



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional.

Sub-eixo: Ênfase em Trabalho profissional.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: QUALIFICAÇÃO OU PRECARIZAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE?

Euler Antônio Campos¹

Resumo: Este artigo busca contribuir para o debate sobre a temática da Residência Multiprofissional em Saúde enquanto campo de inserção de Assistentes Sociais. Partindo da trajetória histórica, busca-se entender a complexidade da construção das residências multiprofissionais. Por fim, refletimos sobre as potencialidades e desafios desta modalidade em meio ao cenário atual de precarização da saúde.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional em Saúde; Precarização; Formação em trabalho.

Abstract: These are reflections on the theme of multiprofessional residency in health as a field for the insertion of Social Workers. Starting from the historical trajectory, it is sought to discuss the complexity of the construction of multiprofessional residences. Finally, we reflect on the potential and challenges of this modality in the midst of the current scenario of precarious health.

Keywords: Multiprofessional Residency; Precariousness; Job Training.

INTRODUÇÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde é uma modalidade formativa que busca vincular o trabalho e a formação acadêmica a partir do trabalho em saúde. Com relatos das primeiras práticas em meados de 1970, no Rio Grande do Sul, somente em 2005 as Residências Multiprofissionais ganham marco regulador como política de formação para o Sistema Único de Saúde, já preconizado na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), no que tange a formação de recursos humanos para o sistema de saúde.

Com a crescente expansão dos programas de Residência Multiprofissional nos últimos anos, esse se torna campo de inserção de muitos profissionais do Serviço Social, como já apontado em 2006 pelo documento elaborado pelo Ministério da Saúde, onde apontava o Serviço Social como a terceira categoria com maior direcionamento de bolsas, cerca de 56 vagas. E em 2018, com levantamento realizado pela Associação Brasileira de Ensino em Pesquisa (ABEPSS) em parceria com o Grupo de Estudos e Pesquisa dos Fundamentos do Serviço Social (GEPEFSS) da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (FSS/UFJF), já apontaram 496 vagas disponibilizadas em editais entre dezembro de 2017 a março de 2018 para Serviço Social, apresentando uma crescente importância nos

¹ Estudante de Pós-Graduação. Programa de Residência Multiprofissional com ênfase em saúde da família/atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte. E-mail: <euler.campos@hotmail.com>.

últimos anos. Contudo, ainda se faz necessário aprofundar a produção sobre o Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em saúde.

Para pensar as Residências Multiprofissionais em Saúde, busca-se aqui traçar uma breve trajetória histórica da Residência Multiprofissional em Saúde, a partir da bibliografia existente, na busca por depreender a complexidade das relações que compõe a realidade como ela aponta. Em seguida, pretende-se provocar algumas reflexões sobre as potencialidades e dificuldades no processo de formação em saúde da/do residente frente às condições objetivas de sua prática centralizada no trabalho em saúde. Nesse sentido, este artigo busca contribuir com a discussão sobre a modalidade Residência Multiprofissional em Saúdeno Brasil.

Reflexões sobre a trajetória histórica das Residências Multiprofissionais em Saúde

Em meados da década de 1970, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, nasce a primeira experiência reconhecida de Residência Multiprofissional. Esse programa se aproximou das discussões entorno do movimento da Reforma Sanitária no Brasil, tendo a participação popular como “principais agentes” (UEBEL; ROCHA; MELLO; 2003) impulsionando uma nova prática de saúde que ultrapassasse a lógica médico-centrada e buscasse a integralidade do atendimento aos usuários. Nesse período, com o afrouxamento da ditadura impulsionado pela forte resistência dos movimentos sociais, o movimento da Reforma Sanitária permitiu ampliar as possibilidades de construções de novas práticas de saúde, o que se apresenta um terreno fértil para o surgimento de novas práticas de residência em saúde com foco em acrescer outras profissões. Destacamos aqui a I Conferência Nacional de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária, onde se discutia a necessidade de formação de trabalhadores para um sistema de saúde universal. Nesse momento, essa conferência aponta a necessidade de extensão da especialização em saúde/residência, até então já consolidada pela medicina, à outras profissões e que devesse “ser utilizada sempre que suas características sejam adequadas à obtenção do produto final desejado” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993, apud PASINI, 2010, p. 167). Em 1990 é instituída a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080) que traz, dentre os objetivos do SUS “a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde” (artigo 6º, parágrafo III), prevendo ainda, no artigo vinte e sete a “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (BRASIL, 1990), o que permite fortalecer futuras propostas e experiências que nesse período se espalham pelo Brasil.

