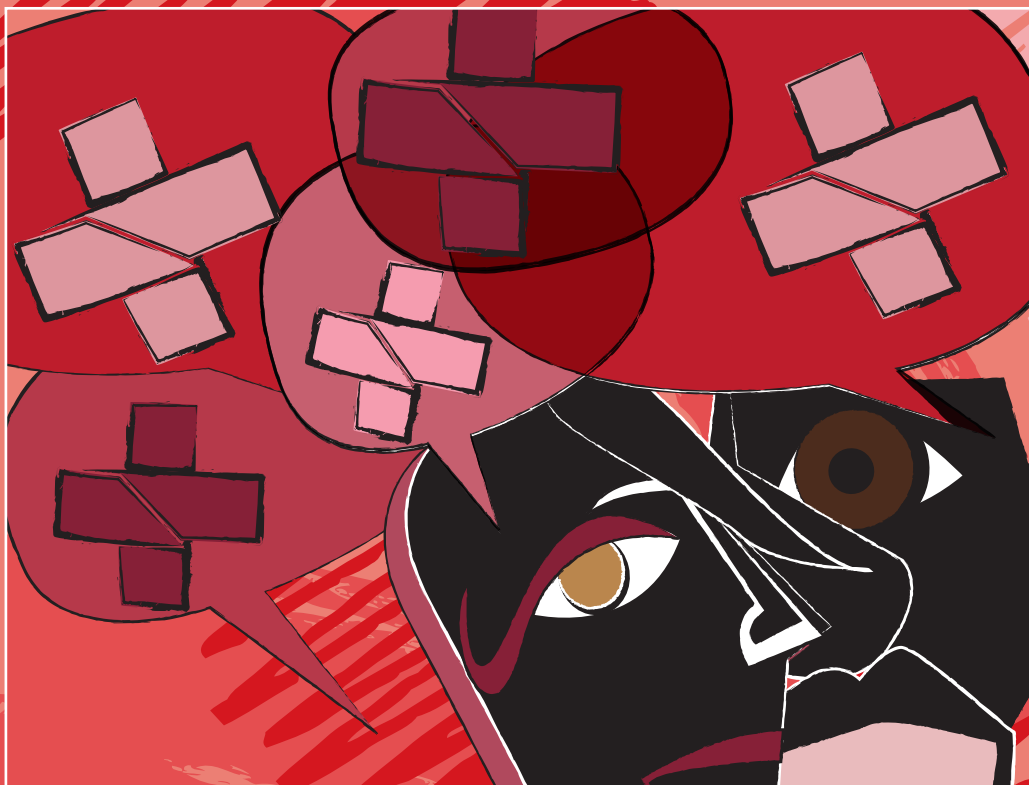


6

SÉRIE
TRABALHO E PROJETO PROFISSIONAL NAS POLÍTICAS SOCIAIS



Residência em Saúde e Serviço Social

subsídios para reflexão



Brasília (DF) | 2017



Residência em Saúde e Serviço Social

subsídios para reflexão



CFESS
CONSELHO FEDERAL
DE SERVIÇO SOCIAL

Brasília (DF) | 2017

Conselho Federal de Serviço Social - CFESS

Gestão É de batalhas que se vive a vida! (2017-2020)

Presidente

Josiane Soares Santos (SE)

Vice-presidente

Daniela Neves (RN)

1º Secretária

Tânia Maria Ramos Godoi Diniz (SP)

2º Secretária

Daniela Möller (PR)

1º Tesoureira

Cheila Queiroz (BA)

2º Tesoureira

Elaine Pelaez (RJ)

Conselho Fiscal

Nazarela Silva do Rêgo Guimarães (BA)

Francieli Piva Borsato (MS)

Mariana Furtado Arantes (MG)

Suplentes

Solange da Silva Moreira (RJ)

Daniela Ribeiro Castilho (PA)

Régia Prado (CE)

Magali Régis Franz (SC)

Lylia Rojas (AL)

Mauricleia Santos (SP)

Joseane Rotatori Couri (DF)

Neimý Batista da Silva (GO)

Jane de Souza Nagaoka (AM)

Residência em Saúde e Serviço Social

subsídios para reflexão

Redação e sistematização

Alessandra Ribeiro, Juliana Melin, Leticia Batista,
Morena Marques e Rodriane Souza

Organização

Comissão de Comunicação CFESS: Lyllia Rojas (coordenação),
Daniela Castilho, Daniela Neves, Mauricleia Santos e Joseane Couri

Comissão de Formação Profissional CFESS:

Daniela Neves (coordenação), Tânia Diniz, Franciele Piva, Joseane Couri,
Neimiy Batista

Comissão de Seguridade Social CFESS: Elaine Pelaez (coordenação),
Solange Moreira, Cheila Queiroz, Daniela Castilho, Lyllia Rojas, Magali Régis,
Mariana Furtado, Nazarela Guimarães e Régia Prado

Revisão

Assessoria Especial: Zenite Bogea
Assessoria de Comunicação do CFESS: Diogo Adjuto e Rafael Werkema

Projeto gráfico e capa

Rafael Werkema

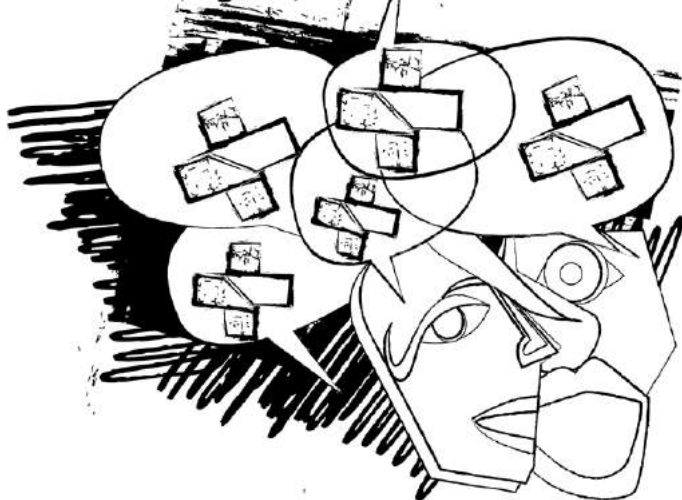
Diagramação

Ideorama Comunicação

Brasília - 2017

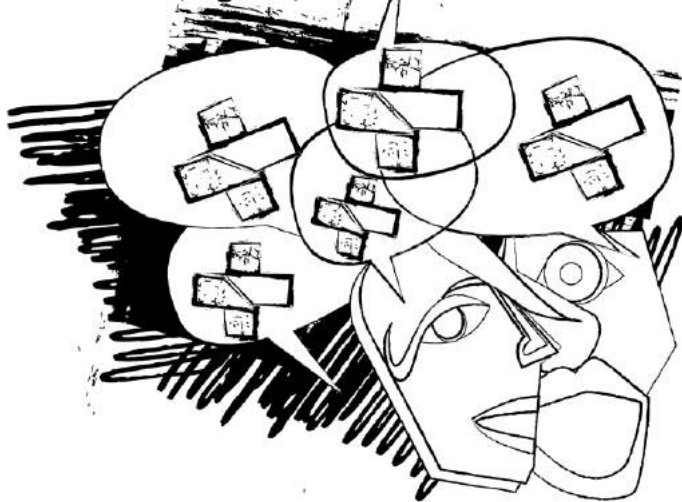


Setor Comercial Sul (SCS), Quadra 2, Bloco C.
Ed. Serra Dourada - Salas 312/318
CEP: 70300-902 - Brasília - DF
Tel.: (61) 3223-1652 | e-mail: cfess@cfess.org.br
Site: www.cfess.org.br



Sumário

Apresentação	07
1- A relação entre o Projeto Ético-Político do Serviço Social e a Reforma Sanitária Brasileira	09
2- Histórico das Normatizações da Residência Multiprofissional em Saúde	21
3- A supervisão de estágio e as residências: problematizações necessárias	41
O I Seminário Nacional Residência em Saúde e Serviço Social	45
Agenda de desafios	47
Referências	49



Apresentação

É com satisfação que a gestão do CFESS *É de batalhas que se vive a vida (2017-2020)* lança a publicação **Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão**. Sexto volume da série **Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais**, o documento tem a intenção de sistematizar, de forma introdutória, as informações e debates realizados ao longo dos últimos anos sobre o Serviço Social e as residências em saúde, espaços de formação e de exercício profissional da/o assistente social.

Esta publicação dá concretude a um debate requerido pela categoria que trabalha na área da saúde, já que apresenta o histórico, os dados e as polêmicas no campo das residências em saúde, expressando os desafios postos na luta em defesa da seguridade social, do Sistema Único de Saúde (SUS) e do trabalho e da formação profissional de qualidade.

Seguindo na direção dos projetos de Reforma Sanitária e Ético-político profissional, e buscando maior qualidade ao atendimento prestado à população usuária dos serviços de saúde em todo o Brasil, a publicação tem o intuito também de fortalecer o trabalho e a formação das/os assistentes sociais – preceptores/as, tutores/as e residentes – na/em saúde.

O documento está estruturado em três partes. Inicialmente, buscamos apresentar o debate acerca da relação entre o projeto ético-político do Serviço

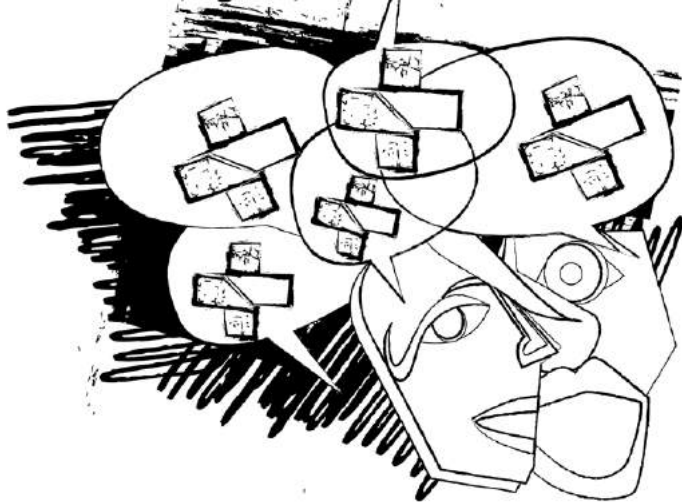
Social e a Reforma Sanitária brasileira, que fundamenta nossa inserção nas residências. Na segunda parte, buscamos resgatar o histórico das Normatizações da Residência Multiprofissional em Saúde, indicando avanços e retrocessos nesse campo e, por fim, na terceira parte, intitulada “Supervisão de estágio e as residências: problematizações necessárias”, nos dedicamos a problematizar as questões que envolvem a supervisão de estágio e os programas de residência.

