1, Volume 1. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de Residência integrada em cenas: a torção no discurso universitário para a formação do profissional em saúde / Roberto Henrique Amorim de Medeiros; orientadora: Margareth Schäffer. – Porto Alegre, 2011. 182 f.

MEDINA, Aline Gomes. Terapia ocupacional e a educação para interprofissionalidade em residências multiprofissionais em saúde / Aline Gomes Medina. -- São Paulo, 2016. Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Ciências da Reabilitação.

MELO, Cardoso de J. A. *Educação e as Práticas de Saúde*. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venancio (Org.)Trabalho, Educação e Saúde: reflexões críticas de Joaquim Alberto Cardoso de Melo. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MENEZES, A. A.; ESCÓSSIA, Liliana da. A Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia para a humanização: modos de intervir no cotidiano de um hospital universitário. **Fractal: Revista de Psicologia**, [S.L.], v. 30, n. 3, p. 322-329, 26 nov. 2018. Pro Reitoria de Pesquisa, Pos Graduacao e Inovacao - UFF.

MENEZES, A. A.; ESCÓSSIA, Liliana da. A Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia para a humanização: modos de intervir no cotidiano de um hospital universitário. **Fractal: Revista de Psicologia**, [S.L.], v. 30, n. 3, p. 322-329, 26 nov. 2018. Pro Reitoria de Pesquisa, Pós Graduação e Inovação - UFF.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. *O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública—austeridade versus universalidade*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro. v.43, p. 58-70, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWpt/?format=pdf&lang=p>. Acesso em 26 dez. 2021.

MENICUCCI, T. M. G. *Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processo e trajetória*, 2003. Tese de Doutorado, Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2016.

MIRANDA NETO, Manoel Vieira de; LEONELLO, Valéria Marli; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 68, n. 4, p. 586-593, ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. *Serviço Social e Saúde* ”“: *desafios intelectuais e operativos*. SER Social, [S. l.], v. 11, n. 25, p. 221–243, 2010. DOI: 10.26512/ser_social.v11i2 5.12733. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/ER_Social/article/view/12733. Acesso em: 5 out. 2022.

MONTAÑO, C; DURIGUETTO, M.L. *Estado, classe e movimento social*. 3.ed- São Paulo: Cortez, 2011. – (Biblioteca básica de serviço social; v.5).

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 19, n. 4, p. 814-827, dez. 2010. FapUNIFESP (SciELO).

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do. *A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS*. Débora Dupas Gonçalves do Nascimento. – São Paulo, 2008. 142 p.

NETA, Ana Maria Pedroso de Campos. *A Residência Multiprofissional em Hospital Assistencial*./Ana Maria Pedroso de Campos Neta -- São Paulo, 2019. 149f.

NETO, Manoel Vieira de Miranda. *Limites e potencialidades da residência multiprofissional em saúde para a educação interprofissional* / Manoel Vieira de Miranda Neto. São Paulo, 2015. 204 p.

- NETTO, José Paulo. *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1996.
- NEVES, Denise Carmen Andrade; GONÇALVES, Carla Ágda; FAVARO, Tereza Cristina Pires. Pós-graduação e Residência Multiprofissional em Saúde HC-UFG: a produção do serviço social. **Revista Katálysis**, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 225-233, ago. 2017.
- NORONHA, J.C.; SOARES, L.T. *A política de saúde no Brasil nos anos 90*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2):445-450, 2001.
- OLIVEIRA, Fernanda Rocco. *Residência multiprofissional em saúde da família: limites e possibilidades para mudança na formação profissional*. 2007. 110 f. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.
- PASTORE, Marina di Napoli. **PROCESSOS DE FORMAÇÃO E CENÁRIOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM: discussão sobre práticas em saúde e educação em serviço no curso de graduação em terapia ocupacional da fmusp. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [S.L.], v. 26, n. 2, p. 431-441, 2018. Editora Cubo.
- PÁDUA, Elisabete M. M. de. *Metodologia da pesquisa: abordagem teórico prática*. Campinas: Papyrus, 2004.
- PAIM, Jairnilson Silva. *Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes*. Brasília: ANVISA/ISCUFBA, 2001.
- PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- PAIM, Jairnilson Silva. *Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1723-1728, 2018
- PEREIRA, P.A e STEIN, R.H. *Política social: universalidade versus focalização*. Um olhar sobre a América Latina in: BOSCHETTI et all. *Capitalismo em Crise. Política Social e Direitos*. São Paulo: Cortez. Ed., 2010. P. 106-130
- PINHEIRO, Roseni. CECCIM, Ricardo Burg. MATTOS, Rubem Araújo de. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde / Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim e Ruben Araujo de Mattos, organizadores*. 2. ed. – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006. 336 p. ISBN 85-9737-35-7.
- POLADIAN, Marina Lopes Pedrosa. *Estudo sobre o Programa de Residência Pedagógica da UNIFESP: uma aproximação entre Universidade e Escola na formação de professores*. 2014. 130 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.
- RAMOS, C.L.; CARDOSO DE MELO, J. A. & SOARES, J. *Quem educa quem? Repensando a relação médico paciente*. In: MINAYO, C., COSTA, N.R. & RAMOS, C.L. *Demandas Populares e Políticas Públicas*, Rio de Janeiro: Vozes, 1989.

