CAMINHANDO PELO FIO DA HISTÓRIA: a Residência Multiprofissional em Saúde nos espaços de construção da política de formação de trabalhadores para o SUS

Gislene do Nascimento Brunholi

Dissertação de Mestrado em Política Social
Programa de Pós-Graduação em Política Social
Universidade Federal do Espírito Santo

VITÓRIA
Junho/2013

CAMINHANDO PELO FIO DA HISTÓRIA: a Residência Multiprofissional em Saúde nos espaços de construção da política de formação de trabalhadores para o SUS

Gislene do Nascimento Brunholi

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Política Social.

Aprovada em 10 de junho de 2013 por:

_____
Profª. Drª. Maria Lúcia Teixeira Garcia
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

_____
Profª. Drª. Jussara Maria Rosa Mendes
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

_____
Profª. Drª. Rita de Cássia Cavalcante Lima
Universidade Federal do Rio de Janeiro

_____
Profª. Drª Eugênia Célia Raizer
Universidade Federal do Espírito Santo

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
Vitória, junho de 2013.

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Brunholi, Gislene do Nascimento, 1967-
B893c Caminhando pelo fio da história: a residência multiprofissional em saúde nos espaços de construção da política de formação de trabalhadores para o SUS / Gislene do Nascimento Brunholi. – 2013.
200 f.

Orientador: Maria Lúcia Teixeira Garcia.
Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas.

1. Sistema Único de Saúde- Brasil. 2. Política de saúde- Brasil. 3. Residência multiprofissional em saúde. 4. Formação profissional em saúde. I. Garcia, Maria Lúcia Teixeira. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. III. Título.

CDU: 32

A Dalva e Antônio, meus pais, meus amores, com quem aprendi a importância da educação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que de algum modo fizeram parte da minha vida durante o período de elaboração desta Dissertação. Alguns são especiais por terem afetado diretamente este processo:

A Professora Lúcia, *minha querida orientadora*, sempre muito determinada, me conduziu pelo percurso dessa pesquisa... E aguentou os meus dramas!!!!

Agradeço aos meus amigos da minha turma do curso de Mestrado em Política Social na UFES. Por muitas vezes encontrei apoio para compartilhar tantos momentos, os de angústias, mas, também, os êxitos ao longo dessa caminhada.

Ao Aminthas, meu cúmplice na complexa experiência de formar uma família, por sempre ter acreditado em mim. Agradeço por isso e por tudo mais que temos vivido;

A Victória, minha menina, amor da minha vida, que no auge dos seus 14 anos teve sabedoria para entender minhas ausências, irritações e mesmo assim me apoiar durante esses dois longos anos (nunca reclamou que ficou sem o computador!)

Aos colegas da RMS/HUCAM, Tânia, Márcia, Kátia e Fernanda, pela disposição (*quer dizer loucura!*) cotidiana de acionar processos de transformação das práticas de atenção à saúde e de formação de profissionais para o SUS;

Aos residentes que participaram do processo de formação da RMS/HUCAM nestes três anos, pela provocação intelectual, que eram constantemente acionados pelos encontros.

A Leandra e Denilda, por “cuidarem” em me manter disposta e por me auxiliarem nos percursos dessa caminhada, sempre me lembrando que valeria a pena. Estavam certas!

A toda minha família, irmãos, cunhados, cunhadas, sobrinhos, minha querida sogra, que se preocuparam e cuidaram de mim durante a realização desta Dissertação. Foram todos compreensivos entendendo minha ausência, principalmente nos almoços de família nos domingos. Pessoal, prepare-se porque estou de volta!!!

As colegas do Serviço Social do HUCAM, por terem entendido esse momento da minha vida. Obrigada meninas!

E aos meus amigos que me esperam para os muitos *rocks*, eu digo nesse momento o que quero!!!

Eu quero uma casa no campo
Do tamanho ideal, pau-a-pique e sapé
Onde eu possa plantar meus amigos
Meus discos e livros e nada mais...(Elis Regina)

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO - QUERO TE DIZER NENHUM SEGREDO**	14
2	**BRASIL QUAL É O SEU NEGÓCIO: A TRAJETÓRIA E DILEMAS DE IMPLEMENTAÇÃO DO SUS**	35
2.1	Política de saúde: projetos em disputa	36
3	**O TEMPO RODOU NUM INSTANTE: RMS NOS ESPAÇOS DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE FORMAÇÃO DE TRABALHADORES PARA O SUS**	53
3.1	Inovações e transformações no sistema de saúde - Anos 1970 e 1980	55
3.2	A “década perdida” para os recursos humanos da saúde e as repercussões para a RMS - Anos 1990	76
3.3	A formação em saúde no debate da gestão, condução de processos e regulação da RMS – Anos 2000	96
4	**A HISTÓRIA NA MÃO: RMS COMO UM PROGRAMA DA POLÍTICA PÚBLICA DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE**	125
4.1	As Residências Multiprofissionais nos HUs – *Existirmos a que será que se destina*	154
4.2	Cenário atual da Residência Multiprofissional	162
5	**CONSIDERAÇÕES FINAIS – ESPERANÇA EQUILIBRISTA**	169
6	**REFERÊNCIAS**	177
	APÊNDICES	190

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

TABELA 1 – ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, POR REGIME DE ATENDIMENTO E CLASIFICAÇÃO DA ENTIDADE MANTENEDORA DO ESTABELECIMENTO – BRASIL 37

TABELA 2 – EMPREGOS PÚBLICOS EM SAÚDE POR ESFERA DE GOVERNO – BRASIL 1980 E 2005 45

TABELA 3 – COBERTURA DE PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS 46

TABELA 4 – POSTOS DE TRABALHO DE NÍVEL SUPERIOR EM TODOS OS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – BRASIL, 1975/1982 58

GRÁFICO 1 – NÚMERO DE BOLSAS CONCEDIDAS EM 2006 E 2010 163

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- DOCUMENTOS EM ANÁLISE 28

FIGURA 2- RMS: EIXOS FORMADORES 54

FIGURA 3- PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO QUADRO ORGANIZATIVO DA POLÍTICA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE 77

FIGURA 4- PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO QUADRO ORGANIZATIVO DA POLÍTICA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE – LOS 80

FIGURA 5: PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO QUADRO POLÍTICO-ORGANIZATIVO DA POLÍTICA NACIONAL DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE-LOS; NOB/RH/ PNEPS 112

FIGURA 6 - QUADRO POLÍTICO-ORGANIZATIVO DA RMS NA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE 142

FIGURA 7 - COBERTURA DE BOLSAS CONCEDIDAS PARA RMS EM 2010 162

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- ANÁLISE TEMÁTICA 27

QUADRO 2 – DOCUMENTOS RELACIONADOS À INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE NO ÂMBITO DOS MINISTÉRIOS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE 30

QUADRO 3 – RELAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS DO PAR 66

QUADRO 4- DEMOSNTRATIVO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA E OUTRAS RESIDÊNCIAS FINANCIADAS EM 2006 122

QUADRO 5- DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS DE RMS APOIADAS PELA SGTES/MS – 2006 130

QUADRO 6- SISTEMATIZAÇÃO DAS BASES LEGAIS DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE 136

QUADRO 7- COMPARATIVO DAS PORTARIAS 45/2997 E 1077/2009 148

QUADRO 8 - AMPLIAÇÃO DO Nº DE BOLSAS DAS RMS ENTRE 2011 A 2013 165

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco	Associação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANDIFES	Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNRH	Conferência Nacional de Recursos Humanos
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino/Serviço
CNGTES	Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
Deges	Departamento de Gestão e da Educação na Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
Degerts	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPS	Educação Permanente em Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FNEPAS	Fórum Nacional de Ensino das Profissões da Saúde
HUs	Hospitais Universitários Federais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LDB	Lei de Diretrizes Básicas da Educação
MS	Ministério da Saúde
MRS	Movimento pela Reforma Sanitária
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NOB/RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
PAR	Programa de Apoio às Residências
ONG	Organização Não Governamental
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
OSCIPS	Organização da Sociedade civil de Interesse Público
PL	Projeto de Lei
PSF	Programa Saúde da Família

RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
REHUF	Programa de Reestruturação dos Hospitais Federais
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União

RESUMO

Este trabalho analisa o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com objetivo de identificar como o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, desenvolvido pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde a partir de 2005, tem se constituído como uma proposta de política de formação profissional para o SUS. Foi realizada pesquisa documental com análise de conteúdo que possibilitou configurar a Política Nacional de Gestão da Educação na Saúde, na área de formação do ensino superior, especificamente na pós-graduação, onde se situa a modalidade Residências Multiprofissionais. Tanto as Conferências Nacionais de Saúde quanto as legislações do Sistema Único de Saúde determinam diretrizes para a formação na área da saúde baseadas na integração ensino/Serviço. São eixos que se destacam no interior do processo de constituição da política de formação profissional e são as bases dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Constatou-se que houve, na primeira metade dos anos 2000, o surgimento de inúmeros atores (fóruns de residentes, coordenadores e preceptores) que estiveram presentes na luta para estruturação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, também presentes na disputa acirrada da composição e da luta pelo reconhecimento das Residências Multiprofissionais, a partir do ano 2005. Há um campo que coloca interesses em confronto e por onde caminha a definição da base legal para institucionalização do Programa. Polariza-se e ganha força posicionamentos corporativistas indo contra aos pressupostos do perfil profissional para a saúde. Ao mesmo tempo observa-se o esvaziamento das Residências na atenção básica e o movimento do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação para implantar as Residências Multiprofissionais nos Hospitais Universitários Federais, direcionando especialmente aos serviços de alta complexidade. Os riscos podem ser observados na conformação da formação em saúde no plano da tarefa do fazer. Frente ao contexto de precarização do trabalho, torna-se necessário uma intensa defesa e afirmação dos residentes enquanto profissionais em formação e não profissionais de serviço. Diante desse quadro está o desafio do papel das Residências Multiprofissionais nas transformações do modo de se produzir saúde e formação profissional. As observações dos vários aspectos vinculados às residências têm demonstrado que elas têm sido, ou podem ser, um reduto importante de resistência à sucumbência das propostas de atenção à saúde pretendida para o SUS e defendidas pelas Conferências Nacionais de Saúde, nos últimos vinte anos. Apesar desse contexto, as Residências têm sido importantes como qualificação dos serviços e dos profissionais. Há um consenso em torno da importância das presenças dos residentes e dos tutores nos serviços, pois, impulsionados pelas discussões dos processos de trabalho, questionam as práticas. Mesmo com tantos empecilhos, há rupturas em relação aos modos de se pensar o cuidado em saúde e a potência do trabalho em equipe reverberam.