Resultado do trabalho desenvolvido pelas Comissões de Seguridade Social e Formação Profissional do CFESS, esta publicação contou com a imprescindível participação de muitos sujeitos na construção das reflexões ora aqui apresentadas. Assim, agradecemos nossas representações do CFESS nas Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, as gestões da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss), as preceptoras, tutoras e residentes que participaram de reuniões de articulação e realização do Seminário Nacional Residência em Saúde e Serviço Social (realizado em setembro de 2016), além das pessoas responsáveis pela sistematização desse documento.

Não pretendemos oferecer, neste documento, respostas tecnicistas e automatizadas para demandas de assistentes sociais no campo da residência em saúde. Queremos sim é trazer as reflexões acerca de princípios e valores que guiam nossa intervenção profissional.

E, em meio uma conjuntura de ataques e desmontes das políticas sociais, em especial a saúde pública, mercantilizada e privatizada cada vez mais, esta publicação significa a organização, a resistência e a luta de uma categoria em defesa da saúde pública, universal, estatal e de qualidade para toda a população.

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)
Gestão É de batalhas que se vive a vida! (2017-2020)



1- A relação entre o projeto ético-político do Serviço Social e a Reforma Sanitária brasileira

Compreender a relação entre o projeto ético-político do Serviço Social e a Reforma Sanitária no Brasil é fundamental, especialmente em tempos de contrarreforma do Estado e ataque aos direitos sociais conquistados por meio da organização e luta dos/as trabalhadores/as.

Sabemos que as discussões e lutas sociais da passagem das décadas de 1980 a 1990 contribuíram para consolidar as bases de um *novo* projeto profissional do Serviço Social, agora vinculado a um projeto social radicalmente democrático e coletivo. Os renovados valores e princípios do Serviço Social ressonaram os debates e proposições da Reforma Sanitária.

Todavia, no tempo presente, o que encontramos em tela é a diminuição do espaço público democrático e estatal, acompanhado do encolhimento dos direitos sociais conquistados, aqui especialmente tratado o campo da saúde.

1. O Projeto Ético - Político do Serviço Social

Por Projeto Ético-Político compreendemos um dado projeto profissional, constituído por um sujeito coletivo – a categoria de assistentes sociais – que dispõe tanto de reconhecimento jurídico-político por parte do Estado, o qual

legítima e demanda o seu fazer²⁵, como de balizas norteadoras para a sua formação e intervenção a nível teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo. É este corpo profissional, por meio de seus instrumentos formativos, político-organizativos e reguladores – as unidades de formação acadêmica, executiva de estudantes (ENESSO), associação de ensino e pesquisa (ABEPSS) e conselhos de fiscalização (conjunto CFESS/CRESS) – que elabora o seu estatuto profissional. Em outras palavras, a *deontologia* da profissão. Segundo Netto, os projetos profissionais contêm em si algumas características fundamentais:

(...) apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (NETTO, 1999, p.4).

De modo a entender a auto-imagem do Serviço Social e os elementos que desta decorrem, partimos de uma constatação fundamental, alicerçada no método materialista-histórico de análise: a assertiva de que esta profissão possui duas dimensões indissociáveis, de viés objetivo e subjetivo. A primeira é a base concreta sob a qual esta profissão se realiza e se faz necessária – a produção e reprodução das relações sociais – que configura o Serviço Social enquanto uma especialização do trabalho coletivo, circunscrito aos padrões macrosociedadeiros de regulação social e suas expressões particulares a nível nacional. A direção que esta prerrogativa objetiva confere à atuação profissional “condiciona e mesmo ultrapassa a vontade e/ou consciência de seus agentes individuais” (IAMAMOTO, 2000, p.73).

A segunda dimensão – de caráter subjetivo – diz respeito à forma como tais condicionantes macrosociedadeiros são refratados no interior da categoria e por esta analisados e projetados na consciência e respostas interventivas de seus agentes. Nesse sentido, podemos afirmar que o caráter ético-político deste projeto recai em escolhas de caráter mais amplo, condizentes à relação entre profissão e projetos societários, o que nos possibilita estabelecer estratégias profissionais e políticas para fortalecer os interesses do capital ou do trabalho.

²⁵ Sobre a relação entre profissão, Estado e assalariamento cf. IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, R. C. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação teórico-metodológica. São Paulo: Cortez, 2000.

A opção desta profissão pelo trabalho deu-se assim, junto à ascendente reorganização da classe trabalhadora no Brasil ao final da década de 1970, no período histórico compreendido entre a crise de legitimidade da ditadura militar e a emergência do que Chasin (2000, p.89) nomeou por ser o nosso “movimento democrático de massas”. É sobre este solo histórico de lutas sociais mais amplas que se constitui a condição política – primeira e necessária – para ruptura com o conservadorismo profissional, tantas vezes metamorfoseado e “disfarçado” no interior da categoria. Crítico às origens tradicionais do Serviço Social, o *Movimento Intenção de Ruptura* foi a expressão de um movimento particular da profissão, renovador de suas bases fundamentais, cujo caráter classista e radicalmente humano o punha em sintonia direta com as aspirações do conjunto dos trabalhadores ao final do longo ciclo autocrático-burguês²⁶.

O que vai caracterizar o então citado “movimento democrático de massas” é o amadurecimento das lutas operárias, que superam o limite da resistência democrática e atingem a sua plena afirmação na constituição de uma identidade de classe. A primeira característica deste movimento estaria no aumento do alcance mobilizador dos “de baixo”: a pluralidade da nova pauta a incorporar grupos socialmente discriminados (mulheres, negros, indígenas, crianças etc.), a revitalização do movimento sindical, a ampliação das greves para as cidades, o campo e o setor de serviços; o reforço aos comitês de fábricas, comissões operárias e oposições sindicais; a realização das assembleias gerais de fábrica e a articulação entre reivindicações sindicais-corporativas – por salário, direito de greve e condições de trabalho – com as de cunho político-nacional. Já a segunda característica, consiste na consolidação de instrumentos políticos próprios, dirigidos por um programa revolucionário e contra hegemônico.

Podemos afirmar a partir de tal análise, que a luta pela democracia repercutiu no corpo profissional e imprimiu neste as exigências políticas, econômicas e culturais postas na ordem do dia. Importa destacar aqui que o “ponto” de aglutinação e impulso organizativo para o movimento democrático, simbólico a todos os grupos em ascendência no período - do operariado às massas populares - consolidou-se, justamente, em torno das requisições por direitos sociais até então negligenciados pela nossa “democracia” restrita. Em outras palavras, a base operativa e material sobre

²⁶ Cf. NETTO, José Paulo. Ditadura e Serviço Social – Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996; e A construção do Projeto Ético Político do Serviço Social frente à crise contemporânea. In: CEFESS/ABEPSS; CEAD/UNB (Org.). Crise contemporânea, questão social e Serviço Social. Capacitação em Serviço Social e política social. Brasília: CEAD/UNB, 1999.

a qual se exerce esta profissão era o “alvo” das reivindicações sociais. É justamente em torno do trabalho, da saúde, da educação, da assistência, da previdência social, do direito à cidade e à agricultura familiar, dentre tantas outras bandeiras, que se buscou articular a direção estratégica de um projeto societário que rompesse com a exploração e todas as formas de opressão tão presentes no capitalismo.

Nesta perspectiva, construiu-se, referenciado nos valores inerentes ao movimento social, um “novo projeto profissional que, vinculado a um projeto social radicalmente democrático, redimensionava a inserção do Serviço Social na vida brasileira, compromissando-o com os interesses históricos da massa da população trabalhadora” (CFESS, 1993, p.20). Dentre tais valores e princípios inscrevem-se no Código de Ética dos Assistentes Sociais (CFESS, 1993):

- Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- Defesa, aprofundamento e consolidação da cidadania e da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero;
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, idade e condição física.

A luta pela *reforma sanitária* foi uma bandeira marcante dentre as “Reformas burguesas em atraso” postas na agenda dos anos 1980. Naquele período a ampliação do acesso à saúde dava-se em concomitância à mercantilização dos serviços, visto no avanço das empresas farmacêuticas, de equipamentos e a autonomização de serviços terceiros dentro do *complexo previdenciário de assistência médica*²⁷. Esse padrão americano da seguridade social – privatista dos direitos e políticas sociais – estava tecnicamente justificado no discurso “moderno” das elites, que diagnosticavam como problemas da política de saúde “a ausência de planificação, a falta de capacidade gerencial e a pouca participação da iniciativa privada” (BRAVO, 2007, p.41-44)²⁸.

Crítico às características do modelo de saúde vigente (gestão autoritária, restrita e centralizada; a dependência do segmento hospitalar privado e a ênfase individual e curativa) o **movimento sanitário** emergiu junto à crise da ditadura militar. A partir da segunda metade do regime (1974-1984), a capacidade de ampliação desta forma de mercantilização dava claros sinais de esgotamento, tanto pela incapacidade do Estado em dar respostas às demandas por serviços médicos massificados e de qualidade; como pelos limites impostos à conjuntura econômica, expressos na crise do “milagre econômico”, que conduziam à pauperização enormes contingentes sociais.

Constituído por setores progressistas da saúde pública, o desenvolver do movimento sanitário é concomitante com o crescimento de encontros e produções acadêmicas na área da saúde coletiva. Circunscritas à demanda por um novo padrão de bem-estar, as lutas sociais e a requisição popular pelo direito à saúde apresentava-se aos profissionais de saúde como uma tarefa: a construção de uma *contra-política de saúde*. Assim como no movimento de renovação do Serviço Social, a Saúde também passava por uma releitura crítica, tomando sentido como parte e expressão dos determinantes estruturais e conjunturais

²⁷ Para Braga e Góes de Paula (apud Vianna, 1998) ocorria uma divisão de trabalho entre hospitais oficiais (públicos) e privados. Aos primeiros, geralmente dispo de melhores equipamentos, ocorriam os casos mais graves de tratamento, mais demorados, difíceis e custosos. Aos hospitais privados, financiados pelo fundo público, destinavam-se os casos mais lucrativos, rápidos e baratos. Não devendo também ser esquecida a prática recorrente na época, de reserva de leitos especiais e procedimentos de alta sofisticação nos hospitais públicos para os ocupantes de postos dirigentes na burocracia estatal.