Com o advento do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, a política de saúde se orienta de forma a impulsionar a presença de outros profissionais e a busca pela especialização nessa nova proposta de cuidado que é o PSF. Em 1999, os movimentos sociais da Reforma Sanitária impulsionam o Ministério da Saúde, pelo Departamento de Atenção Básica, a criar Residências em Saúde da Família. (CAMPOS, 2006 apud ABIB; KUHN, 2017)

Em meio aos desafios para consolidação da agenda da Reforma Sanitária e na oscilação dos projetos da Reforma Sanitária e Privatista que o país vive nos primeiros anos do governo Lula (BRAVO E MENEZES, 2011), é fixada a Lei 11.129 de 30 de junho de 2005 que institui a Residência em Área Profissional da Saúde, definindo-a 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” (BRASIL, 2005). A lei ainda cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, que coordena as residências de forma conjunta entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação. No mesmo ano acontece o I Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde e se organizou segundo os 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. (CFESS, 2017). No ano seguinte acontece o II Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Como destaca Silva (2016), nesse mesmo ano foi criado o Fórum Nacional de Residentes em Saúde como estratégias dos residentes dos diferentes programas em se articularem em defesa do SUS e de melhorias da Residência Multiprofissional. Em 2007 foi instituída a Portaria interministerial MEC/ MS nº 45/2007 que estabeleceu diretrizes sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2007). Destacamos que essa Portaria orienta que os:

“Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde serão desenvolvidos em parceria entre gestores e instituições formadoras em áreas justificadas pela realidade local, considerando o modelo de gestão, a realidade epidemiológica, a composição das equipes de trabalho, a capacidade técnico-assistencial, as necessidades locais e regionais e o compromisso com os eixos norteadores da Residência Multiprofissional em Saúde.” (BRASIL, 2007)

Esse ponto permite delimitar a necessidade da residência em relação a uma demanda que esteja alinhada e preocupada com processo formativo em trabalho dos residentes, desconstruindo o que poderia ser uma demanda institucional por mão de obra. No entanto, não foi o que se desenhou até os dias atuais. Destacamos que o primeiro apontamento

relativo à carga horária de residentes está presente nessa Portaria, onde apontavam dedicação entre quarenta e sessenta horas semanais.

Em 2008 aconteceu o III Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. No mesmo ano é publicada a Portaria Interministerial MEC/MS nº 506/2008 que estabelece a carga horária para 60 (sessenta) horas semanais, representa um movimento que se direciona para a precarização da residência, pois imputa ao residente dedicação de dez horas diárias com um dia de descanso.

Em 2009 é fixada uma nova Portaria Interministerial de nº 1077/09 que revogou a Portaria nº 45/2007 que traz mudanças importantes relativas à participação de movimentos sociais no CNRMS, substituindo, por exemplo, a participação de representantes escolhidos pelo Fórum Nacional de Residentes por uma representação não específica.

A partir de 2010, Silva (2017) destaca a crescente de bolsas oferecidas em programas de residência que ocorre paralelamente com a presença do MEC nessa oferta, até então realizada somente pelo MS. A autora ainda aponta a mudança do perfil dos programas que, no início do processo histórico, as residências foram impulsionadas pelos programas de atenção básica e saúde da família, agora ganham numerosas vagas em programas hospitalares. Nesse sentido, somos provocados a refletir sobre a proposta das Residências Multiprofissionais alinhada a proposta de Reforma Sanitária como força contra hegemônica e a não superação das práticas hospitalocêntricas que encontram nas Residências Multiprofissionais em hospitais novo campo de reforço das práticas focadas na doença.