Palavras chaves: Sistema Único de Saúde. Política de saúde. Residência multiprofissional em saúde. Formação profissional em saúde.

This paper analyzes the Multidisciplinary Residency Program in Health, in order to identify how the Multidisciplinary Residency Program in Health developed by the Ministry of Education and the Ministry of Health since

2005, has made a proposal for a vocational training policy for the NHS. Documentary research was carried out with content analysis that enabled configure the National Policy of Education in Health, in the training area of higher education, specifically in graduate school, where is the modality multidisciplinary Residences. Both the National Health Conferences as the laws of the Unified Health System determine guidelines for training in health care based on the integration of teaching / service. Axes that are highlighted within the process of policy formation and training are the foundation of Residency Programs in Health Multidisciplinary It was found that there was, in the first half of the 2000s, the emergence of numerous actors (residents forums , coordinators and tutors) who were present in the fight for the structure of the National Health Multidisciplinary Residency also present in the composition close race and the struggle for recognition of multidisciplinary Residences, from the year 2005. There is a field that puts interests at stake and where walks the definition of the legal basis for the institutionalization of the program. Polarizes himself and gains strength corporatist positions going against the assumptions of the professional profile for health. At the same time observe the emptying of Residences in basic movement and the Ministry of Health and Ministry of Education to implement the multidisciplinary Residences in Federal University Hospitals, targeting especially the services of high complexity. Risks can be observed in the conformation of training in health care at the task of doing. Against the context of precarious work, it is necessary an intense defense and affirmation of residents in training as professionals and non-professional service. Faced with this situation is the challenge of the role of multidisciplinary Residences mode the transformations to produce health and vocational training. The observations of various aspects linked to the residences have demonstrated that they have been, or may be an important stronghold of resistance to the collapsing of the proposed health care intended for SUS and defended by the National Health Conferences in the last twenty years. Despite this context, the homes have been important as qualifying services and professionals. There is a consensus on the importance of attendance of residents and tutors services therefore driven by discussions of work processes, question practices. Even with so many impediments, there are breaks in relation to ways of thinking about health care and power of teamwork reverberate.

Keywords: Unified Health System Health Policy. Residence multifunctional health. Health professional training.

ABSTRACT

This paper analyzes the Multidisciplinary Residency Program in Health, in order to identify how the Multidisciplinary Residency Program in Health, developed by the Ministry of Education and the Ministry of Health since 2005, has become a proposal for SUS professional education policy. Documentary research was carried out with content analysis that enabled configure the National Policy of Education in Health, in the training area of higher education, specifically in postgraduate courses, in which multidisciplinary Residences is situated.. The Health System (SUS) legislation determines the professional education policy guidelines for health care education based on the integration of teaching / service. They are center lines that are highlighted within the process of Multidisciplinary Residency Programs in Health education policy. It was found that there was, in the first half of the 2000s, the emergence of numerous actors (residents, coordinators, and tutors forums) who were present in the struggle for the systematization of the National Committee of Multidisciplinary Residency in Health. These actors were al so present in the dispute for multidisciplinary Residences recognition, from the year 2005 on. There is a field that puts interests at stake and leads the definition of the legal basis for the institutionalization of the Program. Corporatist positions polarize and gain strength going against the assumptions of the professional health profile. At the same time, it can be observed the emptying of Residences in basic health care as well as the Ministry of Health and the Ministry of Education movement to implement the multidisciplinary Residences in Federal University Hospitals, targeting especially the high complexity services. Risks can be observed in the conformation of health care education focusing on the “task doing”. Against the precarious work context undermines the presence of residents to cover the deficit of workers in health institutions, making necessary an intense defense and affirmation of residents in training as professional and non-professional service. Given this situation, it is questioned the role of the multidisciplinary Residences in transforming the mode to produce health and professional education. On the other hand, the observation of various aspects linked to residence has also demonstrated that paradoxically they have been or may be also an important resistance stronghold to submission of the new contours that have been designed in the SUS itself. And despite of this context, the Residences have been important as qualifying services and professionals. There is a consensus concerning the importance of residents and tutors attendance in services, through their questioning it is possible to break with conservative practices, since the presence of residents in multidisciplinary teams can take this confrontation.

Keywords: Unified Health System Health Policy. Multidisciplinary Residency in health. Health professional education.

1- INTRODUÇÃO - QUERO TE DIZER NENHUM SEGREDO

Anda!
Quero te dizer nenhum segredo
Falo nesse chão, da nossa casa
Vem que tá na hora de arrumar... (Beto Guedes)

O desafio de realizar uma pesquisa é assumir um caminho de muitas angústias, incertezas e um turbilhão de questionamentos. Assim como os poetas que vivem de uma incessante busca por palavras que expressem seus sentimentos, para Minayo (2004, p. 23) a pesquisa como indagação e descoberta da realidade "é uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente". No campo das Ciências Sociais seu objeto é histórico, pois está relacionado com sociedades que existem com espaços e tempos determinados, num constante dinamismo onde "potencialmente tudo está para ser transformado" (MINAYO, 2004, p. 20). As indagações surgem então das transformações ocorridas no plano da realidade, que se mostra inconstante e dinâmica.

Busco com essas premissas, fazer uma referência ao inicio do processo que me conduziu até o tema Residência Multiprofissional em Saúde como pesquisa. A minha realidade, como Assistente Social do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM), mais conhecido como "Hospital das Clínicas", da Universidade Federal do Espírito Santo (HUCAM), foi surpreendida após a *recomendação* feita ao HUCAM, pelos Ministérios da Saúde e da Educação, para o desenvolvimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS). Um mundo de indagações e questionamentos se abriu, principalmente após as deliberações e encaminhamentos feitos pela Instituição, dentre as quais a que me tornou preceptora de Serviço Social do PRMS do HUCAM.

Isso ocorreu no ano de 2009. Em visita de profissionais do Departamento de Hospitais e Residências (DHR) da SESu (Secretaria de Educação Superior /MEC), o HUCAM foi informado que o Ministério da Educação, em conjunto com o Ministério da Saúde, estava lançando o projeto de implantação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da rede de Hospitais Universitários Federais. Para o referido projeto estavam sendo disponibilizadas 500 bolsas, a um custo anual previsto de R$11.500.000,00 (onze milhões e quinhentos mil reais) em 2010 e de R$23.000.000,00 (vinte e três milhões de reais) a partir de 2011 (CNRMS, 2009, s.p), além do apoio aos PRMS já existentes no âmbito nacional. As Instituições

Federais de Ensino Superior (IFES) deveriam se estruturar para desenvolver, a partir do ano de 2010 o PRMS.

Neste contexto, várias dúvidas se iniciaram em relação à implementação de um programa interministerial, como público e resultados esperados, certificação, estrutura física e recursos humanos das instituições formadoras, diretrizes pedagógicas, financiamento, prazos, enfim – fatores associados ao processo de estruturação do programa. Um grupo de trabalho, formado por técnicos e professores de diversas áreas da saúde[1], foi designado pela Direção do Hospital para elaboração do Projeto Pedagógico em consonância com as normativas estabelecida pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

Interessada em tentar entender o que de fato esse Programa representava, iniciei uma busca por respostas. Certifiquei-me que historicamente, no Brasil, a modalidade de ensino denominada Residência esteve atrelada a condição de pós-graduação *lato sensu* para médicos, tendo-se notícia desse tipo de especialização desde 1940, porém sua regulamentação só ocorreu oficialmente em 1977, passando a ser considerada o *padrão-ouro* da especialização médica (BRASIL, 2006). Analisei documentos, como o relatório da CNRMS (2009), onde consta que a instituição de programas de residência para profissionais não médicos no Brasil data da década de 1960, incluindo diferentes profissões da saúde, com a proposta de treinamento em serviço de longa duração, seguindo o modelo da Residência Médica. Esses programas eram oferecidos por instituições de ensino através de fontes variadas, inclusive com financiamento público, podendo ser estadual ou federal.