²⁸ Segundo Vianna (1998, p.137) “a contratação de hospitais e credenciamento de prestadores passaram a ser as práticas dominantes do INPS, substitutivas do investimento nas unidades próprias (Donnangelo, 1975, mostra que já em 1967 cerca de 80% dos hospitais em funcionamento no país estavam controlados pelo INPS, embora a maioria deles pertencesse ao setor privado). Do que decorreu em grande parte a transformação do setor privado existente, que deixou de ser predominantemente composto por instituições beneficentes (em 1945, cerca de 85% da rede particular de hospitais) e ingressou com ímpeto na economia capitalista”.

da realidade social brasileira. Segundo Bravo (2007, p.58), o que se enfatizava era “a análise das transformações ocorridas no setor saúde, relacionando-as com os efeitos perversos da economia centralizadora que agravou as condições de vida e hígidez da população, dificultando o seu acesso a bens essenciais”.

Dentre os sujeitos deste processo, destacavam-se o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)²⁹; as entidades da sociedade civil de apoio – a CNBB, a OAB, a SBPC, o Centro Brasil Mulher, sindicatos, partidos políticos, associações universitárias e comunitárias – e a organização da categoria médica, por meio do Movimento de Renovação Médica (REME) e da Associação Nacional de Médicos Residentes. Tais movimentos, organizados em torno da bandeira sanitária desvelaram a contradição central posta na gestão estatal: entre a política de saúde democrática (ampliada, universal e socialmente referenciada) e a saúde privatista. De forma sistemática, poderíamos empreendê-las sobre uma dupla caracterização:

- **A proposta privatista** - conservadora e, ao mesmo tempo, “modernizante” sob a ótica de acumulação do capital no setor de serviços. Este bloco de interesses era composto por grupos empresariais privados (nacionais e internacionais) representados na Federação Brasileira de Hospitais e na Associação de Indústrias Farmacêuticas. Tais setores almejavam o afastamento do setor público na prestação dos serviços de saúde sob dois aspectos: por meio do financiamento de serviços ao setor privado pelo poder público; como, na redução da presença estatal à população pauperizada, incapaz de alimentar a especulação dos serviços privados pelos seus baixos rendimentos salariais.

- **A proposta sanitária** - propugnada pelo movimento de Reforma Sanitária, supunha a saúde como direito universal de cidadania, o que implicava a centralidade e responsabilidade pública estatal sobre a prestação dos serviços de saúde, bem como um setor privado restrito à complementaridade.

É sobre esta proposta que se redefine o horizonte da saúde pública na **VIII Conferência Nacional de Saúde**, realizada em 1986 em Brasília. A partir desta³⁰, a interpretação da saúde adquire um caráter de totalidade, ultrapassa

²⁹ Bravo (2007) reconhece no CEBES um grande estimulador e articulador do movimento sanitário. Segundo a autora, sua finalidade “foi gerar correntes de ideias que defendessem a saúde coletiva, reduzir conhecimento sobre a saúde da população; articular este conhecimento e demais produções com uma prática política concreta. Como centro de estudos propôs ser uma instância de organização do saber sobre a saúde, e sua aplicabilidade efetiva na formulação de contra-políticas” (Ibidem, p.58).

³⁰ A VIII Conferência Nacional de Saúde contou com a participação de mais de 4.500 pessoas.

o modelo biomédico e hegemônico e cria raízes sobre as reivindicações populares postas na realidade cotidiana da vida social. Nesta perspectiva, a saúde é compreendida enquanto:

resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, ANAIS, 1987, p.382).

Dentre os frutos da VIII Conferência, além dos seus desdobramentos em conferências por temáticas específicas como: Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde do Trabalhador e Saúde Indígena, esta construiu as orientações necessárias para a Assembleia Nacional Constituinte, cuja pressão popular imprimiu à Constituição Federal de 1988 a universalidade do acesso à saúde, a centralidade do Estado na regulamentação, fiscalização e execução dos serviços, bem como a construção de um **Sistema Único de Saúde**, descentralizado, unificado e sob controle social.

O Sistema Único de Saúde, como parte indissociável da Seguridade Social brasileira, é regulamentado em 1990 pela **Lei Orgânica da Saúde (LOS)**. Nesta, reafirma-se o **conceito ampliado de saúde**, segundo a compreensão de que os fatores determinantes e condicionantes dos “níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (art. 3º). Em outras palavras, o que aqui se expressa – na conquista da base jurídico-política da lei – é o entendimento de que a garantia das condições de bem-estar físico, mental e social da coletividade tem como pressuposto inicial o Estado democrático direito, mas não apenas. A necessidade da luta permanente contra as desigualdades entre classes sociais é determinante para a manutenção de uma proposta de saúde calcada na melhoria da qualidade dos serviços:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (art. 1º).

A relação orgânica entre o Projeto Ético-Político do Serviço Social e a Reforma Sanitária brasileira vincula-se ao horizonte social estratégico a que ambos se filiam, cujas estratégias de democratização da riqueza socialmente produzida e o acesso universal aos bens e serviços exigem tanto a resistência à sociabilidade capitalista, como o reforço ao movimento organizado dos/as trabalhadores/as.

- Neoliberalismo e Saúde

Compreender os limites à implementação do SUS a partir de 1990, bem como o seu desmonte no período contemporâneo, requer que tratemos do fenômeno reconhecido como **neoliberalismo**. Este diretamente vinculado aos processos de reestruturação produtiva³¹.

As ideias neoliberais passaram a ganhar terreno no cenário mundial com a chegada da profunda recessão de 1973³², caracterizada pela incapacidade do padrão de regulação fordista-keynesiano conter os impactos postos pela crise cíclica do capital: a nefasta combinação de superprodução, baixos índices de crescimento e altas taxas de inflação. A causa de tal estagnação era devida, segundo a interpretação de seus principais críticos, à exacerbada rigidez político-econômica que unia o trabalho (os sindicatos e demais organizações da classe trabalhadora), o capital (modo de acumulação fordista) e o governo (o Estado de Bem-Estar de Keynes e Beveridge)³³. Para Anderson (1995, p.11) “o remédio, então, era claro: manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas”.

No Brasil podemos afirmar que a publicização do projeto neoliberal dá-se em 1995 com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, sob o pro-

³¹ A *acumulação flexível* corresponde a um período de reestruturação econômica, reajustamento social e político, com refrações na totalidade da vida social, na organização da indústria, do trabalho e do poder político. Esse novo modelo de acumulação se constitui por meio “da flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se por taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional” (HARVEY, 2010, p. 140).

³² Segundo Anderson (1995, p. 9) o neoliberalismo – como reação teórica e política ao Estado intervencionista e de bem-estar – nasceu logo depois da II Guerra Mundial, na região da Europa e da América do Norte onde imperava o capitalismo. Seu texto de origem é *O Caminho da Servidão*, de Friedrich Hayek, escrito em 1944, cujo conteúdo dispunha de uma férrea defesa à “liberdade”, interpretada como a não limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado.

³³ Cf. HARVEY, David. **Condição Pós-Moderna**. 10^o Ed. São Paulo: Loyola, 1992.

tagonismo do então ministro Bresser Pereira. Segundo este documento, construído no primeiro mandato de FHC, a “crise brasileira” – caracterizada pelo agravamento do déficit fiscal e dos índices de inflação – tinha por pressuposto a ineficiência do Estado, produto do *retrocesso burocrático de 1988*, advindo do exacerbado gasto público com serviços e pessoal. Para tanto, diagnosticou-se como necessária uma **reforma gerencial do Estado**, a qual propunha “o grande desafio histórico” de “articular um novo modelo de desenvolvimento que possa trazer para o conjunto da sociedade brasileira a perspectiva de um futuro melhor” (BRASIL, 1995, p. 3). Futuro este, orientado segundo bases “racionais”, “modernas”, e “eficientes” da administração pública, onde “nem tudo que é público é estatal”, mas tudo pode articular-se com a iniciativa privada.

A reforma do Estado passou a ser operacionalizada em um sentido contrarreformista, ou seja, de dismantelamento de nossa ainda não consolidada Seguridade Social e de negação de conquistas sociais históricas, sobretudo, no que diz respeito aos direitos do trabalho³⁴. Seguindo esta orientação, o Estado é retraído do seu papel de produtor e executor de bens e serviços para fortalecer-se na atribuição de “estimulador”, “promotor” e “regulador” das políticas sociais:

No plano econômico, o Estado é essencialmente um instrumento de transferências de renda, (...) reformar o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado. (...) Neste plano, entretanto, salientaremos outro processo tão importante quanto, e que no entretanto não está tão claro: a descentralização para o setor público não-estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica (BRASIL, 1995, p. 9).

Apesar de historicamente datado, este plano traduz as orientações gerais de implementação da política neoliberal no Brasil – de redução do espaço público e democrático de direitos e avanço do capital privado – a qual permanece em suas diretrizes centrais sendo preservada pelos governos Lula e Dilma³⁵.

³⁴ Aqui cabe ressaltar a crítica feroz presente no Plano Diretor ao trato público com recursos humanos – “a estabilidade rígida para todos os servidores civis, diretamente relacionada à generalização do regime estatutário na administração direta e nas fundações e autarquias” – interpretado como uma ‘ingerência patrimonialista’ do Estado (BRASIL, 1995, p. 22).

³⁵ Exemplo desta continuidade é a contrarreforma da previdência ocorrida no governo Lula, a qual aprovou as ‘lacunas’ derrotadas no governo FHC. Segundo Granemann (2004, p.31), direitos como aposentadoria integral, isonomia para ativos e aposentados foram subtraídos dos trabalhadores; em seu lugar novos deveres: contribuição previdenciária para os já aposentados, aumento do tempo de trabalho e da idade mínima para acesso ao direito de aposentadoria. No governo Dilma segue a implementação da EBSERH, a abertura ao capital estrangeiro e o favorecimento ao setor privado.

A saúde é diretamente impactada por esta proposta contrarreformista e o SUS, ainda nos anos 1990, passa a sofrer em seu processo de implementação a ameaça e fortalecimento do projeto de saúde privatista. Cabe destacar que as proposições fundamentais deste projeto: o financiamento público ao setor privado e a redução da presença estatal na oferta à saúde, já estavam presentes na disputa da constituinte e ganham, no curso dos anos 1990, a viabilidade necessária.

O que o Plano Diretor (1995) reconhece como uma “esfera pública não estatal”, nada mais é do que a possibilidade da iniciativa privada, obedecendo a leis do mercado, exercer atribuições de competência pública. Dentre os instrumentos desta racionalização administrativa, traremos as modalidades de maior ameaça à saúde pública contemporânea: as organizações sociais- OSs³⁶, as Fundações Estatais e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - a EB-SERH.

As **Organizações Sociais** – estabelecidas pela lei 9.637/98 – são consideradas “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades são dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” (art. 1º). A estas é permitido “contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle interno e externo da administração pública, porque estas são consideradas atribuições privativas de seu Conselho Administrativo” (REZENDE, 2008, p.25).