Dando sequência a contextualização, em 2012 acontece o I Encontro Nacional de Residências em Saúde (ENRS), no Rio de Janeiro/RJ com parte do Congresso Internacional da Rede Unida. O Encontro aconteceu de forma improvisada, no entanto serviu como espaço para fortalecimentos dos residentes quanto coletivo organizado. O II ENRS aconteceu no mesmo ano em Porto Alegre/RS dentro da programação do 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, na busca de articular um movimento nacional de residências em saúde conjuntamente com os fóruns de segmentos (gestores, tutores e preceptores, residentes), na busca por uma política nacional de residências em saúde.

No ano seguinte aconteceu o III ENRS em Fortaleza/CE e teve como tema “Educação Permanente no Brasil: desafios para a residência em um contexto de precarização e privatização do SUS”. Esse encontro representou a retomada das atividades da CNRMS, que estavam paralisadas, pois, o MS solicitou que fossem eleitos representantes de cada segmento para compor a CNRMS. Ainda, no III ENRS foi construída a Carta de Princípios do Fórum Nacional de Residentes em Saúde, onde apontam a luta pela efetivação da

Reforma Sanitária brasileira, a garantia dos princípios e diretrizes do SUS, a concepção ampliada de saúde, a articulação com movimentos sociais, dentre outros princípios descritos nos anais daquele encontro (Anais do III Encontro Nacional de Residências em Saúde, 2013).

Em 2014, na capital do Pernambuco, Recife, foi realizado o IV ENRS, tendo como guia a temática da educação permanente” (Anais do V Encontro Nacional de Residências em Saúde, 2015). O V ENRS aconteceu em 2015 em Florianópolis/SC e abordou o tema, O Desafio da interdisciplinaridade e a contribuição da Residência para a (re)afirmação do SUS (Anais do Anais do V Encontro Nacional de Residências em Saúde, 2015). Nesse mesmo ano, a Portaria nº 53 é lançada e, institui a atual composição da CNRMS colocando as indicações dos coletivos de residentes, preceptores e tutores como membros não natos, contrariando os debates e tensionamentos provocados pelos fóruns de segmentos.

Em 2016 foi realizado em Curitiba/PR o VI ENRS tendo como tema, Residências em Saúde: Construindo nossa identidade e questionando nossa formação. O VII ENRS foi realizado em Olinda-PE em 2017 e discutiu a organização das residências em saúde em defesa do SUS e da democracia. Naquele período as atividades da CNRMS estavam paralisadas, após deposição da então presidenta Dilma, e a continuidade e necessidade de fortalecimento da comissão foram pautas do encontro.

Em 2018 o VIII ENRS retorna à cidade do Rio de Janeiro buscando construir coletivamente propostas que contribuam para o processo de residência em saúde. Esse encontro apresentou um importante avanço no debate coletivo sobre carga horária dos programas de residência, onde apontaram a necessidade de requalificação imediata da carga horária semanal, a partir da proporcionalidade de 20% para atividades teóricas, 60% para atividades práticas e 20% para atividades teórico-práticas, incluindo pesquisa, auto-organização dos residentes e participação em instâncias de controle social. Ainda, reforçou a defesa da redução da carga horária semanal para 44h e aprofundou o debate sobre as garantias de períodos de afastamentos por adoecimento, participação de eventos científicos e políticos, e da própria CNRSM sem ônus ou reposição de carga horária. Reafirmaram ainda a necessidade de construir junto ao Conselho Nacional de Saúde uma proposta de Política Nacional de Residências em Saúde e na reinserção do egresso no SUS (Carta final do VIII ENRS).

Em meio a todo esse processo, nos últimos anos, como já citado, a ampliação das bolsas em residência precisa ser acompanhada e debatida. A transferência de recursos públicos para programas de instituições privadas, bem como a instituição da Empresa Brasileira de

Serviços Hospitalares (EBSERH), vão desenhando desafios para o processo de qualificação de residentes alinhados aos seus princípios do SUS.