Encontrei-me como no trecho do poema de Sérgio Blank: “um certo-incerto me diz e desdiz”[2], assim estava diante do desafio de me inserir na Residência Multiprofissional. As muitas interrogações surgiram na tentativa de entender como ocorreu o processo de construção da Residência Multiprofissional como um Programa Interministerial da Política Nacional de Educação na Saúde. Algumas questões do tipo: como a residência passa a ser uma área de interesse

[1] A Resolução CNS nº 287, de 1998, definiu as categorias de profissões para a área de saúde: medicina, enfermagem, odontologia, nutrição, psicologia, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, educação física, medicina veterinária, assistência social, terapia ocupacional, biomedicina e biologia.

[2] Trecho subtraído do poema “nomem juris” do livro Sol, Solidão: análise da obra de Sérgio Blank de Sinval Paulino: Graf.Jep, 2007, 160p.

interministerial, uma vez que ela já existia tanto na Medicina quanto em outras profissões da área da saúde? Qual é o processo de legitimação e institucionalização que a sustenta? No processo de estruturação do Programa, iniciei um percurso entre a trajetória e os documentos da Residência disponibilizados pelos próprios Ministérios, no interior da política de saúde.

Precisei retomar os analistas da Política de saúde brasileira, tendo como marco as décadas de 1970-1980. O Movimento pela Reforma Sanitária (MRS) sintetizou um pensamento crítico sobre saúde construída no coletivo frente ao processo de redemocratização da sociedade, defendendo a idéia do direito democrático de todos à saúde (FEUERWERKER, 2005). O avanço desse Movimento fez com que a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) tivesse ampla participação, obtendo força e articulação para lançar os pressupostos do Sistema Único de Saúde, aprovado em seguida na Constituição Federal de 1988.

A implantação do SUS lança muitos desafios. As necessidades de mudanças atravessam o modelo tecnoassistencial, a organização da gestão e as maneiras como se faz a política de saúde, como observado por Feuerwerker (2005). São todos elementos capazes de contribuir para a indispensável conquista de legitimidade política e social para o SUS. As discussões e avaliações, no interior do projeto da Reforma Sanitária, também assumem que uma transformação somente ocorre quando acompanhada de correspondente projeto educativo (CECCIM, 2008). Assim, ainda na Constituição, o Artigo 200 determina que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos em saúde, conferindo outra necessária conquista, ou seja, aproximação entre as políticas de educação e saúde.

Definido o modelo de saúde a ser viabilizado, ocorre a realização de intervenções e articulações capazes de reverter ou, pelo menos, redirecionar situações acumuladas e emergentes na área de Recursos Humanos (RH) para a consolidação do sistema de saúde, como parte do processo em transformação, sobretudo o desafio de transpor os conteúdos que formam a compreensão teórico-conceitual e político-ideológico do projeto reformista para o plano concreto de implementação de políticas públicas (PIERANTONI, 2000).

Nas determinações dos fóruns de amplitude nacional como as Conferências Nacionais (de Saúde e de Recursos Humanos) foram discutidas e sistematizadas as

principais propostas para a área (MACHADO, 2006). São discutidas, dentre tantas, questões representativas para construção de uma agenda nacional para a formulação da Política de Recursos Humanos do SUS.

Apresentou-se, assim, um importante foco (de luz[3]) que me conduziu à discussão acerca das Residências Multiprofissional, pois a formação profissional para o SUS se constitui como parte da política de recursos humanos. Desvendou-se um caminho que me remeteu à necessidade de entender como então se processou a construção dessa política de RH considerando os aspectos teórico-conceituais, político-ideológicos e a conjuntura sócio econômica desse País? Estava posto, portanto, o desafio de aproximação com o tema, partindo de exercícios de reflexão necessários ao processo de definição do objeto a ser estudado, constante da fase exploratória da pesquisa (MINAYO, 2004)[4].

Por meio de leituras de teses, dissertações, artigos, entre outros, encontrei, entre muitas críticas e avaliações sobre o processo de reformas do setor da saúde no interior da própria Política de Recursos Humanos, que a formação surge "[...] como "um" ou mesmo "o" grande nó crítico da implementação real da mudança (CECCIM, 2008, p.10)". No setor da saúde a educação dos profissionais não ganhou espaço relevante para conduzir as mudanças curriculares ou pedagógicas necessárias e o "[...] ensino das profissões da área da Saúde mantiveram referenciais direcionados pela lógica tecnológica e de mercado induzido não somente pela vertente econômica, mas também amparado em um referendo social" (BRASIL, 2006, p.11). Ainda há uma grande influência das idéias e dos valores correspondentes ao modelo médico-hegemônico, que ainda se faz predominante na sociedade e orienta a formação dos profissionais de saúde, consequentemente interferindo a todo o momento na possibilidade de consolidação do SUS (FEUERWERKER, 2005).

A formação profissional, portanto, é mais um desafio a ser enfrentado pelo SUS, que mesmo em meio às dificuldades, vem conseguindo superações importantes em seu processo de implantação. Observa-se em mais de duas décadas da implantação do

[3]Minayo (2004, p. 89) diz que a construção do conhecimento "se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida" e apresenta que "o conhecimento se faz a custo de muitas tentativas e da incidência de muitos feixes de luz, multiplicando os pontos de vista diferentes [...]" (MINAYO, 2004).
[4]Minayo (2004) aponta que a fase exploratória da pesquisa compreende a escolha do tópico de investigação, a delimitação do problema, a definição do objeto e dos objetivos, construção do marco teórico, além dos instrumentos da coleta de dados e exploração do campo.

SUS, que muito se avançou quanto à universalização do acesso e à constituição de uma rede assistencial com uma cobertura extensa. Mas, ainda permanecem desafios no que se refere a mudanças efetivas na forma de realizar a atenção em saúde, principalmente no aspecto de seu financiamento, que esteve associado à política econômica no contexto da redução de despesa dos gastos públicos dos governos que seguiram após os anos 1990 (FEUERWERKER, 2005). Constatei que os avanços se entrecruzam com as ações que se fortalecem e se enfraquecem frente às políticas em um cenário de contrarreformas do Estado, embaladas pela ofensiva neoliberal. Há um cenário no qual se entrecruzam dois projetos em disputa na saúde: o Projeto Privatista e o Projeto de Reforma Sanitária (BRAVO, 2006).

No entanto, mesmo em tempos de políticas de redução do Estado, os serviços públicos de saúde foram ampliados, cresceu o número de trabalhadores no setor, a saúde chegou a praticamente todos os municípios do país. O processo de descentralização, principalmente com a criação, em 1993, do Programa de Saúde da Família (PSF), com apoio do trabalho dos agentes comunitários da saúde (ACS), remeteu o debate da formação em saúde para a centralidade assumida pela atenção primária, exigindo uma nova dimensão para as demandas específicas de formação de trabalhadores. Ocorreu o incentivo governamental às Residências de Medicina de Família e Comunidade, articuladas com Residências Multiprofissionais, as quais se expandiram a partir do ano 2000 (CLOSS, 2010).

Conforme fui aprimorando minhas leituras e conhecendo melhor o caminho trilhado pela construção de Programas de Residências Multiprofissionais, percebo que no delineamento do objeto decorreu que, como exposto por Minayo (2004), no primeiro momento é necessário uma relação dialética entre o esforço de estabelecer marcos conceituais com a sua respectiva relação com a prática. Muitas indagações então se interpuseram. O que ocorreu a partir do ano 2000 para que houvesse uma movimentação no aparato governamental que gerasse novas perspectivas para a formação em residências multiprofissionais? Ainda em Minayo (2004, p. 97) encontrei que era preciso “projetar luz” a fim de permitir uma ordenação ainda imprecisa da realidade empírica.

A temática da formação de trabalhadores para o SUS esteve em debate nos fóruns nacionais, ganhando espaços nas Conferências Nacionais de Saúde, nos quadros

governamentais, ganhando mais visibilidade a partir do ano 2000 e passando a ser avaliada como uma condição necessária para uma política específica, em meio às críticas ao modelo de formação hegemônico, que não dispara mudanças nos modelos de atenção, conforme concebido pela lógica dos ideais preconizados pela Reforma Sanitária. Na 3ª CNGTES de 2006 a expressão recursos humanos deixou de ser empregada, pois, houve a compreensão de que os trabalhadores de saúde não são um insumo que se agregam aos recursos financeiros, tecnológicos e estruturais na produção dos serviços de saúde, eles são os próprios serviços de saúde. No entanto, essa concepção ainda paira no processo de assimilação e consolidação da Política Nacional de Educação na Saúde, e aparecem em textos oficiais ora recursos humanos ora gestão do trabalho.

Em 2003 assumiu o Presidente Luís Inácio Lula da Silva, com muitas promessas, dentre elas, a de aliar o desenvolvimento econômico com a ampliação de políticas de proteção social. No entanto, afirma Bravo (2206, p.15)

> A análise que se faz, por conseguinte, após esses anos de governo é que a política macroeconômica do governo anterior foi mantida. As políticas sociais continuam fragmentadas e subordinadas a lógica econômica. Nessa setorização, a concepção de seguridade social não foi valorizada.