Os resultados desta modalidade de prestação de serviços são relatados no documento “Contra fatos não há argumentos”³⁷. Segundo a fonte, o desvio de recursos públicos tem ocorrido de forma mais intensa nos estados e municípios em que esse modelo de gestão já foi implantado. A exemplo, apenas os hospitais públicos geridos por OSs no estado de São Paulo custaram ao fundo público no período de 2008 à 2010 mais de 50% do que hospitais sob responsabilidade direta da administração estatal. Isso quer dizer um rombo equivalente a 147,18 milhões de reais e um custo no preço de medicamentos e produtos que pode variar em mais de 500%.

³⁶ Com menor incidência em contratos públicos para prestação de serviços encontram-se também as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs. Cf. REZENDE, C. A. P. Modelos de gestão na Saúde. In: BRAVO, Maria Inês. et al. **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: ADUFRJ, 2008.

³⁷ O referido documento foi elaborado pela Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e tem como objetivo apresentar aos Ministros do Supremo Tribunal Federal fatos ocorridos nos estados e municípios brasileiros que já implantaram as OSs e OSCIP's, as quais têm trazido prejuízos à sociedade.

As **Fundações Estatais** são consideradas entidades com “personalidade jurídica de direito privado para o desenvolvimento de atividades que não tenham fins lucrativos, não sejam exclusivas do Estado e não exijam o exercício do poder de autoridade em áreas como a educação, assistência social, saúde, ciência e tecnologia” (MPOG, 2007). A sua natureza é privada, ou seja, cumpre a função do racionamento- da dita “eficiência” e “eficácia”- que prioriza o caráter lucrativo de “concorrente da livre iniciativa” ao real sentido das políticas públicas de proteção social. Nas palavras de Granemann (2008, p.37) “a forma é a fundação estatal, o conteúdo é a privatização dos serviços sociais, das políticas sociais, dos direitos dos trabalhadores”, podendo mesmo afirmar que as fundações nada mais são que a roupagem disfarçada de modelos atuais de parcerias público-privadas, das OSs, OSCIPs e fundações de apoio³⁸.

A **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)**- regulamentada pela lei 12.550/11- têm sido considerada o mais profundo “golpe” ao sistema hospitalar público brasileiro, o qual é composto por 45 Hospitais Universitários (os HUs). Sob o pretexto de “regularizar” a situação dos trabalhadores terceirizados, o Estado aprovou a transferência da gestão e execução de todo esse complexo hospitalar por prazo indeterminado à EBSERH, uma “empresa pública unipessoal”, criada “com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação” (art.1^o). Assim como as demais modalidades antes citadas, a legislação referente à EBSERH torna indisfarçável seu caráter privatista. Em sua fonte orçamentária, fundo público é interpretado como *capital social* e tem um duplo acesso: seja via “recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União, bem como pela incorporação de qualquer espécie de bens e direitos suscetíveis de avaliação em dinheiro” (art.2^o).

Muitos são os motivos para o movimento popular de saúde³⁹ exigir a inconstitucionalidade da EBSERH e, dentre estes, destacamos três. O primeiro é a **terceirização das atividades finalísticas dos HUs**. No âmbito da saúde apenas é permitida a terceirização de atividades-meio⁴⁰, tais como alimentação, lim-

³⁸ Cf. GRANEMAN, Sara. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, Maria Inês. et al. **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: ADUFRJ, 2008.

³⁹ A retomada do movimento sanitário, unificado em escala nacional, se dá com a organização dos fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, movimentos sociais, partidos políticos, conselhos de profissão e projetos universitários em uma Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, fundada em outubro de 2010 no I Seminário contra a Privatização da Saúde, realizado na UERJ.

⁴⁰ Cf. art.24 da lei 8080/90.

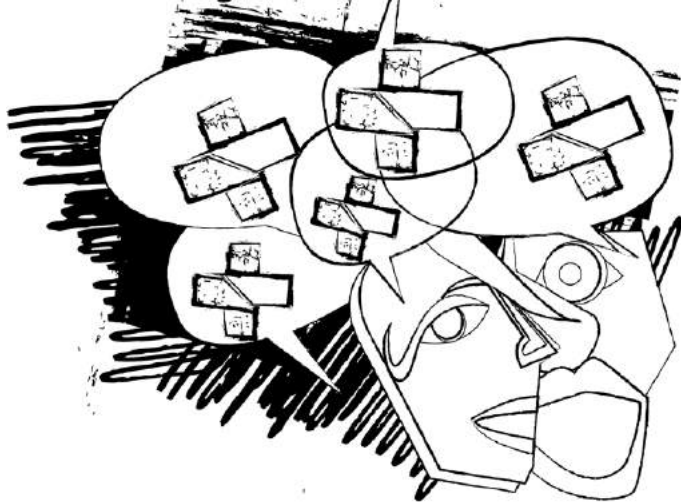
peza e serviços técnicos especializados e não a gestão dos recursos humanos, patrimônio e serviços, visto que estas são prerrogativas exclusivas do Estado. O segundo motivo para a sua inconstitucionalidade é a ruptura do caráter dos HUs como instituição de ensino vinculadas à Universidade, o que compromete diretamente a autonomia universitária e a independência para produção de conhecimento. O planejamento pedagógico e formativo – pilar da formação acadêmica universitária, dos programas de residência e de especializações da área da saúde – é ameaçado com a separação dos HUs dos seus respectivos centros universitários, haja vista o papel crucial desses hospitais na promoção do ensino, da pesquisa e da extensão como ferramentas de materialização da assistência à saúde, da formação profissional e da inovação técnico-científica⁴¹. A dubiedade desta “nova” fonte de recursos, bem como o direito privado que lhe é inerente, torna a mercantilização da formação e pesquisa em saúde uma ameaça latente, tendo considerado que uns dos recursos da EBESERH são “os acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais” (Lei 12.550/11, art.8º)⁴².

O que se revela ao presente é a consolidação do projeto privatista da saúde, o qual cria fecundas raízes no plano do Estado. Faz-se assim, mais do que necessário reafirmar o projeto de Reforma Sanitária e fortalecer os sujeitos que o reivindicam, seja nas instâncias de referência da categoria - o conjunto CFESS-CRESS e ABEPSS - como nos movimentos mais amplos: os fóruns populares de saúde, os comitês contra a privatização e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

Neste sentido, a qualificação profissional e a formação de profissionais comprometidos com uma política de saúde pública, universal, estatal e de qualidade é fundamental e as residências podem se constituir como uma estratégia importante. No próximo item nos dedicaremos ao resgate histórico do processo de regulamentação jurídico legal das residências bem como os desafios postos às mesmas.

⁴¹ Cf. Carta da Frente contra a privatização aos Ministros do Supremo Tribunal Federal (13/02/2013). Disponível em: <<http://pelasaude.blogspot.com.br>>.

⁴² Não podemos deixar de sinalizar para o “trato” que a reconfiguração do Estado e seus novos modelos de gestão – OSs, Fundações e EBESERH – destinam aos trabalhadores por meio da criminalização dos servidores estatutários, da perda da estabilidade, da massificação dos contratos temporários, além da flexibilização dos vínculos de trabalho.



2- Histórico das Normatizações da Residência Multiprofissional em Saúde

Realizaremos neste momento um breve histórico da construção das legislações em torno das Residências Uniprofissional e Multiprofissional na Saúde. Destacaremos as principais legislações e problemáticas que envolvem as residências na atualidade bem como apresentaremos uma agenda estratégica em defesa de uma política de saúde pública, universal e estatal e para a formação qualificada de profissionais.

Em 2005, a lei federal 11.129/05⁴³ instituiu as residências em área profissional da saúde. De acordo com a lei:

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.

⁴³ A lei nº 11.129 institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Pro Jovem; 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, não sendo, portanto, uma legislação que trate somente das residências.

Conforme explicitado, a referida lei abrange as profissões de nível superior regulamentadas da área da saúde⁴⁴ em conformidade com a Resolução do CNS nº 287/1998, ou seja, as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Também nesta lei foi criada, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, cuja organização e funcionamento devem ser disciplinadas em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

Cabe ainda destacarmos que a lei 11.129⁴⁵ trata da concessão de bolsas da seguinte forma:

Art. 15. Fica instituído o Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, destinado aos estudantes de educação superior, prioritariamente com idade inferior a 29 (vinte e nove) anos, e aos profissionais diplomados em curso superior na área da saúde, visando à vivência, ao estágio da área da saúde, ao aperfeiçoamento e à especialização em área profissional como estratégias para o provimento e a fixação de jovens profissionais em programas, projetos, ações e atividades e em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde.

Apesar de a legislação destacar como objetivo a fixação de profissionais e a formação para o sistema público de saúde, este é ainda um aspecto que pouco avançou até a atualidade tendo em vista a pequena incidência em ações nesse sentido. De acordo ainda com a lei nº 11.129,

Art. 16. As bolsas objeto do Programa instituído pelo art. 15 desta Lei serão concedidas nas seguintes modalidades:

- I- Iniciação ao Trabalho;
- II- Residente;
- III- Preceptor;
- IV- Tutor;

⁴⁴ A medicina já possuía legislação específica que trata dos programas de residência para área instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, que define a residência médica como uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. O mesmo decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

⁴⁵ A lei nº 11.129 foi alterada em 2011 pela Lei 12.513 que dá nova redação ao Art. 15.

V- Orientador de Serviço:

V- Orientador de Serviço; e (Redação dada pela Lei nº 12.513, de 2011)

VI- Trabalhador-Estudante. (Incluído pela Lei nº 12.513, de 2011)

O destaque sobre as modalidades de bolsas instituídas é importante, pois este é um ponto de pauta presente nos debates da residência na atualidade. Em maioria, tutores e preceptores não recebem bolsas no âmbito dos programas de residência já que a previsão das mesmas foi retirada posteriormente e até a atualidade, apesar de existirem propostas, ainda não foi desenvolvida uma política de formação permanente para preceptores e tutores.

Ainda em julho de 2005, por meio da portaria nº 1.111, são fixadas as normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Esta portaria também indica as funções que cabem à preceptoria, a tutoria e à orientação de serviço da seguinte forma:

Art. 6º A Bolsa para o Corpo Docente é dirigida àqueles que exercem funções de preceptoria, tutoria e orientação de serviço, conforme as seguintes determinações:

I- preceptoria: função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de experiência em área de aperfeiçoamento ou especialidade ou titulação acadêmica de especialização ou de residência, que exerçam atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais ou estudantes, respectivamente em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão.