Até aqui, buscamos apresentar a trajetória histórica/legislativa acerca da Residência Multiprofissional em Saúde como precedente para discutir sobre as possibilidades e desafios enfrentados pelos sujeitos residentes.

Residência Multiprofissional em Saúde: qualificação ou precarização? Reflexões sobre a experiência em residência.

A Residência Multiprofissional, como vimos, nasce como prática ligada aos princípios do projeto de Reforma Sanitária. Busca pensar um processo formativo de profissionais que atuarão na política de saúde de forma alinhado à proposta do sistema de saúde que se constituía. Com o advento do SUS foi possível, inclusive dentro da legislação, pensar em estratégias de formação de recursos humanos para e pelo SUS também como uma forma de reforçar os princípios da política. A partir dos marcos legislativos e do contexto histórico, as Residências Multiprofissionais em saúde apresentam-se como uma proposta importante de qualificação de profissionais para atuar no SUS de forma alinhada com seus princípios, entendendo as novas práticas de saúde que esse sistema busca trazer e permitindo pensar, no campo formativo, trabalhadores da saúde que serão formados, no e para, o novo desenho de saúde brasileiro.

Enquanto proposta formativa permitiria ainda ser um passo importante em direção a uma formação voltada para à integralidade e à interdisciplinaridade, que são princípios importantes e inovadores na prática de saúde do SUS. Auxiliaria como contraponto à formação fragmentada dos profissionais e se direcionaria à práticas voltadas à saúde coletiva, o que permite fortalecer o projeto de saúde pública frente ao projeto neoliberal.

No entanto, a trajetória das Residências Multiprofissionais em saúde é, como a própria política de saúde pública, atravessada por interesses que, como explicitado por Silva (2016), esvazia a proposta formativa e apresenta o residente como “mão de obra barata”, qualificada e precarizada dentro dos serviços de saúde.

A formação em serviço, modalidade que localiza as Residências em Saúde, traz a centralidade para o processo formativo a partir do trabalho. Demarcamos aqui a necessidade de discutir sobre esse aspecto central que fragiliza e intensifica a precarização da formação em residência.

Com a lógica da desconstrução das políticas sociais, o resultado nos espaços de trabalho perpassa a falta de material, espaço físico, insumos, de trabalhadores, dentre outros. A presença de residentes cria a condição de perceber um profissional capacitado para o

serviço que passa suprir as ausências daquela área, aqui o aspecto do trabalho toma o lugar de executar as demandas do serviço, secundarizando a formação ou dando a ela uma condição de menor importância. No trabalho fixa uma maior importância deixando de lado a formação, senão anulando-a. Nesse sentido, residentes acabam por suprir a ausência de outros profissionais, pois, é percebido como mais um/uma.

Destaco aqui uma reflexão entorno da secundarização dos aspectos formativos em detrimento da prática, a própria legislação das residências obriga o cumprimento integral da carga prática, no entanto, a teórica permite-se o “cumprimento de um mínimo de 85%” (BRASIL, 2014). Percebe-se aqui que, a própria legislação se direciona na lógica de maior importância das atividades práticas quando imputa ao residente o cumprimento integral da carga teórica, sendo, inclusive, necessário a reposição em caso ausências por motivação de saúde.

Nesse aspecto, faz-se necessário discutir sobre a não compreensão do processo de residência pelas equipes dos serviços de saúde. Ao serem introduzidos unicamente e exclusivamente como força de trabalho, os residentes passam ter outra percepção do seu processo que até então seria formativo, conjugando reflexões teórica e vivências práticas, e acaba assumindo o lugar do fazer, assumindo um “tarefismo”. Por inúmeras vezes, os próprios preceptores e tutores, não receberam formação para assumir o processo formativo das/dos residentes e contribuem para o esvaziamento do aspecto formativo da residência. Esse esvaziamento é motivador do surgimento dos casos de assédio moral, sobrecarga de trabalho, responsabilização de residentes por setores e o adoecimento de residentes.