Embora a Residência Multiprofissional tenha uma trajetória efetiva, respaldada dentro dos pressupostos do SUS, é nesse contexto que alcançou o estatuto de política, como modalidade de formação profissional, obtendo uma normalização própria. Foi preciso considerar a dinâmica dos acontecimentos que permearam a RMS iniciando pela promulgação da Lei nº11129/2005 que instituiu a Residência em Área Profissional de Saúde e criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. Até a instalação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional passaram-se dois anos para a publicação da Portaria Interministerial MEC/MS nº 45/2007[5], que dispôs sobre os princípios e diretrizes dessa modalidade de formação e instituiu, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Foi institucionalizada, assim, esta modalidade de formação no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde. Em 13 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial nº 45/2007, foi substituída pela **Portaria Interministerial nº 1077**(BRASIL, 2009a) que

[5]Revogada pela Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009.

alterou a composição e o funcionamento da CNRMS. Segundo os documentos, essa decisão foi deliberada sem que a CNRMS tenha considerado nem consultado os diversos coletivos envolvidos com as Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais da Saúde.

Em maio de 2009, durante o III Fórum dos Dirigentes dos HUFs[6], realizado em Brasília, foram apresentadas as diretrizes básicas do projeto de implantação dos programas de residência integrada multiprofissional em saúde nos hospitais universitários federais. Em 1º de fevereiro de 2010, tiveram início 35 programas desenvolvidos em 40 hospitais universitários federais, com o seguinte objetivo

> [...] **incentivar a implantação de programas de residência integrada multiprofissional em todos os hospitais universitários federais**, de forma a atender às **demandas por profissionais de saúde especialistas em áreas prioritárias para o SUS**, no escopo de um modelo de atenção integral e do desenvolvimento do processo de trabalho integrado entre os profissionais da saúde (BRASIL, 2010, sp, grifos da autora).

Alves-Mazzotti (2004, p. 150) informa que muitos estudos qualitativos surgem de questões que nos intrigam e sobre as quais as informações disponíveis não são suficientes. Dessa forma, por estar inserida em um Hospital Universitário, a primeira questão que me surgiu como indagação para a discussão inicial é como os hospitais universitários iriam desenvolver esse Programa de Residência Multiprofissional num contexto em que prevalece a idéia de "crise", das universidades, da saúde pública e exaltação do mercado privado, com demandas dos Ministérios que envolvem saúde e educação? No processo de orientação, me deparei com questões teórico-metodológicas que apontaram limitações para aprofundamento dessa questão como problema de pesquisa, em se tratando de um programa muito recente (2010). Novamente me vi como num poema de Sérgio Blank, desta vez "Solidão esferográfica", que é aquela que se sente em frente ao verso que insiste em ser criado[7]. Mas o processo de orientação também incitou outras indagações, que compreendi serem anteriores e necessárias e, naquele momento, o processo de criação se impôs.

Considerando as legislações e políticas em vigor, foi possível estabelecer um processo de discussão sobre a (re)organização da política de formação de

[6]Ver Gestão de Educação 2003-2010 em: http://gestao2010.mec.gov.br/o_que_foi_feito/program_125.php.

[7]Trecho subtraído do poema "Solidão esferográfica" do livro Sol, Solidão: análise da obra de Sérgio Blank de Sinval Paulino: Graf.Jep, 2007, 160p.

trabalhadores da saúde. Interroguei sobre as discussões que estavam sendo feitas no campo do debate teórico e político sobre esse movimento como possibilidade de mobilização por uma política pública de formação para o SUS, sobretudo quanto ao seu potencial para disparar novos processos ao modelo assistencial, ocupando a RMS um espaço nesse movimento. Ao mesmo tempo a sustentabilidade política e ideológica entrou também no debate acerca dos propósitos dos projetos societários em disputa[8], principalmente no contexto de expansão e consolidação das políticas neoliberais. Assim, nesse estudo, novas perspectivas se abriram e a oportunidade fez surgir (como um processo inevitável) meu problema de pesquisa: **como o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, desenvolvido pelo MEC e pelo MS a partir de 2005, tem se constituído enquanto uma proposta de política de formação profissional para o SUS?**[9]

Revendo Minayo (2004, p. 99) me alertei que no caminho da pesquisa as idéias iniciais induzem as indagações referentes à realidade, mas a definição do objeto está como um recorte em todos seus aspectos e isto, na perspectiva da abordagem dialética, é sempre provisório. Assim o presente estudo teve por objeto, delineado muitas vezes no percurso, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, desenvolvido pelo MEC e pelo MS a partir de 2005, enquanto uma proposta de política de formação profissional para o SUS. Como a pesquisa é um processo dinâmico foi, a partir da formulação do problema de pesquisa, que o marco teórico-metodológico se constituiu como o "caminho do pensamento" que orientou o trabalho (MINAYO, 2004, p.99).

Minayo (2004, p. 36) diz que um problema fundamental para o cientista ao abordar a realidade, é o caráter específico do objeto do conhecimento: o ser humano e a sociedade, nesse sentido um dilema se interpôs "[...] contentar-se com a problematização do produto objetivado ou ir em busca, também, dos significados da ação humana que constrói a história. É um desafio na busca de caminhos". Tratei de uma abordagem que buscou entender um fenômeno específico em profundidade, ao invés de estatísticas, regras e outras generalizações, o trabalho buscou as descrições, as comparações e interpretações.

---

[8]Ver Dagnino (2004).

[9]Ou, como diria Sergio Blank "agora eu vou um tanto além de embora".

Muito mais que técnicas, afirma Minayo (2004), a metodologia é a articulação da teoria, da realidade dos pensamentos sobre a realidade e complementa que apesar de precisarmos de determinados parâmetros para produzirmos conhecimento, a criatividade é o mais fundamental. No entanto, o método indica discernimento de direção, compreende a estrada, a via de aceso, o rumo e discernimento escolhido entre outros possíveis, para um dado estudo (OLIVEIRA, 2001). Nesse estudo o caminho foi delineado por uma aproximação, com o propósito de alcançar as respostas às perguntas suscitadas, através do método de pesquisa documental.

Para Alves-Mazzotti (2004) um documento para ser utilizado como fonte de pesquisa pode ser qualquer registro que seja fonte de informação. Segundo May (2004) há uma ampla variedade de fontes documentais disponíveis para a pesquisa social. A análise de um conjunto de documentos ou textos pode ser associada às práticas sociais e podem proporcionar também a análise das práticas formadoras de sujeitos e modos de compreensão do mundo (FISCHER, 2001). Para isso, um pesquisador precisa utilizar os documentos objetivando extrair deles informações, precisa usar técnicas apropriadas para seu manuseio e análise. Para investigar, examinar é preciso seguir etapas e procedimentos; organizar informações a serem categorizadas e posteriormente analisadas; por fim, elaborar sínteses.

No levantamento realizado sobre as legislações interministeriais (MS e MEC) referentes à definição, objetivos, estrutura, organização e funcionamento das Residências Multiprofissionais em Saúde as datas partem de 2005. Portanto, o estudo que se segue terá como recorte temporal os anos de 2005 a 2013, correspondentes aos dois mandatos de Luis Inácio Lula da Silva e inicio do governo de Dilma Roussef (atual presidente da República). No entanto, um retorno aos marcos históricos dessa discussão se fez necessário.

Baseada nas leituras iniciais, tracei um paralelo entre o que a teoria e os documentos apresentam sobre as Residências e o que a prática me revela num hospital universitário, enquanto preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HUCAM. Surgiram, então, indagações a respeito dessa modalidade de formação profissional, que apresentei como objetivos dessa pesquisa. Como **objetivo geral, analisar como o PRMS, desenvolvido pelo**

MEC/MS a partir de 2005, tem se constituído como uma proposta de política de formação profissional para o SUS.

Entre os **Objetivos Específicos busquei**: entender o processo de constituição da RMS correlacionando-o às transformações ocorridas na Política de Saúde no Brasil; relacionar o processo de construção da política de formação de trabalhadores para o SUS com as proposta de Residências como modalidade de formação profissional no interior das principais Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos; analisar a legislação formulada pelo MEC e MS para a consolidação do atual PRMS e Identificar o contexto dos HUs, no fim do governo Lula e inicio do atual governo, buscando entender como as contradições que atravessam esse espaço incidem sobre a implementação do Programa de Residência Multiprofissional. Desta forma, foi necessário acionar no decorrer do estudo algumas categorias teóricas centrais, como: formação profissional em saúde, política de saúde, reforma do Estado.

Parti da premissa que não existe ciência neutra, pois a visão de mundo implica em todo o processo de conhecimento desde a escolha do objeto, a aplicação e o resultado. Pela ciência passa interesses e visões de mundo historicamente construídas, tendo essa que se submeter e a resistir aos limites dados pelos esquemas de dominação vigente (MINAYO, 2004, p. 21). Neste sentido alguns posicionamentos foram destacados nesse estudo.

Assumi o princípio que não há separação entre a política social e a política econômica, na qual interesses de classes influenciam diretamente no modelo de saúde oferecido e consolidam uma forte dualização da política social, refletida na sociedade, que se expressa entre aqueles que podem pagar e outros que não podem pagar (BEHRING, 2008). Partir dessas premissas foi estabelecer o caminho histórico-crítico-dialético, no qual a investigação parte da perspectiva histórica e objetiva cercar o objeto através da compreensão de todas suas mediações e correlações, estando os sujeitos implicados nesse processo (MINAYO, 2004).