II - tutoria: função de supervisão docente-assistencial no campo de aprendizagens profissionais da área da saúde, exercida em campo, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de atuação profissional, que exerçam papel de orientadores de referência para os profissionais ou estudantes, respectivamente, em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão, devendo pertencer à equipe local de assistência e estar diariamente presente nos ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens em serviço; e

III - orientação de serviço: função de supervisão docente assistencial de caráter ampliado, exercida em campo, dirigida aos trabalhadores de saúde de quaisquer níveis de formação, atuantes nos ambientes em que se desenvolvem programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, respectivamente, para profissionais e estudantes da área da saúde, e que exerçam atuação específica de tutoria devendo reportar-se ao tutor, sempre que necessário.

Em novembro de 2005 por meio da portaria interministerial nº 2.118, é instituída parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde e, por meio da portaria nº 2.117 é instituída no âmbito dos dois ministérios a Residência Multiprofissional em Saúde constituindo, portanto, o marco legislativo dos programas multiprofissional. Esta portaria ainda não institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, porém, já prevê as atribuições que caberão à mesma:

Art. 4º Os programas de Residência Multiprofissional na Área de Saúde em execução, financiados com recursos públicos, terão a certificação dos seus residentes avaliada e reconhecida pelo MEC, desde que, em um prazo de até dois anos, se enquadrem nas diretrizes e normas a serem estabelecidas pela CNRMS.

É importante destacar que, apesar de o ano de 2005 representar um marco legislativo no âmbito das residências, estas já tinham programas desenvolvidos desde a década de 1970 como a Residência do Hospital Murialdo em Porto Alegre (1976) e Hospital Universitário Pedro Ernesto no Rio de Janeiro (1976). Apesar da grande importância que representa o envolvimento do Ministério da Educação exercendo sua função de regular a formação, o vazio legislativo nos mais de trinta anos que antecederam o marco legislativo acarreta em prejuízos ainda na atualidade como a falta de avaliação para credenciamento da totalidade dos programas, falta da construção de diretrizes pedagógicas e a própria Comissão Nacional de Residência Multiprofissional permanece como um ponto problemático tendo em vista que em 2016 suas funções ainda não são plenamente executadas.

Dando continuidade ao nosso resgate histórico acerca dos debates que envolvem a residência cabe destacarmos os Seminários Nacionais realizados com financiamento dos órgãos gestores e cenário de importantes discussões acerca da formação e da política pública de saúde. O I Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde ocorreu ainda em 2005 e se organizou

a partir dos seguintes eixos: a) estratégias para a construção de multidisciplinaridade, visando atender ao preceito da integralidade; b) construção de diretrizes nacionais para as residências multiprofissionais em saúde; c) composição da CNMRS; e d) criação do sistema nacional de residências multiprofissionais em saúde. Ressalta-se que não há relatório público específico sobre os debates deste Seminário e sim um relatório conjunto com o II Seminário Nacional.

Em 2006 foi realizado o II Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde no Rio de Janeiro durante o congresso da ABRASCO. O II Seminário foi realizado em parceria pela SGTES/MS e Conselho Nacional de Saúde por meio da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH)⁴⁶ e foi precedido de Seminários Regionais. A partir das propostas do II Seminário a SGTES/MS e a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESu/MEC) instituíram um Grupo de Trabalho⁴⁷, que ficou responsável pela sistematização do relatório e pela elaboração da Portaria de criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

Os trabalhos do GT resultaram em 2007 na portaria interministerial MEC/MS nº 45/2007 que estabeleceu as diretrizes para os programas e a composição da CNRMS.

Com relação à composição da CNRMS, destaca-se que a portaria interministerial nº 45/2007 (atualmente revogada pela portaria interministerial nº 1.077/09) apresentava a seguinte configuração:

Art. 3º Fica instituída, no âmbito do Departamento de Residências e Projetos Especiais da Saúde do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde com a seguinte composição:

I - o Diretor do Departamento de Residências e Projetos Especiais da Saúde do Ministério da Educação, membro nato;

II - o Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, membro nato;

⁴⁶ Os dados sobre o histórico dos Seminários Nacionais foram extraídos do Relatório de atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em saúde de exercício 2007/2009. É importante destacar que o Movimento Nacional de Residentes foi fundamental no processo de construção do II Seminário e na construção dos 3 seminários regionais que o antecederam.

⁴⁷ Este Grupo de Trabalho foi nomeado pela portaria interministerial nº 2.538 de 19 de outubro de 2006.

III - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS;

IV - um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS;

V - um representante dos coordenadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde;

VI - um representante dos preceptores ou tutores de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde;

VII - dois representantes do Fórum Nacional de Residentes Multiprofissionais em Saúde;

VIII - um representante do conjunto de entidades que integram o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde - FENTAS;

IX - dois representantes das associações que integram o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde - FNEPAS;

X - um representante do Fórum das Executivas de Estudantes de Cursos da Área da Saúde; e

XI - um representante das instituições de ensino superior.

§ 1º A Comissão será composta dos membros titulares e de seus respectivos suplentes, indicados pelos seus segmentos e nomeados em ato conjunto do Ministro da Educação e do Ministro da Saúde, com mandato de dois anos.

A composição prevista pela portaria nº 45 expressa a tentativa de inserir na CNRMS todos os sujeitos que participam da construção dos programas de residência e cabe destacar a previsão dos representantes dos residentes a ser indicada pelo Fórum de Residentes, reconhecendo esse espaço de articulação. Mais adiante discutiremos a instituição da portaria nº 1.077 de novembro de 2009 e suas consequências principalmente na definição dos representantes dos segmentos na CNRMS.

Segundo a portaria 45/2007, a residência multiprofissional em saúde caracteriza-se como ensino de pós-graduação *lato sensu* destinado às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado

por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, com carga horária entre 40 (quarenta) e 60 (sessenta) horas semanais. A carga horária ainda permanece como um ponto de divergência entre aqueles que constroem a residência e trataremos mais a frente sobre esta problemática, porém, é importante aqui frisar que a portaria nº 45 abriu a possibilidade de redução da carga horária inicialmente instituída como 60 horas.

A portaria nº 45 também institui como eixos norteadores para os programas de residência: cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica; concepção ampliada de saúde; política nacional de educação e desenvolvimento no SUS; atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais; articulação com a Residência Médica; descentralização e regionalização; integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e à Gestão do Sistema expressando o compromisso deste modelo de formação em saúde com o Sistema Único de Saúde.

A primeira composição da CNRMS foi instituída pela portaria nº 698 de julho de 2007. Durante o exercício de 2007 a 2009 da CNRMS, foram realizadas 16 reuniões plenárias até julho de 2009, sendo que a instalação desta comissão efetivou-se em 29 de agosto de 2007. Dentre as principais ações desta gestão destacam-se a realização do III Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde e em Área Profissional da Saúde (III SNRMS) em outubro de 2008 em Brasília e a I Oficina de Capacitação de Avaliadores de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (IOCARMS). Os eventos foram promovidos pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da SGTES/MS, em conjunto com a Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (DHR/SESu/MEC).

O III Seminário Nacional, segundo relatório da CNRMS, contou com mais de 400 participantes representantes dos residentes, coordenadores, tutores/preceptores, entidades de ensino, instituições de regulação da saúde e da educação, gestores, membros da CNRMS, do Conselho Nacional de Saúde, de movimentos estudantis e sindicais da saúde e da educação, representantes de Secretarias Estaduais e Municipais e dos Conselhos de Secretários nas instâncias estadual e municipal (CONASS e CONASEMS).

Em setembro de 2011 foi realizado em Brasília o IV seminário Nacional sobre residência Multiprofissional em área profissional de saúde cujo objetivo

era discutir a concepção político-pedagógica dos programas, a gestão e a política de financiamento dos mesmos. O relatório do IV Seminário não está disponível na página da CNRMS e desde então não ocorreram novos Seminários.

Ainda no que tange à primeira composição da CNRMS, destacamos a instituição da portaria interministerial nº 593/08 que dispôs sobre a organização e funcionamento da Comissão e sobre suas funções e estrutura. Cabe destacar que é esta portaria que instituiu pela primeira vez as Câmaras Técnicas como instância de assessoramento permanente e suas competências. Esta portaria também será revogada pela Portaria nº 1.077/2009.

Ainda no ano de 2008 foi instituída a primeira alteração na portaria nº 45 que conforme caracterizamos anteriormente, expressava um avanço significativo no âmbito da construção normativa das residências. A alteração é feita pela portaria interministerial nº 506, de 24 de abril de 2008, no artigo 1º da Portaria nº 45 que definia a carga horária entre 40 e 60 horas passando à instituição de 60 horas semanais.

Se até 2008 eram identificados avanços no campo legislativo e político de construção das residências multiprofissionais, em 2009 a instituição da portaria nº 1.077 representará uma ruptura com este processo. A referida portaria reafirmará a carga horária de 60 horas e instituirá a seguinte composição da CNRMS:

I- o Diretor do Departamento de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde do Ministério da Educação, membro nato e seu Presidente;

II- o Coordenador Geral de Residências em Saúde do Ministério da Educação, membro nato;

III- o Coordenador Geral de Hospitais Universitários Federais do Ministério da Educação, membro nato;

IV- o Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, membro nato e seu Vice-Presidente;

V- o Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde do Ministério da Saúde, membro nato;

VI- dois representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS;

VII- dois representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde- CONASEMS;

VIII- dois representantes das Instituições de Ensino Superior, que desenvolvam Programas de Residência Multiprofissional ou Residência em Área Profissional da Saúde;

IX- dois representantes dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residências em Área Profissional da Saúde;

X- dois representantes dos Residentes de Residências Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde;

XI- um representante das Associações de Ensino das profissões da saúde, referidas no Artigo primeiro, Parágrafo único;

XII - um representante dos Conselhos Profissionais das profissões da saúde referidas no Artigo primeiro, Parágrafo único;

XIII- um representante das entidades sindicais nacionais representativas de trabalhadores da área da saúde, no âmbito das profissões da saúde referidas no Artigo primeiro, Parágrafo único.

Desta nova composição cabe destacar que a portaria não faz menção aos Fóruns de articulação dos segmentos que compõem a Residência. Em relação aos trabalhadores da saúde que na portaria nº 45 eram indicados pelo Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde, passam a ser indicados pelo conjunto de conselhos e pelo conjunto de sindicatos das profissões da saúde. Cabe destacar que o FENTAS constitui o espaço que reúne e articula representantes dos trabalhadores da saúde em suas diversas organizações como sindicatos, conselhos profissionais, associações de ensino e pesquisa, federações e confederações tendo assim, peso político e uma capacidade ampliada de discussão sobre as temáticas que envolvem a política de saúde e a formação de recursos humanos. Também podemos questionar sobre os residentes que por meio do Fórum Nacional de Residentes, vinham desempenhando um importante papel na construção das residências e sobre o Fórum que articula as associações de ensino e pesquisa das profissões da saúde de FENEPAS. Não fica evidente porque os fóruns deixam de ser reconhecidos.