Na resposta às demandas das insuficiências dos serviços, a residência acaba por perder as possibilidades de formação interdisciplinar, tendo em vista que as discussões e construções com as outras profissões que teoricamente também ocupam aquele lugar para formação são retiradas em detrimento do cumprimento das tarefas apresentadas pelo serviço.

O esvaziamento do processo formativo vinculado ao projeto inicial da residência, que tinha em seu alicerce a Reforma Sanitária e a qualificação de trabalhadores para o fortalecimento do SUS, acaba por promover no/na residente a percepção da prática por si só — provocando, inclusive, uma dicotomia entre teoria e prática. Nesse sentido, o/a residente passa a reconhecer o SUS exclusivamente como campo de trabalho e não percebendo a residência como espaço de qualificação profissional vinculada à qualificação do SUS. Concomitante a isso, os impedimentos ou limitações na participação em espaços coletivos, fóruns e movimentos sociais que buscam debater e reforçar a necessidade de retomar essa relação, contribuem para o enfraquecimento desse debate. Relatos de residentes em fóruns

aponta limitações regimentais na participação em eventos ou até mesmo impedimentos de coordenações para isso.

Nos aspectos de precarização da experiência de residentes, faz-se necessário apontarmos a carga horária de 60 horas semanais fixada pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 506/2008 (BRASIL, 2008). Ou seja, tendo uma folga semanal, como determinado na mesma Portaria, o/a residente dedica dez horas diárias para a residência, maior parte delas em atividades práticas, quando não totalmente. Essa carga horária expõe a intensificação do trabalho de residentes, o que impacta diretamente na saúde desses profissionais.

A carga horária extensa se apresenta, também, como dificultador para desenvolvimento dos programas de residência, como explicitado pelo relatório do Mapeamento das Residências em Área Profissional e Serviço Social, realizado conjuntamente pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e pelo Grupo de Estudos e Pesquisas dos Fundamentos do Serviço Social (GEPEFSS) da UFJF, onde 15,1% dos profissionais pesquisados apontaram as sessenta horas dos residentes como dificultador.

A redução da carga horária é necessária para repensarmos a Residência Multiprofissional em saúde, é pauta permanente dos residentes nos fóruns e espaços coletivos de residentes. Faz-se necessário inclusive para pensarmos a residência como processo de qualificação e não precarização como bem expõe Silva (2017), tendo em vista que as sessenta horas “cria as condições práticas para a precarização e exploração intensa da força de trabalho do residente”

Sobre o adoecimento de residentes, aponta a Síndrome de Bournout, uma síndrome resultante de estresse crônico no trabalho (OMS), prevalentemente ligada aos processos de trabalho em saúde. Em uma pesquisa realizada em 2011, verificou-se a ocorrência da Síndrome de Burnout nos Residentes Multiprofissionais da Universidade Federal de Santa Maria. O estudo aponta que 27% dos Residentes Multiprofissionais participantes da pesquisa tiveram indicativo para Síndrome de Burnout. O desenvolvimento da síndrome pode se relacionar com as “características do treinamento, como privação do sono, fadiga, excessiva carga assistencial, excesso de trabalho administrativo, problemas relativos à qualidade do ensino e ao ambiente educacional” (Bolzan e Goulart e Guido e Lopes e Silva, 2011). Nesse sentido, percebemos que os processos em residência se tornam campo fértil para o esgotamento pelo trabalho devido as condicionalidades impostas pela própria legislação vigente.

Outro fato importante para se pensar no aspecto da precarização das residências é o aumento do número de bolsas para programas hospitalares, desenhando um perfil de

egresso e reforçando uma prática de saúde curativa e hospitalocêntrica. Sendo potencialmente uma ferramenta para desconstrução dos princípios do SUS a partir da Reforma Sanitária. Fato que, como Bravo (2006) explicita, tem potencial prejudicial aos avanços dos SUS quanto política social: “prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde.”