Certa dessas convicções, após coleta dos dados, a técnica utilizada para análise dos dados[10] foi a análise de conteúdo, uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. Essa

[10]Temos ciência de toda crítica às limitações possíveis que essa técnica pode trazer, mas no momento se apresenta como a melhor opção.

análise conduz a descrições sistemáticas, com intuito de reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum. Trata-se de

> [...] um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42)

A análise de conteúdo, enquanto método da pesquisa qualitativa, admite que a realidade não existe por si só, é antes de tudo um produto social. Dessa forma, as idéias dos atores e suas concepções de mundo estão representadas nas suas falas, na sua realidade. Assim, a palavra, a fala e as comunicações se tornam elementos chave desta técnica – e por isso não há um único instrumento para sua aplicação, mas sim uma diversidade de formas e adaptações, conforme o objetivo pretendido (BARDIN, 1977).

Tendo em vista o programa de Pós-Graduação em Política Social, este estudo inseriu-se na linha de pesquisa: Políticas sociais, subjetividade e movimentos sociais, que visa a analisar a formulação, a gestão e o controle social de políticas sociais setoriais, como produto das minhas possibilidades e angústias de estar inserida no Programa de Residência Multiprofissional do HUCAM. Escolher a Residência como proposta de pesquisa trouxe implicações diretas à pesquisadora-preceptora.

Como assistente social e preceptora do Programa trouxe vivências, relações, experiências que se diferenciam de um mero pesquisador distanciado do problema. Importa, portanto, concordar com Lowy (1986) para quem os julgamentos de valor, os pontos de vista de classe, as ideologias, utopias e visões de mundo dos grupos sociais, influenciam de forma decisiva o conjunto da atividade científica e cognitiva no domínio das ciências sociais.

Este estudo ganha relevância social e política ao problematizar um Programa de formação profissional frente às tendências de ajuste neoliberal, presentes e atuantes no desmantelamento atual das políticas sociais, em especial a área da saúde. Torna-se assunto necessário para ampla e profunda discussão das Universidades, uma vez que *ainda* são elas as responsáveis pelos Hospitais Universitários,

convocadas a executar um Programa que necessita de maior clareza acerca do processo que o rodeia, para assim formar o discernimento necessário para a aceitação, contestação ou submissão às novas questões que se fazem presente nesse processo. As instituições de ensino superior, como cenários dialéticos privilegiados para debates e reflexões sobre os impactos destrutivos do regime neoliberal, como aponta Chauí (2003), é onde se encontra opiniões, atitudes e projetos que exprimem divisões e contradições da sociedade (ALBURQUERQUE; GIFFIN, 2009).

Assim, tentar entender a educação de profissionais de saúde, na modalidade de Residências Multiprofissionais de Saúde, como um possível espaço de reflexão e de luta entre projetos distintos de sociedade é que me fez motivada a construir o presente estudo, buscando o fortalecimento do pensamento crítico na formação dos profissionais de saúde. Argumenta Bravo (2006, p. 17) o

> [...] trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa ebincessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas as necessidades apresentadas pelos usuários.

Observa Iamamoto (2003), que os Assistentes Sociais são chamados a articular a pesquisa e a prática, bem como a aprimorar-se continuamente, nesse contexto, aproximar-se e compreender as medidas liberais, bem como atuar na busca da concretização dos ideais reformistas é também função dos profissionais inseridos nas políticas sociais, e no caso específico do assistente social atuante na política de saúde.

Enquanto relevância científica importa destacar que existem trabalhos que problematizam as Residências Multiprofissionais em Saúde. Estes trabalhos abordam questões que relacionam, na grande maioria, a Residência Multiprofissional com categorias teóricas importantes para a sua instituição, como: integralidade, clinica ampliada, ensino em serviço, processos educativos. Outros estudos relacionam as Residências com seus aspectos formativos, abordando a estrutura, a forma de organização, o projeto pedagógico e outros ainda relacionam o tema enquanto espaço de potência para o desenvolvimento da própria profissão.

No entanto, há alguns estudos que destacam a Residência multiprofissional como política de formação de trabalhadores para o SUS. Porém, há poucos que fazem uma problematização, no sentido de entender, questionar e refletir sobre como essa modalidade de ensino se situa e se relaciona com as transformações políticas e econômicas, principalmente com a política saúde, sobretudo quanto aos rebatimentos sobre os espaços de formação e condições de trabalho dos profissionais da saúde. Busquei, assim, engrossar esse debate.

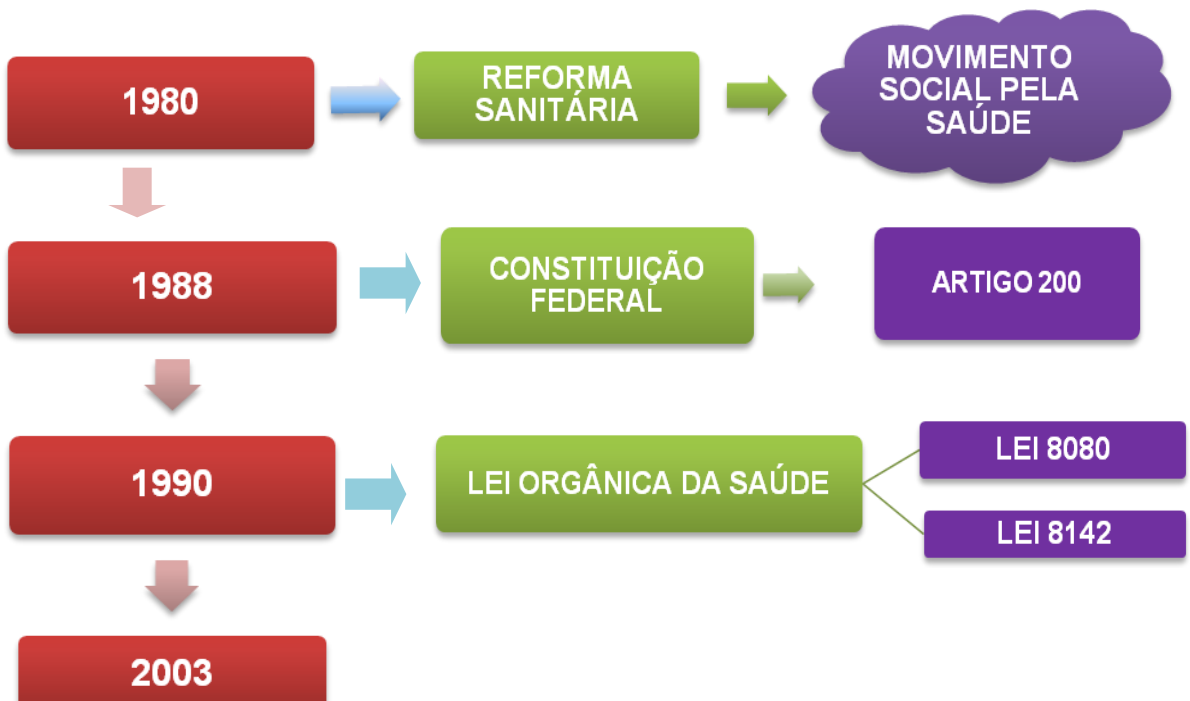
Nesse sentido, a pesquisa documental com análise de conteúdo foi aplicada às Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos em conjunto com as Leis que configuram as diretrizes do SUS para a formação profissional, pois essas Conferências ganham destaque em todas as formulações que dizem respeito a formação de trabalhadores para o Sistema de Saúde. As referências a elas feitas nos principais documentos me fizeram acreditar sobre a importância de ir a esse encontro e verificar por dentro, o que tem sido apontado como marco para a formação profissional. O estudo possibilitou configurar a **Política Nacional de Gestão da Educação na Saúde**, na área de formação do ensino superior, na pós-graduação, onde se situa a modalidade Residências Multiprofissionais. As legislações do Sistema Único de Saúde para a formação dessa política determinam diretrizes para a formação na área da saúde baseadas na integração ensino/Serviço. São eixos que se destacam no interior do processo de constituição da política de formação profissional e são as bases dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

Assim, para conhecer especificidades desse processo, através da identificação de significados que produzem suas grandes linhas, suas principais regularidades, determinei a seguinte unidade de análise:

UNIDADE DE ANÁLISE	
CATEGORIAS	**SUBCATEGORIAS**
• FORMAÇÃO PROFISSIONAL SUPERIOR EM SAÚDE: RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	Integração ensino/Serviço
	Equipe Multiprofissional
	Universidades/Hospitais de Ensino

Quadro 1 – Análise Temática

A Integração Ensino/Serviço, a relação com as instituições de ensino, o trabalho em equipe multiprofissional e o estabelecimento das normativas para a gestão setorial do processo de formação foram demarcadas como eixos que se destacam no interior do processo de constituição da política de formação profissional, foram acionadas para a análise das Conferências Nacionais de Saúde, desde a 8ª, em 1986 à 14ª CNS realizada em 2011. Foram as mesmas também utilizadas para as duas Conferências Nacionais de Recursos Humanos e a 3ª Conferência, já determinada como Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, em 2006 e para as Leis 8080 e a NOB/RH. São conteúdos que, partindo da Reforma Sanitária, nortearam e conformaram as Residências Multiprofissionais, marcando características próprias, porém identificadas com a política pública que lhe suporta – Os documentos analisados seguem abaixo na Figura 1.