Outro retrocesso instituído por esta portaria se refere à ampliação do número de representantes do governo na CNRMS. Nesse sentido, destaca-se a forma como a portaria nº 1.077 prevê a indicação dos representantes da CNRMS:

Art. 6º A escolha e a nomeação dos membros que compõem a CNRMS obedecerão ao disposto nesta Portaria.

§ 1º A escolha dos membros não natos mencionados nos incisos VIII, IX a XIII será coordenada pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, mediante consulta às entidades referidas no Art. 4º desta Portaria;

§ 2º O conjunto de entidades e programas de residência referentes a cada um dos incisos de VIII a XIII do art. 4º desta Portaria deverá encaminhar à Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação e SGTES uma lista tríplice, acompanhada de nota justificativa e do currículo dos indicados, para subsidiar a nomeação dos seus representantes.

A instituição da lista tríplice para indicação dos membros resultou na reação dos diversos segmentos por representar uma estratégia que rompe com o caráter democrático que marcava a construção deste processo. A portaria nº 1.077 também estabelece as funções da CNRMS e mais uma vez fez menção às Câmaras Técnicas, porém, sem ampliar sua definição.

A composição da CNRMS foi instituída pela portaria interministerial nº143 em fevereiro de 2010 e nela não constaram os representantes dos residentes.

Em agosto de 2010 por meio da portaria nº 1.016 a composição prevista na portaria nº 143 é alterada com o acréscimo dos representantes dos residentes. A definição dos representantes ocorreu por meio de teleconferência promovida pelas instâncias governamentais em detrimento da solicitação de indicação pelo Fórum dos Residentes.

Desde a instituição da portaria nº 1077/09 diversas incidências foram feitas pelos segmentos que constroem o processo das residências no sentido de alterá-la, porém a mesma sofrerá alterações apenas em 2014.

Ainda em maio de 2010, a CNRMS emitiu a Resolução nº 3 que dispõe sobre a carga horária e sobre a avaliação dos residentes. De acordo com a

Resolução nº 3:

Art. 1º Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde têm a duração mínima de dois anos, equivalente a uma carga horária mínima total de 5760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas.

Art. 2º Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde serão desenvolvidos com 80% da carga horária total sob a forma de atividades práticas e com 20% sob forma de atividades teóricas ou teórico-práticas.

A resolução define as atividades práticas como:

(...) aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das áreas profissionais da saúde, obrigatoriamente sob supervisão de docente ou preceptor.

Desta definição é importante destacar o uso do termo “treinamento” que vinha deixando de ser usado devido ao avanço dos debates no âmbito da residência reconhecendo-a como um processo de formação em serviço. Em relação às atividades “teóricas” e “teórico-práticas” estas são definidas como:

2º Atividades teóricas são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, em que o Profissional da Saúde Residente conta, formalmente, com a orientação de docentes, preceptores ou convidados, visando à aquisição de conhecimentos teóricos e técnicos que possibilitem a elaboração de modelos teórico-práticos.

§ 3º As atividades teórico-práticas são aquelas em que se faz a discussão sobre a aplicação do conteúdo teórico em situações práticas, com a orientação de docente, preceptor ou convidado, por meio de simulação em laboratórios e em ambientes virtuais de aprendizagem e análise de casos clínicos ou de ações de prática coletiva⁴⁸.

⁴⁸ A Resolução nº 3 foi revogada em 2014 e aprofundou a definição das estratégias educacionais desenvolvidas, conforme podemos observar em seu artigo 2º: “Os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional serão desenvolvidos 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. § 1º Estratégias educacionais práticas são aquelas relacionadas ao treinamento em

Ainda que se defina a proporcionalidade entre atividades teóricas e teórico-práticas a portaria mantém uma previsão de 60 horas que por vezes tem representado a precarização do trabalho e uma carga horária superior inclusive ao funcionamento dos serviços de saúde.

Destacamos nesse período também a Resolução da CNRMS nº 2, de 4 de maio de 2010 que dispõe sobre a organização, o funcionamento das instituições que oferecem programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU).

A portaria nº 2 também ratifica a carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, duração mínima de 02 (dois) anos e em regime de dedicação exclusiva; caracteriza as residências como programas de integração ensino-serviço-comunidade, desenvolvidos por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários e institui a necessidade da construção dos programas em interface com as áreas temáticas que compõem as diferentes Câmaras Técnicas da CNRMS, devendo ser observada a delimitação de área(s) de concentração e suas diretrizes específicas, a serem normatizadas. A portaria também institui um mínimo de três profissões da saúde para constituição dos programas multiprofissional e a forma de organização das atividades teóricas, práticas e teórico-práticas.

Um aspecto que merece destaque na resolução nº 2 diz respeito à indicação da diferenciação entre instituições formadoras e instituições executoras, bem como à referência às instituições de Ensino Superior necessariamente como aquelas que deverão ofertar os programas e os serviços de saúde como instituições executoras. De acordo com a Resolução:

serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das categorias profissionais da saúde, obrigatoriamente sob supervisão do corpo docente assistencial. § 2º Estratégias educacionais teóricas são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, em que o Profissional da Saúde Residente conta, formalmente, com orientação do corpo docente assistencial e convidados. § 3º As estratégias educacionais teórico-práticas são aquelas que se fazem por meio de simulação em laboratórios, ações em territórios de saúde e em instâncias de controle social, em ambientes virtuais de aprendizagem, análise de casos clínicos e ações de saúde coletiva, entre outras, sob orientação do corpo docente assistencial. § 4º As estratégias educacionais teóricas, teórico-práticas e práticas dos programas devem necessariamente, além de formação específica voltada às áreas de concentração e categorias profissionais, contemplar temas relacionados à bioética, à ética profissional, à metodologia científica, à epidemiologia, à estatística, à segurança do paciente, às políticas públicas de saúde e ao Sistema Único de Saúde”.

Art. 1º A instituição formadora, em parceria com as instituições executoras, de programas de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde deverá constituir e implementar uma única Comissão de Residência Multiprofissional.

1º Instituição formadora é a Instituição de Ensino Superior que oferece o programa de residência em parceria com instituição (ões) executora(s).

A definição impressa nesta resolução, além de ser vaga, não reconhece a existência de instituições que são formadoras de recursos humanos sem, no entanto, se constituírem Instituições de Ensino Superior. Cabe ressaltar que a formação de recursos humanos também é uma atribuição dos serviços do Sistema Único de Saúde.

A portaria ao indicar que deve ser constituída uma única comissão de residência multiprofissional articulando as instituições formadoras e executoras não reconhece a diversidade de programas já desenvolvidos ao longo de vários anos e cria uma obrigatoriedade dessas instituições realizarem parcerias. Acreditamos que a obrigatoriedade do estabelecimento de parcerias com instituições formadoras por si só não assegura a construção coletiva dos programas e nem representa diretamente o aumento da qualidade dos programas.

No que tange à COREMU, suas atribuições são descritas como: Coordenação, organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento dos Programas; Acompanhamento e avaliação de desempenho dos discentes; Definição de diretrizes; elaboração de editais e acompanhamento do processo seletivo de candidatos.

Cabe destacar também como a portaria define os tutores, preceptores e o residente:

Art. 11º. A função de tutor caracteriza-se por 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.

§ 1º A tutoria de núcleo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e residentes.

§ 2º A tutoria de campo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes, no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa.

Art. 13º. A função de preceptor caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista.

§ 1º O preceptor deverá, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática.

§ 2º A supervisão de preceptor de mesma área profissional, mencionada no parágrafo 1º, não se aplica a programas, áreas de concentração ou estágios voltados às atividades que podem ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde habilitados na área de atuação específica, como por exemplo: gestão, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, ambiente ou sanitária, entre outras.

Art. 15º. 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.

Compreendemos que é fundamental a previsão de que o preceptor seja necessariamente da mesma área profissional do residente para que se garanta a supervisão das atribuições privativas de cada profissão²⁵.

Em 2011 as resoluções emitidas pela CNRMS versaram, principalmente, sobre transferências de profissionais de saúde residentes (Resolução CNRS Nº 2/2011); licenças, trancamentos e outras ocorrências de afastamento (Resolução CNRS Nº 3/2011); data de início dos Programas de Residência, preenchimentos de vagas e desistências. Uma pauta que permanece em aberto ainda está relacionada à garantia dos direitos previdenciários para os residentes.

Em 2012, por meio da resolução nº 01, são constituídas as Câmaras Técnicas como instâncias de assessoramento permanente da CNRMS com as seguintes

²⁵ A portaria nº 2 de 2010 foi alterada em 2015 com inserção da previsão da composição das COREMU's. No ano de 2010 foram instituídas também: portaria interministerial nº 1.016 de 11 de agosto de 2010, que nomeia a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS e a portaria interministerial nº 1.320, de 11 de novembro de 2010, que dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS.

atribuições: realizar a autorização, reconhecimento e renovação dos programas; assessorar a CNRMS em relação às diretrizes curriculares que orientam os programas e emitir pareceres e consultas. Essas atribuições conformam as Câmaras Técnicas como uma instância técnica e política fundamental para o desenvolvimento dos programas. As câmaras estão organizadas da seguinte forma:

CT 1- Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Especialidades Clínicas e Cirúrgicas;

CT 2- Intensivismo, Urgência e Emergência;

CT 3- Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva;

CT 4- Saúde Mental;

CT 5- Saúde Funcional e

CT 6- Saúde Animal e Ambiental.

Todas as Câmaras Técnicas devem ser compostas por representantes dos conselhos profissionais e das associações de ensino de todas as categorias profissionais que compõem os programas multidisciplinares. Em 2012 o CFESS indicou representações para as Câmaras Técnicas e desde então estas foram convocadas para três reuniões coletivas que tiveram como pauta principal o Sistema de Informação das Residências sem, no entanto avançar em um aspecto importante para os programas de residências que são as diretrizes curriculares para a formação de residentes.

Ao longo do ano de 2013 as Resoluções emitidas pela CNRMS (resoluções nº 1, 3 e 4) trataram sobre a instituição e nomeação do banco de avaliadores dos programas. Estes avaliadores devem realizar o processo de avaliação *in loco* e o processo de avaliação deve seguir para as Câmaras Técnicas emitirem parecer que subsidiam a CNRMS. Este processo de credenciamento e avaliação dos programas está previsto na resolução nº 7/2014:

Art. 9º São fases do processo de autorização, de reconhecimento e de renovação de reconhecimento: I- protocolo do pedido junto ao Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência em Saúde- SisCNRMS, instruído conforme disposto nos arts. 13, 14 e 18 desta Resolução; II- análise documental pela Câmara Técnica; III- avaliação *in loco*; IV- manifestação da Câmara Técnica sobre o pedido; e V- decisão da Plenária da CNRMS pelo

deferimento ou indeferimento do pedido, com ou sem recomendações. § 1º A Plenária da CNRMS e as Câmaras Técnicas poderão solicitar, a qualquer tempo, informações e documentos para instruir o processo.