O contexto da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde(CNRMS) também é uma situação que contribui para a precarização das residências. Em sua trajetória passou por inúmeros momentos de paralisação de suas atividades e a retirada da participação social. Essa situação contribui para a fragilidade no acompanhamento e fiscalização dos programas de residência espalhados pelo país, bem como construir de forma horizontalizada os processos de residência em saúde. Atualmente, segundo informações direcionadas aos residentes, a CNRMS está com suas atividades paralisadas.

As potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde são atravessadas pelos processos de precarização que a envolve enquanto política de qualificação de recursos humanos para o SUS. Contudo, fortalecer as residências perpassa a retomada das bandeiras da Reforma Sanitária alinhadas aos princípios do SUS. Os ataques ao SUS resultam nas experiências precárias que residentes estão imersos no seu cotidiano que se esvazia do processo formativo em trabalho. É necessário refletir sobre essa realidade, pois a qualificação apresenta-se como situação de precarização da sua condição enquanto residente que acaba por suprir o processo de precarização do próprio sistema.

Considerações Finais

As Residências Multiprofissionais em Saúde têm em sua ideia inicial estratégia importante para a qualificação de profissionais de saúde para o SUS. No entanto, o desenvolvimento desse projeto tem apresentando maiores características de precarização.

As políticas sociais, aqui as de saúde e educação, que se vinculam para conformar a residência, são permeados pelas ordenações históricas capitalistas do país de sucateamento e precarização. A Residência Multiprofissional não deve ser observada de forma diferente enquanto política. As condições de trabalho precárias são entendidas como o maior dificultador para o desenvolvimento de residências (ABEPSS, 2018). Perceber a residência não somente como um espaço formativo pelo trabalho, entendendo a particularidade do trabalho no capitalismo nesse processo, mas também, percebendo seu escopo dentro da lógica neoliberal quanto política pública faz-se necessário para entender a sua precarização. Como explicita Silva (2017), “o tensionamento da coexistência entre interesses privados e públicos atua fortemente nas bases materiais e subjetivas do trabalho

em saúde no SUS e, por conseguinte, nas bases de desenvolvimento da RMS [Residência Multiprofissional em Saúde]”. Segundo Bravo (2006), “o Projeto de Reforma Sanitária está perdendo a disputa para o Projeto voltado para o mercado”, assim, a proposta de Residência Multiprofissional em saúde, que é alicerçado nos princípios da Reforma Sanitária, também vem perdendo este campo, senão sendo usados como ferramenta para o fortalecimento do projeto privatista.

O esvaziamento dos sentidos primeiros das Residências Multiprofissionais é também um projeto que busca intencionalmente sobrepor as potencialidades e se direciona à precarização do trabalho em residência. Nesse ponto, faz necessário perceber que, a centralidade do trabalho no capitalismo em residência em saúde é importante pois ao/a residente também, como trabalhador da saúde, é direcionado todos os processos de precarização impetrados à classe trabalhadora, mas com aspectos de aprofundamento por exemplo pela carga horária extenuante. No entanto é imprescindível reafirmar o espaço formativo, ainda que pelo trabalho, desses sujeitos, através da formação de preceptores, tutores e equipes que receberão residentes.

A Residência Multiprofissional em Saúde carece ser fortalecida e urgentemente colocada em espaços de debates coletivos para o fortalecimento da residência e do SUS. Esse processo formativo apresenta-se com uma possibilidade de avançar na formação fragmentada da política de educação (mesmo esta também necessitar ser debatida, no entanto, não sendo foco aqui) possibilitando direcionar uma prática profissional direcionada para os princípios do SUS e bem articulada com a Reforma Sanitária. É fundamental perceber que não existe processo formativo onde se expressa a precarização, ainda que se relate a experiência da residência como boa a nível pessoal. O debate entorno da residência deve prescindir da qualificação de uma política de recursos humanos para o fortalecimento do SUS e não de uma prática de precarização de trabalhadoras e trabalhadores.