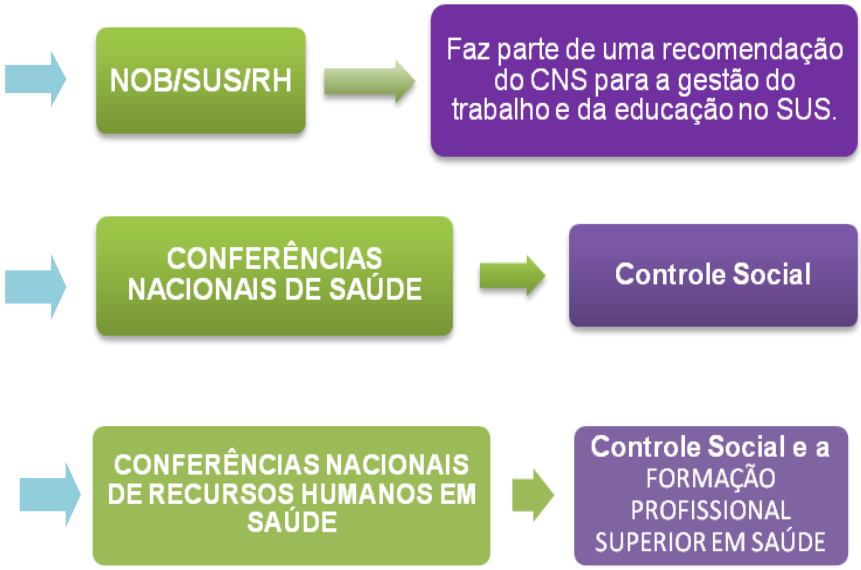


Figura 1. Documentos analisados

Dando continuidade às experiências anteriores das Residências e/ou inovando para o estabelecimento de sentidos para os propósitos reformistas, desde os primeiros momentos pós Conferência de 1986, esses eixos conduziram a RMS para ocupar um lugar dentro da política, como modalidade de formação para os trabalhadores da Saúde. As Conferências, junto com Lei Nº 8.080/90 e a NOB/RH, construíram a articulação entre as esferas de governo para a formalização e execução da política de recursos humanos. Os dispositivos legais apontaram para responsabilidades, competências e necessidade de discussão e pactuação para melhor regulamentação, no sentido de garantir adequada formação profissional, direitos trabalhistas e, ao mesmo tempo, instrumentos de gestão do trabalho. No entanto, foi possível avaliar que há uma subordinação das políticas do trabalho e da formação da força de trabalho, tanto do sistema de ensino quanto da prestação da assistência, à lógica do sistema econômico, que não seguem o mesmo projeto societário. As consequências são uma série de problemas apontados na fragilidade das propostas de mudanças diversificadas e desarticuladas das políticas de saúde e educação, dificultando a convergência e interação das questões relativas aos dois campos. Ficou evidente o tensionamento que as RMS fazem à existência do modelo de formação baseado na doença e na fragmentação do cuidado.

Após análise das Conferências e das Leis, me apropriei da técnica, aprofundei as leituras através de documentos que regem as práticas de formação de profissionais

para o SUS e que dão possibilidade de criação e legitimação das RMS (Quadro 1). Trabalhei com documentos do Ministério da Saúde e da Educação que tratam da implementação dos projetos de RMS além das leis, normas e portarias, eventos associados ao tema como seminários, relatórios que se referem às formas de estruturação das políticas de formação de trabalhadores (Quadro 2, em anexo). Para favorecer a compreensão, parti de perguntas feitas aos documentos para conduzir o estudo, como: quando e como aparece a discussão da RMS? O que estava proposto em cada um deles? Há uma linha mestra que conduz a discussão, capaz de mapear a trajetória da RMS no interior do debate sobre formação de profissionais para o SUS? Qual tratamento dispensado ao tema RMS? Há um alinhamento conceitual sobre Residência Multiprofissional? Como se dá a participação dos sujeitos coletivos relacionados com a temática? Em que momento e como há a interação do MEC e do MS para o desenvolvimento da RMS?

EVENTO/ DOCUMENTO	PROCEDÊNCIA	DATA	CONTEÚDO	OBS
Portaria nº1111/2005	MS	2005	Estabelece os objetivos e as normas para a implementação e execução do Programa de Bolsas para Educação pelo Trabalho.	
Portaria nº 2117	MS	2005	Institui a Residência Multiprofissional em Saúde no contexto de execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho.	Define também o modo de seleção e credenciamento dos projetos dos Programas de Residências; além das competências do MS e MEC.
Lei 11129	MS	2005	Institui no artigo 13º a Residência em Área Profissional da Saúde como modalidade de ensino destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a Médica. Constitui um programa de responsabilidade interministerial, entre os setores da educação e da saúde, além da criação da CNRMS.	A Residência Multiprofissional em Saúde foi instituída dentre as proposições que instituem o Programa Nacional de Inclusão de Jovens.
Portaria Interministerial nº 2.118	MEC/MS	2005	Instituiu a cooperação técnica entre os dois ministérios, para a formação e o desenvolvimento de recursos humanos na saúde, envolvendo o nível técnico, a graduação e a pós-graduação.	

Portaria Interministerial n º 2.538	MEC/MS	2006	Oficialização do Grupo de Trabalho da Residência Multiprofissional em Saúde.	
Portaria Interministerial nº 45/2007	MEC/MS	2007	Define a Residência Multiprofissional e em área Profissional como modalidades de ensino de pós-graduação e institui e estabelece a composição e competências da CNRMS	
Portaria Interministerial nº- 593	MEC/MS	2008	Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS.	Várias críticas por não ter havido debate e participação dos sujeitos envolvidos
Portaria Interministerial nº 1077	MEC/MS	2009	Conjuga os conteúdos das portarias 1117/2005 e da portaria 45/2007. Altera a escolha e a nomeação dos membros da CNRMS.	Altera a composição e retira a representatividade dos fóruns
Portaria Interministerial nº 1.320.	MEC/MS	2010	Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS.	

Quadro 02 – Documentos relacionados à institucionalização das Residências Multiprofissionais em Saúde no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde (estruturado pela autora).

Constatei que houve, na primeira metade dos anos 2000, o surgimento de inúmeros atores, como os fóruns de residentes, coordenadores e preceptores, que estiveram presentes na luta para estruturação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, também presentes na disputa acirrada da composição e da luta pelo reconhecimento das Residências Multiprofissionais, a partir do ano 2005. Há um campo que coloca interesses em confronto e por onde caminha a definição da base legal para institucionalização do Programa.

Ganha força nesse contexto acontecimentos corporativistas, como o Ato Médico e a resistência da CNRM em formar uma única Comissão, perpetuando a lógica existente, indo contra aos pressupostos do perfil profissional para a saúde, construído pelo projeto que defende o SUS. Ao mesmo tempo, observa-se o esvaziamento das RMS na atenção básica e o movimento do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação para implantar as RMS nos Hospitais Universitários Federais, direcionado especialmente aos serviços de alta complexidade. Posicionamentos importantes foram expressos em documentos, pelos atores políticos que se posicionam em defesa das Residências Multiprofissionais. Nesse

período, a Carta em Defesa das RMS, do ano de 2009, constituiu-se numa importante manifestação e contraposição a essa situação. A participação do Conselho Nacional de Saúde contribuiu para o posicionamento quanto à interrupção dos trabalhos e a alteração da composição da Comissão Nacional das RMS.

Em 2010 as RMS se inserem nos Hospitais Universitários, no mesmo ano em que o Ministério da Educação institui o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais– REHUF- e a RMS aparece nesse quadro. O REHUF reitera o formado de fragmentação da assistência e do ensino, face às disputas entre Ministério da Educação e Saúde sobre o financiamento, contrapondo a principal diretriz das Residências que é a integração ensino/serviço. A criação da fundação pública de direito privado para gestão dos hospitais universitários, em 2012, autorizando a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, sem resolver o emaranhado de questões que envolvem o HU, o MEC e MS, demonstra a proposta de reestruturação das instituições de ensino e saúde, onde a situação dos HUs permanece fragmentada perante a partilha entre MEC e MS.

Frente a esse contexto, entre vários desafios, está a precarização do trabalho, contribuindo para a *desarticulação* ensino/serviço, fragilizando a presença dos residentes para cobrir o déficit de trabalhadores nas instituições de saúde, tornando necessárias uma intensa defesa e afirmação dos residentes enquanto profissionais em formação e não profissionais de serviço. Diante desse quadro fica a dúvida quanto ao papel das Residências Multiprofissionais nas transformações do modo de se produzir saúde e formação profissional. Por outro lado a observação dos vários aspectos vinculados à residência tem demonstrado também que elas, contraditoriamente, tem sido, ou podem ser, também um reduto importante de resistência à sucumbência dos novos contornos que vêm sendo desenhado no próprio SUS. E que apesar desse contexto, elas têm sido importantes como qualificação dos serviços e dos profissionais. Há um consenso em torno da importância das presenças dos residentes e dos tutores nos serviços, através dos seus questionamentos para rompimento com práticas de cunho conservador.

A importância dos residentes nas equipes multiprofissionais assume essa posição de enfrentamento às práticas consolidadas. Para tanto, pensar a inserção dos profissionais de saúde tanto no espaço de assistência como nos espaços de

formação profissional requer a necessidade de uma maior articulação das categorias profissionais apontando as residências multiprofissionais em saúde no âmbito do SUS como um agente potencializador dessa articulação através da formação, para que se continue caminhando pelo fio dessa história, e não se deixe capturar pela ordem instituída. Atualmente, o cenário é de lutas e buscas pela legitimação da existência dos programas de RMS e em meio a esse processo está o espaço das demais profissões da área da saúde, como um importante dispositivo de modificação do modelo tradicional biologista e médico, centrado no cenário da saúde.