RESENDE, Lúcia Maria Gonçalves de. *Paradigma-Relações de Poder -Projeto Político-Pedagógico: Dimensões indissociáveis do fazer educativo*. In: Projeto Político-pedagógico da escola: Uma construção possível, 1995.

ROSA, Soraya Diniz; LOPES, Roseli Esquerdo. Tecendo os fios entre educação e saúde: avaliação do programa da residência multiprofissional em saúde. **Avaliação**: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas), [S.L.], v. 21, n. 2, p. 637-660, jul. 2016. FapUNIFESP (SciELO).

ROSA, Soraya Diniz; LOPES, Roseli Esquerdo. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 7, n. 3, p. 479-498, nov. 2009. FapUNIFESP (SciELO).

ROSADO, I. V. M; FREITAS. G. A. *As contradições do direito à saúde no capitalismo: apontamentos da realidade brasileira*. SER Social, Brasília, v. 22, n. 47, jul./dez, p. 368-388, 2020.

SANTOS, Camille Correia. O precariado escondido sob o véu da formação profissional: o caso das residências em área profissional da saúde / Camille Correia Santos. – Rio de Janeiro, 2018. 169 f.

SANTOS, Fernanda Almeida dos. Análise crítica dos projetos político-pedagógicos de dois programas de residência multiprofissional em saúde da família. 2010. 103 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

SHIKASHO, Larissa. Os Programas de Residência e a Integralidade da Atenção : um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde / Larissa Shikasho. – 2013. 209 f.

SILVA, Quelen Tanize Alves da. Residência multiprofissional em saúde/ Quelen Tanize Alves da; Silva; – Porto Alegre, 2010. 137 f.

SILVA, Letícia Batista. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálisis**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 200-209, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO).

SILVA, Letícia Batista da. *Trabalho em Saúde e Residência Multiprofissional: problematizações marxistas*, 2016

SILVA, Letícia Batista. *Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica*. **Revista Katálisis**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 200-209, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>.

SILVA JUNIOR, Renê Ferreira da. *Saber ser, saber conhecer, saber saber”: compreendendo as vivências, saberes e as práticas pedagógicas de preceptores em um Programa de*

Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Disponível em <http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/handle/1/1760>, 2018.

SOARES, G. M. M. Colaboração e educação interprofissional na pós-graduação em saúde : estudo de caso da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. 2015. 286 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)– Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

SOUSA, Núbia Maria Lima de. Conhecimento de preceptores da residência multiprofissional em saúde sobre metodologias de ensino. 2017. 66f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa; SOUZA, Francisca Lopes de; LIRA, Geison Vasconcelos; DIAS, Maria Socorro de Araújo; SILVA, Geórgia Sibebe Nogueira da. Avaliação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família por indicadores. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 53-77, 2015. FapUNIFESP (SciELO).

VEIGA I.P.A. (org). *Projeto Político-pedagógico da escola. Uma construção possível.* Campinas (SP): Ed. Papyrus, 1995

VEIGA, I.P.A. e FONSECA, M. (orgs.). *As dimensões do projeto político-pedagógico: Novos desafios para a escola.* Campinas, SP: Papyrus, 2001.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*/Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi - 2.ed - Porto Alegre: Bookman, 2001.

WETZEL, Christine; KOHLRAUSCH, Eglê Rejane; PAVANI, Fabiane Machado; BATISTELLA, Franciele Savian; PINHO, Leandro Barbosa de. Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 1729-1738, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0664>.