Ademais, percebendo a utilização de residentes em espaços onde deveriam existir equipes completas, a submissão destes residentes à condições precárias de trabalho, a crescente substituição de pessoal pela intervenção de residências, nos leva a seguinte provocação, a Residência Multiprofissional em Saúde, nos moldes em que se desenvolve, tem sido uma ferramenta potencialmente utilizada para aprofundar a precarização do sistema público de saúde através do trabalhador residente? Sem respostas para o momento, faz-se necessário debater as condições das Residências Multiprofissionais em Saúde na busca por avançar na qualificação dessa modalidade, através da defesa do SUS e a participação social, entendendo a residência enquanto política em construção sujeita às contradições para sua efetivação.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. **Relatório da pesquisa mapeamento das residências em área profissional e Serviço Social**. Juiz de Fora, 2018. Disponível em:

<<http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/relatorio-abepss-residencia-201812031150396627330.pdf>> Acesso em: 03 maio 2019

ABIB, L. T.; KUHN, G. F. Trajetórias das Residências Multiprofissionais em Saúde no contexto da saúde coletiva. In: KNUTH, A. G.; AREJANO, C. B.; MARTINS, S. R. (Org.).

Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas Residências

Multiprofissionais em Saúde. Rio Grande: FURG, 2017. Disponível em:

<<https://proresp.furg.br/images/noticias/ALANJUNTO.pdf>> Acesso em: 18 maio 2019.

Anais do III Encontro Nacional de Residência em Saúde. Fortaleza: 2014. Disponível em:

<<http://encontronacionaisrs.blogspot.com/p/anais-do-iii-encontro-nacional-de.html>> Acesso em: 19 maio 2019

Anais do V Encontro Nacional de Residência em Saúde. Florianópolis: 2015. Disponível em:

< http://venrs.fepese.org.br/Anais_VENRS_2015.pdf> Acesso em: 19 maio 2019

BOLZAN, M. E. O.; GOULART, C. T.; GUIDO, L. A.; LOPES, L. F. D.; SILVA, R. M.

Síndrome de Bournout em residentes multiprofissionais de universidade pública. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1477-1483, 2003. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/27.pdf>> Acesso em: 15 jun. 2019

BRASIL. **Lei nº 8080 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. Brasília, 1990. Acesso em: 19 maio 2019

BRASIL. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília: 2005. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm> Acesso em: 19 maio 2019

_____. **Portaria interministerial MEC/MS nº 45, de 12 de janeiro de 2007**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília: 2007.

Disponível em: <

http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/Portaria_45_2007.pdf> Acesso em: 19 maio 2019

_____. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 506, de 24 de abril de 2008**. Altera o art. 1º da Portaria Interministerial nº 45/MEC/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Brasília: 2008. Disponível

em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/Portaria_506_08.pdf>.

Acesso em: 19 maio 2019

_____. **Portaria interministerial MEC/MS 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. Brasília, 2009. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192> Acesso em: 19 maio 2019

_____. **Resolução CNRMS Nº 5 DE 07 de novembro de 2014.** Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília: 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=34&data=10/11/2014>> . Acesso em: 19 maio 2019

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: Mota AE, Bravo MIS, Uchoa R, Nogueira V, Marsiglia R, Gomes L, Teix M. organizadores. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez/OPAS/OMS/Ministério da Saúde; 2006.

CFESS. Residência em Saúde e Serviço Social: Subsídios para reflexão. Brasília: 2017. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-BrochuraResidenciaSaude.pdf>> Acesso em: 19 maio 2019

UEBEL, A. C.; ROCHAR, C. M.; MELLO, V. R. C. Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo – CSEM. **Boletim de Saúde** – ESP/RS, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 117-123, 2003. Disponível em: <<http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1234/resgate-da-memoria-historica-da-residencia-integrada-em-saude-coletiva-do-centro-de-saude-escola-murialdo-?-csem>> Acesso em: 25 maio 2019

PASINI, V. L. **Residência Multiprofissional em Saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS.** Tese (Doutorado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10923/4833>>. Acesso em: 19 maio 2019

SILVA, L. B. **Trabalho em Saúde e Residência Multiprofissional: problematizações marxistas.** 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.bdtf.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=12007&PHPSESSID=n8hgpt7g21ar7m21i3rqc1io82> Acesso em: 19 maio 2019