Há uma tensão por onde passa a criação/organização das RMS e a sua inserção no quadro da política de saúde no Brasil. Política essa que por um lado está sustentada pela idéia da saúde como direito social de cidadania, via responsabilização do Estado, garantida legalmente como direito na Constituição Federal (BRASIL, 1988). Por outro sofre as consequências dos discursos e das ações de caráter neoliberal, que “[...] advogam a necessidade de se instalar um amplo programa de atenção à saúde baseado nas privatizações de serviços públicos e na abertura do setor para a atuação do mercado” (ROSA; LOPES, 2010, p.488).

Nesse contexto, a Residência *per si* não assegura processos instituintes, como diz Silva e Caballero (2010). Então, o que fica considerado como proposição para formar trabalhadores em saúde – especialmente no contexto da Saúde e dos HUs? Uma indicação, a partir da construção feita até então nesse trabalho, são as possibilidades contra-hegemônicas de invenção, de tensionamento, de mudanças dos processos de trabalho e formação em saúde, construídas, autorizadas e ampliadas pelo processo político, social e democrático, constituído nos fóruns de participação social.

Na estrutura dos capítulos utilizei trechos extraídos de músicas na tentativa de que estes escritos, assim como as músicas escolhidas, provoquem sensações e possibilitem uma leitura implicada. Para identificar a trajetória desse estudo, parti desse capítulo, que aponta as delimitações da metodologia e traz as principais questões suscitadas ao longo do trabalho. Em seguida, o segundo capítulo, faz uma incursão às políticas sociais desenvolvidas no Brasil, no caso a política de saúde, inserindo-as como resultado de um conjunto de ações e das intensas transformações na esfera das relações constituídas entre Estado e Sociedade, ao

longo da história. Neste trabalho esta política foi focada a partir da década de 1980[11], a fim de contextualizar a política de saúde desenvolvida em meio aos projetos coletivos que se movimentam nos espaços públicos entre as disputas pelos projetos de saúde, demarcando o processo de constituição do Sistema Único de Saúde brasileiro, assim como os rebatimentos que se estabelecem também para a educação. Teve como objetivo entender o processo de constituição da RMS correlacionando-o às transformações ocorridas na Política de Saúde no Brasil.

Já o terceiro capítulo trouxe para o plano das discussões, elementos constituintes da formação das políticas, através das análises das Conferências e das Legislações, no sentido de encontrar as bases e o momento em que as RMS se apresentam como estratégia de formação, ou quando ganham uma identidade enquanto processo educativo em saúde. O interesse esteve na aproximação deste tempo em movimento, acompanhando os emergentes históricos e sociais que produziram a possibilidade de pensar as Residências e sua constituição na atualidade como uma política pública de formação de trabalhadores para a saúde.

No quarto capítulo inseri o percurso da Residência Multiprofissional como um Programa interministerial, buscando identificar suas *possibilidades* para afirmar-se como modelo de formação de trabalhadores para o SUS no contexto atual, marcado pelo fim do governo Lula e início do governo Dilma Roussef. A produção dos modos de conceber e operar a Residência na atualidade foi demarcado como um Programa no interior de uma política pública, inserida na Política de Educação na Saúde – não mais recursos humanos – onde se encontra as RMS como educação pós-graduada, cuja modalidade é formação especializada e realizada em serviço, desde 2005. A sua existência no interior de uma lógica organizativa do ensino em saúde permanece, porém, mediada por elementos de tensão existentes na fronteira do ensino com os serviços de saúde.

Nas considerações finais identifiquei algumas totalizações provisórias, que respondem às questões que nortearam essa construção. Trata-se da discussão da formação profissional, cuja consolidação de uma política nacional de saúde e de educação para essa saúde, fundamenta-se na integração ensino/serviço e no trabalho multiprofissional e tem na modalidade Residência Multiprofissional uma de

[11]Para revisão dos períodos anteriores, recomenda-se a leitura de Bravo e Matos (2006).

suas expressões. No entanto, recuperar a proposta das Residências Multiprofissionais como formação em saúde, nesse trabalho, possibilitou identificar não só suas potencialidades, mas também suas fragilidades e seus desafios nesse processo, que vivencio no meu cotidiano profissional, como preceptora do Programa. É evidente o tensionamento que as RMS fazem à existência do modelo de formação baseado na doença e na fragmentação do cuidado. Um novo Sistema de Saúde implica na desconstrução dessas formas instauradas, e um novo profissional torna-se uma das questões chaves, postas para o projeto de saúde em construção. Porém, esse processo é tenso assim como a inscrição das RMS, marcado por disputas.

Por fim, o estudo realizado me permitiu o alcance de muitas formulações, contribuindo para o entendimento das Residências Multiprofissionais por vários ângulos, circunscrevendo a temática no interior do debate acadêmico. Porém, ainda restam muitas indagações que me levam a ter os mesmos sentimentos de Safira, do poema Safira de Sérgio Blank[12], depois de ter penetrado nesse "reinado" de tantas possibilidades para o conhecimento, acabam por me conduzir a um olhar grande cheio de perguntas.

2- BRASIL QUAL É O SEU NEGÓCIO: A TRAJETÓRIA E DILEMAS DE IMPLEMENTAÇÃO DO SUS

Brasil!
Mostra a tua cara
Quero ver quem paga
Pra gente ficar assim
Brasil!
Qual é o teu negócio*?*
O nome do teu sócio?
Confia em mim...(Cazusa)

Pensar as políticas sociais desenvolvidas no Brasil, no caso a política de saúde, é inseri-las como resultado de um conjunto de ações e das intensas transformações na esfera das relações constituídas entre Estado e Sociedade, ao longo da história.

[12] [12]Diz o poema: *Safira era uma caneta muito magra e bonita.*
Um dia ela acordou tarde.
Sonhou que morava em palácios e era rainha,
dona da situação
Levantou pensativa da cama, com olhar grande
Cheio de perguntas.
Subtraído do poema "Safira" do livro Sol, Solidão: análise da obra de Sérgio Blank de Sinval Paulino: Graf.Jep, 2007, 160p.

Neste trabalho esta política será focada a partir da década de 1980[13], a fim de contextualizar a política de saúde desenvolvida em meio aos projetos coletivos que se movimentam nos espaços públicos entre as disputas pelos projetos de saúde, demarcando o processo de constituição do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS).

Dada a importância e abrangência do SUS como política inscrita no sistema de proteção social brasileiro são muitos os desafios, sobretudo no que diz respeito aos aspectos de estruturação da rede de serviços, de financiamento, de gestão e do modelo de atenção à saúde. O caminho percorrido guarda a experiência de acumular proposições e estratégias, predispondo a efetivação do SUS ao enfrentamento de grandes desafios frente às conjunturas, cujas tendências pressupõem mudanças no campo das políticas econômico-sociais. Assim, o objetivo deste capítulo é expor a presença de tensionamentos decorrentes de projetos políticos que se entrecruzam no decorrer da constituição da política de saúde, observando para isso os principais marcos históricos e políticos e as estratégias de luta pela hegemonia do espaço pela saúde no cenário brasileiro.

Em mais de duas décadas da implantação do SUS, se por um lado muito se avançou no acesso aos serviços de saúde e à constituição de uma rede assistencial, por outro permanecem desafios no que se refere a mudanças efetivas na forma de realizar a atenção em saúde, principalmente no aspecto de seu financiamento. Constata-se que esses avanços se entrecruzam com as ações que se fortalecem e se enfraquecem frente às políticas em um cenário de contrarreformas do Estado (CLOSS, 2020). As mudanças organizativas no sistema de saúde, buscando a reorientação do modelo assistencial, afirmam práticas em saúde desarticuladas com as premissas constitutivas do ideário do movimento de Reforma Sanitária, no campo dos recursos humanos. Nessa perspectiva, de *reformas* e c*ontrarreformas,* a temática da formação em serviço realizada nessa política assume destaque nesse processo de constituição do SUS, afirmando a importância da formação de profissionais em saúde articulados com as necessidades emergentes para esse Sistema. Esses são aspectos que abordaremos a seguir.

2.1. Política de Saúde: projetos em disputa

[13]Para revisão dos períodos anteriores, recomenda-se a leitura de Bravo e Matos (2006).

As transformações econômicas e políticas em fins da década de 1970 propiciaram um avanço das forças que lutavam por uma redefinição das relações políticas, que passavam pela redemocratização e pela representação dos interesses populares. A constituição do movimento sanitário[14] adotando, sobretudo, a estratégia de organização política dos movimentos sociais e a busca da formulação de um projeto alternativo para o sistema de saúde alcançou, ao início do processo de democratização, um papel de "ator político impossível de ser ignorado" (FLEURY, 1997, p. 29).

A conjuntura social e econômica *pari passu* ao processo de deslegitimação do governo militar incitaram a transição democrática no Brasil, sobretudo pela força dos trabalhadores e dos movimentos sociais, desvendando um processo que se refere à existência de uma variedade de projetos cuja legitimidade forma a própria possibilidade de uma sociedade democrática (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006).