A resolução mais uma vez faz menção às Câmaras Técnicas, porém desde então não houve mais convocações e ou ações das mesmas.

Em 2015 duas portarias são de grande importância para o acompanhamento dos programas de residência, sendo a portaria nº 51 de 2015, que dispõe sobre a convalidação de certificados dos egressos dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional, com turmas iniciadas anteriormente a 30 de junho de 2005 e a portaria nº 53 que institui a atual composição da CNRMS sendo ela formada por membros titulares e suplentes da seguinte forma:

I- Secretário de Educação Superior do Ministério da Educação;

II- Diretor de Desenvolvimento da Educação em Saúde da SESU/MEC;

III – Coordenador Geral de Residências em Saúde da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde da SESU/MEC;

IV- Diretor do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde- SGTES/MS;

V- Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da SGTES/MS;

Art. 2º Alterar o artigo 1º da portaria conjunta nº 34 de 09 de abril de 2014 nomeando membros não natos para a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde:

I-Representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS;

II- Representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS;

IV-Representante dos Conselhos Profissionais das profissões da saúde;

VII- Representante dos Residentes em saúde;

VIII- Representante dos Residentes em saúde;

XI - Representante dos Tutores/Preceptores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde;

XII- Representante dos Tutores/Preceptores dos Programas de Residência Uniprofissional em Saúde;

Art. 3º As representações a que se referem os incisos III, V, VI, IX e X do artigo 1º da portaria conjunta nº 34 de 09 de abril de 2014 permanecem inalterados até o cumprimento do mandato.

III- Representantes das Instituições de Ensino Superior que desenvolvem Programas de Residência Multiprofissional ou Residência Uniprofissional em Saúde;

V- Representante das Associações de Ensino das profissões da saúde;

VI-Representante das entidades sindicais nacionais representativas de trabalhadores da área da saúde;

IX- Representante de Coordenador da Residência Multiprofissional em saúde;

X-Representante de Coordenador da Residência Uniprofissional em saúde.

Conforme afirmamos anteriormente, a indicação de representantes dos coletivos de residentes, preceptores e tutores, caracterizados como membros não natos, tem constituído um ponto problemático. Nos últimos dois anos ocorreram Encontros Nacionais de Residências em Saúde. Em 2015 foi realizado o V Encontro Nacional de Residências em Saúde (ENRS) em Florianópolis/SC, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no período de 28 a 30 de outubro de 2015 e teve como tema central “O desafio da interdisciplinaridade e a contribuição da Residência para a (re)afirmação do SUS”. O Encontro elaborou a carta de Florianópolis da qual destacamos:

Defendemos a indicação dos representantes dos residentes, preceptores, tutores e coordenadores junto a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e demais espaços deliberativos pelos seus respectivos fóruns segmentares, entendendo que o respeito às decisões é um princípio básico da democracia participativa defendida por este coletivo neste evento.

A reivindicação presente na carta em relação à indicação dos representantes de residentes, preceptores e tutores é um ponto que permanece em

aberto há muitos anos tendo em vista que o processo de indicação desses membros, conforme afirmamos anteriormente, chegou a ser definida como indicação por lista tríplice e posteriormente ocorreu por meio de videoconferências das quais nem todos os membros participaram e que desconsidera a existência e organização própria dos fóruns.

Em 2016 ocorreu VI Encontro Nacional de Residências em Saúde nas datas de 05 a 08 de julho na cidade de Curitiba/PR em que mais uma vez é manifesta a demanda pelo reconhecimento tanto do Fórum de Residentes como de Preceptores e Tutores como espaços legítimos para indicação de seus representantes:

Ainda é necessário a legitimação do processo de eleição dos representantes residentes da CNRS a partir da eleição construída coletivamente dentro do ENRS, garantindo em seu regimento interno 2 (dois) representantes titulares e 2 (dois) suplentes, mas sem a necessidade de diferenciação entre uni ou multiprofissional (CARTA DO FÓRUM DE RESIDENTES, 2016).

O coletivo reivindica a realização do V Seminário Nacional de Residências em Saúde para construção da Política Nacional de Residências em Área Profissional da Saúde. Reafirma a legitimidade do Fórum Nacional de Tutores e Preceptores na indicação de seus representantes para a CNRMS e demais espaços deliberativos, sendo atribuição irrestrita de cada um dos fóruns. Entendemos que o respeito às decisões é um princípio básico da democracia participativa defendida por este coletivo (CARTA DO FÓRUM DE TUTORES E PRECEPTORES, 2016).

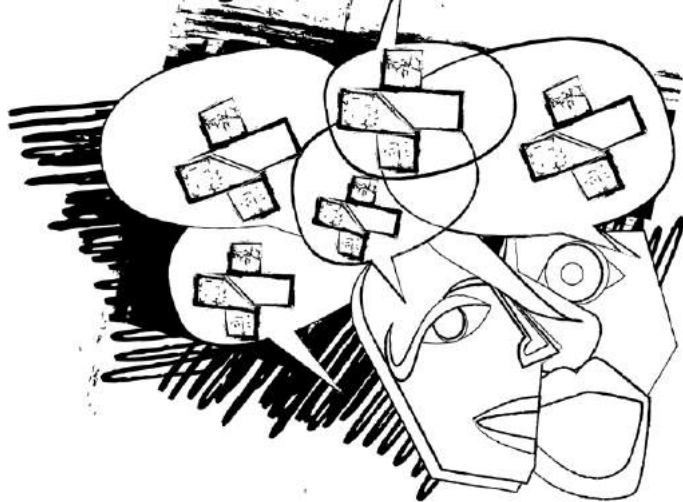
Buscamos até aqui retratar minimamente o histórico legislativo acerca da construção das residências em área profissional e multiprofissional com o objetivo de refletir sobre questões que permanecem como desafios para o seu desenvolvimento. Consideramos que a proposta das residências como formação de profissionais qualificados para o SUS é extremamente importante, porém, também cabe refletirmos que esse processo tem enfrentado desafios em sua plena instituição intensificados pelo processo de contrarreforma do Estado que impacta na política de saúde.

Ao longo dos últimos anos houve um aumento significativo no número de programas financiados pelo fundo público em especial com recursos do Ministério da Educação, porém, essa ampliação não tem sido acompanhada de qualificação para preceptores e tutores e nem mesmo de uma política de integração ao SUS dos egressos desses programas que por vezes são inseridos no setor privado.

Esse processo adquire contornos ainda mais complexos a partir da instituição da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que representa uma forma de terceirização dos hospitais universitários.

Cabe reafirmar nossa reflexão inicial que de forma geral a contrarreforma implementada no âmbito da política de saúde nos últimos anos tem conformado serviços desfinanciados, com quantitativo reduzido de trabalhadores nas equipes e com formas de contratação diversificadas e muitas vezes precarizadas.

Muitas são as questões que exigem maior aprofundamento de análise. Deteremos-nos neste documento às problematizações acerca da realização da supervisão direta de estágio por residentes.



3- A supervisão de estágio e as residências: problematizações necessárias

As Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social, aprovadas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), indicam os pressupostos, princípios e diretrizes para orientar o projeto pedagógico de cada unidade de formação profissional e abordam o estágio supervisionado como um momento excepcional do processo de ensino-aprendizagem, síntese da relação teoria e prática, visto que acontece mediante a inserção do/a estudante nos diversos espaços ocupacionais em que podem atuar o/a Assistente Social.

Desse modo, o estágio supervisionado em Serviço Social tem como finalidade capacitar o/a estudante para o exercício profissional, objetivando exercitar o conhecimento da realidade institucional, a problematização teórico-metodológica, a elaboração e implementação do plano de intervenção do/a estagiário/a, articulado à discussão técnico-operativa e ético-política da profissão.

Tanto na lei federal 11. 788/2008 – que regulamenta o estágio nas instituições de educação nos níveis superior, profissional, médio e especial e dos anos finais do ensino fundamental, assim como na modalidade profissional da educação de jovens e adultos-, quanto na resolução CFESS nº 533/2008 – que normatiza o processo de supervisão direta de estágio em Serviço Social – e na Política Nacional de Estágio da ABEPSS-, é exigido que o estágio se realize sob supervisão direta de um/a profissional assistente social atuante na instituição

onde ocorre o estágio, comumente designado de “supervisor/a de campo” e de um/uma professor/a assistente social vinculado/a à Unidade de Formação Acadêmica (UFA), comumente designado “supervisor/a acadêmico/a”.

Em conformidade com a Resolução CFESS nº 533/2005 em seu artigo 2º a supervisão direta de estágio em Serviço Social é atividade privativa do/a assistente social, determinação que fortalece o já expresso na Lei que Regulamenta a Profissão (8.662/1993), que diz que:

“Art. 5º. Constituem atribuições privativas do/a Assistente Social:

[...] VI – treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários/as de Serviço Social;

Quanto à natureza da supervisão de campo a citada Resolução CFESS em seu artigo 5º, estabelece a sua abrangência ao definir que:

[...] a supervisão direta de estágio em Serviço Social deve ser realizada por assistente social funcionário/a do quadro de pessoal da instituição em que se ocorre o estágio, em conformidade com o disposto no inciso III artigo 9º da Lei 11.788 de 25 de setembro de 2008, na mesma instituição e no mesmo local onde o/a estagiário/a executa as atividades de aprendizado, assegurando seu acompanhamento sistemático, contínuo e permanente, de forma a orientá-lo/a adequadamente.

Podemos observar aqui que a normativa é inequívoca quanto à obrigatoriedade do/a supervisor/a de campo pertencer aos quadros de pessoal da instituição.

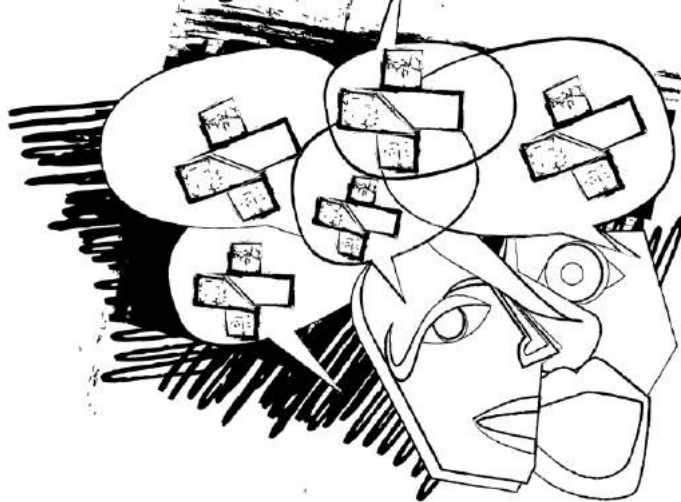
Segundo Parecer Jurídico do CFESS nº 36/2010 *“o supervisor de campo deve estar vinculado às pessoas jurídicas de direito privado e de direito público que oferecem o estágio, para poder supervisioná-lo. Esta é a condição estabelecida por lei, sob pena de ser considerado irregular e ilegal o estágio realizado. Por outro lado, o “quadro de pessoal” de uma entidade, órgão público ou privado é composto por aqueles/as que possuem vínculo empregatício, estatutário com a instituição e, conseqüentemente, deve figurar como funcionário ou servidor da parte concedente”*.

Nesse sentido, devemos recordar que de acordo com a Lei 11.129 de 30 de junho de 2005 as Residências Multiprofissionais em Saúde são definidas como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, direcionada para a

educação em serviço e que deve ser realizada sob a supervisão técnico-profissional. Ou seja, o/a residente de Serviço Social deve desenvolver a sua formação, que combina conhecimentos teóricos-práticos em modalidade de dedicação exclusiva sob supervisão de um/a profissional Assistente Social.

O/a residente de Serviço Social ingressa nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde por meio de exame de seleção, onde é matriculado/a e recebe bolsa de trabalho, não sendo, de fato, funcionário da instituição, mas sim um profissional em formação que participará de um programa de pós-graduação com carga horária que envolve aulas teóricas e práticas, supervisionado/a por profissional da instituição, por prazo determinado. Assim, a residência não gera vínculo empregatício. Não gera qualquer vínculo de natureza trabalhista com a instituição, estando, portanto, o/a residente fora do quadro de pessoal, impedido, dessa maneira, de realizar supervisão de estágio de estudantes de Serviço Social.

Nessa direção, a atribuição de supervisão de estágio em Serviço Social não é e nem pode ser de responsabilidade do/a residente que tem suas responsabilidades definidas por normatização específica. Além do mais, assumir atribuições que devem ser do profissional responsável pelo serviço pode contribuir para a perversa lógica de substituição de mão de obra tão presente nos serviços de saúde diante do cenário de desconstrução dessa política social pública.



O I Seminário Nacional Residência em Saúde e Serviço Social

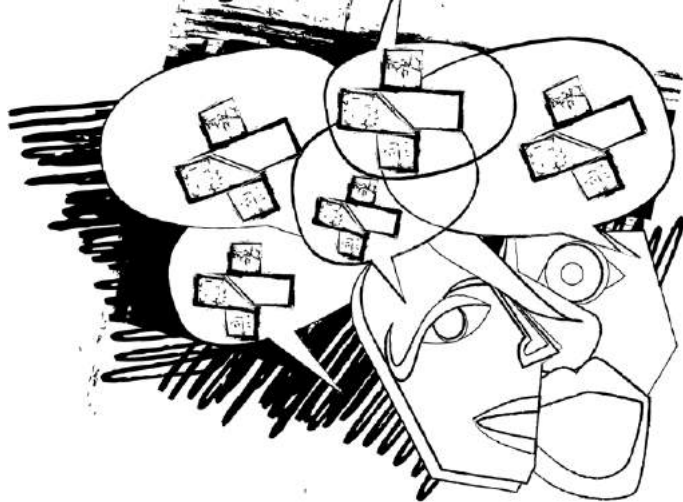
Em 2016, antecedendo o 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Social, o CFESS e a ABEPSS realizaram conjuntamente o I Seminário Nacional Residência em Saúde e Serviço Social em Olinda, PE nos dias 4 e 5 de setembro.

O Seminário constituiu um importante momento para a problematização por parte da categoria das questões que estão postas para as residências uni e multiprofissionais. A programação elaborada pelas entidades teve como debate inicial a residência multiprofissional no contexto de precarização da política de saúde e educação por compreender a importância de situar o debate no cenário mais amplo de precarização das políticas sociais e do trabalho profissional.

No segundo momento as entidades da categoria buscaram desenvolver uma análise crítica da implementação das residências em saúde nos pais, problematizando as questões centrais para o serviço social. Cabe ressaltar que a comissão nacional de residência multiprofissional, a representação do Ministério da saúde e do ministério da Educação foram convidados para a segunda mesa, porém, não compareceram. A programação também contou com um espaço para a reunião dos segmentos que constroem a residência, ou seja, os fóruns de tutores, preceptores e residentes que puderam refletir sobre os principais desafios postos na atualidade.

No segundo dia, a última mesa do seminário buscou sistematizar os debates realizados pelos três segmentos e indicar as questões presentes para a formação profissional no contexto das residências.

O Seminário contou com a participação de tutores, preceptores e residentes e compreendemos que este constituiu um importante espaço para o debate acerca das residências e para organização da categoria.



Agenda de desafios

Diante deste cenário complexo indicamos uma agenda de pontos que precisam ser aprofundados e desafios a serem superados no âmbito da formação em saúde na modalidade de residências. Ressaltamos nossa compreensão de que esta é uma agenda a ser pautada pelos coletivos das entidades representativas das profissões da saúde, pelas instâncias de controle social, coletivos de residentes, preceptores e tutores, bem como das instâncias governamentais em especial a CNRMS. Dentre esses desafios podemos destacar:

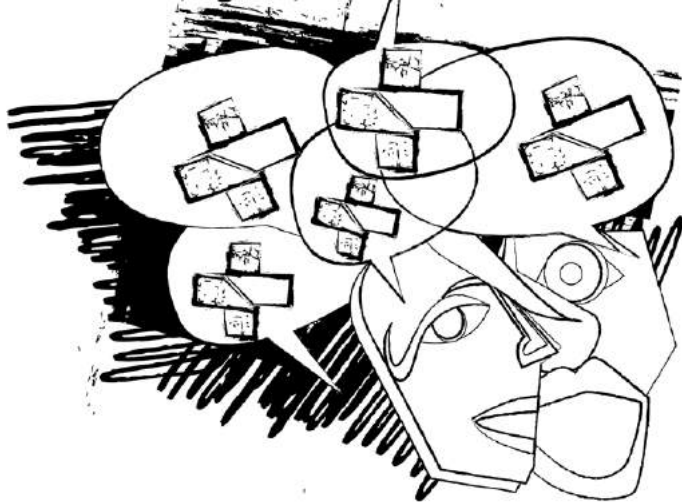
- As Câmaras Técnicas da Residência precisam ser instituídas com pauta e cronograma definidos. Para sua real instituição é necessário que haja incidência por parte do coletivo de entidades representativas da saúde junto à CNRMS;
- É necessário que se invista numa política de formação permanente e condições de trabalho para tutoria e preceptoria;
- Ainda que os programas sejam desenvolvidos desde a década de 1970 e seu marco normativo date de 2005, a avaliação dos programas não está implementada, demandando incidência junto às instâncias normativas para tanto;
- Por envolver todas as categorias profissionais é necessário investir no debate coletivo entre as entidades representativas das profissões, bem como

no Conselho Nacional de Saúde acerca dos desafios e da importância da formação em saúde;

- A CNRMS para se constituir como um espaço legítimo de representação precisa construir formas para inserir representantes indicados diretamente pelos Fóruns de residentes, preceptores e tutores;

- É necessário instituir uma política de fixação dos profissionais egressos dos programas de residência no sistema público de saúde cumprindo efetivamente com sua proposta;

- Os programas de residência devem contemplar a abordagem acerca da política de saúde pública, estatal, universal e de qualidade.



Referências

BRASIL. Portaria Interministerial n.45/2007 – institui diretrizes para o credenciamento de programas e determina a composição da CNRMS destaca-se que a Portaria Interministerial nº 45/2007 (atualmente revogada pela Revogada pela Portaria Interministerial nº 1.077/09).

_____. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009- Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

_____. Ministério da Educação (MEC). RESOLUÇÃO Nº 2 , DE 4 DE MAIO DE 2010. Comissão nacional de residência multiprofissional em saúde. Diário Oficial da União, nº 84 Seção 1 – p. 13. Brasília, 05 maio de 2010.

_____. Lei Federal Nº. 11.129 , de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm Acesso em : 03 agosto de 2012.

_____ Resolução da comissão nacional de residência multiprofissional em saúde- CNRMS Nº 2 DE 13 abril.2012. Diário Oficial da União. Brasília, 16 abril de 2012.

_____ Portaria Interministerial n.593/2008 – dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da CNRMS: Secretaria Executiva, Subcomissões e Câmaras Técnicas. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_593_08.pdf> Acesso em: agosto de 2012.

ANDERSON, P. Além do Neoliberalismo. In: SADER, E. e GENTILLI, P. (orgs.): Pós-neoliberalismo, as políticas sociais e o Estado democrático. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

BRASIL. Lei n.º 8.080. Brasília, 1990.

_____. Plano Diretor da Reforma do Estado. Brasília, 1995.

_____. Lei nº 9.637. Brasília, 1998.

_____. Lei nº 12.550. Brasília, 2011.

BRAVO, M. I. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. São Paulo: Cortez, 2007.

CFESS. Código de Ética Profissional do Assistente Social. Brasília: CFESS, 1993.

CHASIN, J. A Miséria Brasileira. 1964-1994: do Golpe Militar à Crise Social. São Paulo: Ad Hominem, 2000.

GRANEMAN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, M. I. et al. Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: ADUFRJ, 2008.

HARVEY, D. Condição Pós-Moderna. 10ª Ed. São Paulo: Loyola, 1992.

IAMAMOTO, Marilda V. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. Esboço de uma interpretação teórico-metodológica. 13ª ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2000.

NETTO, José Paulo. Ditadura e Serviço Social- Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. A construção do Projeto Ético Político do Serviço Social frente à crise contemporânea. In: CEFESS/ABEPSS; CEAD/UNB (Org.). Crise contemporânea, questão social e Serviço Social. Capacitação em Serviço Social e política social. Brasília: CEAD/UNB, 1999.

REZENDE, C. A. P. Modelos de gestão na Saúde. In: BRAVO, M. I. et al. Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: ADUFRJ, 2008.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. A americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil. Estratégias de Bem-Estar e Políticas Públicas. Rio de Janeiro/Revan/UPERJ/UCAM, 1998.



CFESS
CONSELHO FEDERAL
DE SERVIÇO SOCIAL

www.cfess.org.br