As fortes contestações frente às fragilidades de atenção à saúde da população[15] possibilitaram o surgimento de propostas alternativas de um modelo de saúde, enquanto projetos políticos diferenciados, discutidos nos mais diversos espaços públicos, tendo como pano de fundo a democratização, a participação popular; a universalização dos serviços de saúde; a relevância do sistema público; e a descentralização (FLEURY, 1997). As propostas que emergiam contrapunham-se ao modelo de saúde que vigorava, cujas características de segmentação e fragmentação "[...] excluía a população mais pobre e não-inserida no mercado formal de trabalho do acesso aos serviços assistenciais públicos, centrando a atenção à saúde em consultórios médicos e hospitais privados" (SILVA, 2009, p. 39). As disparidades eram imensas, especialmente quando observada a oferta de leitos hospitalares na década de 1980, representado pelo grande investimento no setor médico empresarial (tabela 1). Entre 1980 e 1990, a oferta de leitos hospitalares na

[14]Para um melhor aprofundamento sobre o processo de Reforma Sanitária Brasileira buscar Bravo e Matos (2002); Fleury (2009); Paim (2008) e Bravo e Matos (2006).
[15]Dados do IBGE (2005) indicam que a expectativa de vida ao nascer em 1980 era de 62,6 anos passando para 70,5 anos em 2000. Outro dado é a taxa de mortalidade infantil: em 1980 era de 69,1 por cada mil nascidos vivos, caindo para 26 em 2005.

rede pública (INAMPS[16]) cresceu 1,6% enquanto, no mesmo período, a rede privada ampliou em 5,5% sua oferta.

Tabela 1 - Estabelecimentos de saúde, por regime de atendimento e classificação da entidade mantenedora do estabelecimento – Brasil.

Leitos para internação nos estabelecimento de saúde			
Ano	Total	Entidade mantenedora	
		Público	Privado
1980	509 168	122 741	386 427
1985	532 283	137 543	394 740
1988	527 196	120 776	406 420
1990	533 558	124 815	408 743

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária. Adaptada pela Autora.

Há um potencial tensionamento, frente à disponibilidade de recursos financeiros, dos interesses advindos das conexões burocráticas entre o setor estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário (BRAVO, 2006). Reconhecer e expor essa disputa permitiu o debate sobre as reformas do setor saúde em todo o país, como também possibilitou que o Movimento pela Reforma Sanitária (MRS), mesmo com seus dilemas e embates internos[17], se ampliasse, estabelecendo contatos e alianças com os demais movimentos, liderando a pressão por mudanças nas políticas de saúde na sociedade e no âmbito do Estado, que também sofria pressões por mudanças.

Destaca-se no interior desse processo a transição democrática, intensificada na década de 1980, onde no Estado se tornam mais explícitas as lutas e as disputas, possibilitando a construção do projeto contrahegemônico para a saúde através dos avanços da militância e de uma estratégia política de caráter popular (FLEURY, 1997). Essas possibilidades são encontradas diante de uma concepção de Estado cuja natureza se expressa principalmente como um espaço contraditório da luta de classes. Tais condições são muito difíceis de serem enfrentadas e exigem um

[16]Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, extinto com a edição da Lei 8.689, de 27 de julho de 1993.

[17]Ferraz (2009) explica a existência das correntes no interior do Movimento Sanitário: "A de maior influência, principalmente nos anos 1970 e 1980, vinculada ao Partido Comunista Brasileiro, compreendia o processo de transformação social a partir do interior do próprio aparato de Estado por meio do desmonte de sua lógica (de sustentação dos negócios privados), introduzindo uma lógica de priorização do público (compreendido como estatal) e de privilegiamento dos interesses das classes dominadas nas ações dos agentes estatais. A segunda corrente, vinculada aos emergentes movimentos populares e ao recém-criado Partido dos Trabalhadores, defendia o fortalecimento da sociedade civil organizada e o privilegiamento da participação popular, por meio do ingresso das forças populares na arena política, não apenas expressando seus interesses e demandas, mas participando do processo decisório" (FERRAZ, 2009, p. 115).

processo de luta social permanente, de modo que se criem espaços públicos democráticos e a emergência de sujeitos sociais.

Bravo (2006) considera que o espaço aberto pela transição democrática permitiu que a questão saúde, nessa década, contasse

> [...] com a **participação de novos sujeitos sociais** na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um **amplo debate que permeou a sociedade civil**. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia (BRAVO, 2006, p. 08, grifos nossos).

Portanto, todo o movimento sanitário, com todas as adversidades que refletem a pluralidade social e política em torno de um projeto político, desde os anos 1970, confluiu na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que, dada sua relevância na participação social e de atores estratégicos, garantiu espaço na reformulação da Constituição Federal. Também tiveram papel também importante nesse processo a Plenária de Saúde e as ações realizadas na Assembléia Nacional Constituinte[18].

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, foi um marco político importante enquanto avanço dos movimentos sociais pela saúde e pela democracia: é quando a saúde é trazida para a arena de um amplo debate público, dando visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantindo o apoio político à implementação das mudanças (COHN, 1989; BRAVO, 2006). No entanto, os conflitos entre os diferentes atores, tanto dentro do próprio Movimento ou fora dele, envolviam proposições centrais, principalmente as que variavam em torno da questão/problema que era a governabilidade do Estado na administração da coisa pública diante do capital privado (RODRIGUEZ NETO, 2003). As possibilidades de avanços a partir do aparato estatal são questionadas e problematizadas tendo como sustentação da discussão as concepções de Estado que não eram unânimes no Movimento. Segundo Cohn (1989), essas divergências no interior do movimento não impediram consensos, possibilitando o avanço do projeto sanitário pela saúde.

[18] Para maiores informações consultar: A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo e ***Saúde — Promessas e Limites da Constituição***, de Eleutério Rodriguez Neto.

Assim, o projeto da Reforma Sanitária, mesmo com suas divergências internas, encontra com a promulgação da Constituição de 1988, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais defendidos pelo *Movimento Sanitário* (BRAVO, 2006). O resultado é a definição legal na Constituição de 1988 do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípio a universalidade e a saúde como direito constitucional. A saúde se insere no rol dos direitos sociais, como parte integrante do sistema de seguridade social do país (BRASIL, 1988). Na Constituição são formalizadas as principais diretrizes da 8ª Conferência, impondo uma mudança na ação do Estado para o setor. As diretrizes centrais da reforma na Constituição são: Saúde como Direito de Cidadania; Equidade; Saúde como Componente da Seguridade Social; Sistema Público com Comando Único; Integralidade das Ações de Saúde e Hierarquização do Atendimento; Controle Social e Participação Popular; Descentralização e Regionalização (LOBAT0, 2000). Mesmo com esses avanços, algumas limitações do processo instituinte podem ser analisadas como decorrente do embate político no momento da disputa durante a Constituição (LOBAT0, 2000). Os efeitos são percebidos nos textos legais, como:

- Os conflitos surgidos no processo constituinte tiveram como resultado a configuração de um **sistema dual** (público e privado), que segmentou os usuários a partir de sua inserção em cada um deles;
- A regulamentação dos princípios constitucionais levou à permanência de **indefinições e mesmo ambigüidades**, entre elas destacam-se a indefinição do papel e responsabilidades dos diferentes níveis de governo;
- A Lei Orgânica – 8142/1990 dispõe sobre as transferências de recursos **do governo federal, mas permanece** indefinida quanto às responsabilidades das diferentes agências e níveis governamentais;
- Outra limitação importante foi a legislação se restringir quase totalmente ao setor público próprio. Nem a Constituição de 1988 nem a Lei Orgânica da Saúde incluem dispositivos reguladores do setor privado, ainda que reconheçam a prerrogativa pública na fiscalização e controle das ações de saúde (LOBATO, 2000, p. 23).

Alguns avanços sobre esses impasses foram conquistados posteriormente como a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que contribui para a

regulamentação dos agentes privados, algumas outras normalizações foram lançadas pelo Ministério da Saúde (NOB/93, NOB/96, NOAS/2001, Pacto da Saúde, decreto 7508 de 2011, Emenda Constitucional 29, etc) como instrumentos norteadores da gestão, no que tange a organização do sistema e as formas de transferência de recursos (SANTOS, 2009). Tais regulações não foram suficientes para uma regulamentação adequada do SUS, pois alguns destes efeitos ainda não apresentam progresso significativo, pois são parte vital da essência das relações antagônicas entre os principais atores envolvidos na composição do Estado e dos seus respectivos projetos políticos.

Portanto, o processo legal deixou marcas de concessões que contrariavam as propostas reformistas, fazendo com que a política de saúde no Brasil seguisse, após a Constituição de 1988, uma trajetória paradoxal: de um lado, estava inscrita nos textos jurídicos legais com um modelo baseado na concepção universalizante, de outro, iniciava uma trajetória para

> Além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, [que] as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na coalizão governante e, consequentemente, no interior dos aparelhos institucionais. O retrocesso político do governo da transição democrática repercute na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político (BRAVO, 2006, p. 12).

Por sua vez, em termos econômicos, a crise do capitalismo contribuiu decisivamente com a frustração dos reformistas de colocar o País na trajetória do progresso e da modernidade, em função de alguns fatores: a dívida externa, as elevadas taxas de inflação, a disparidade na distribuição de renda, a explosão de juros e uma profunda crise do Estado (BEHRING, 2008). O contexto político e econômico demonstrava que o Brasil

> [...] não crescia de forma duradoura, seu Estado estava encolhido em relação ao seu passado, as taxas de desemprego mantinham-se em níveis muito elevadas e a informalidade do trabalho crescia, superando a ocupação daqueles com direitos previdenciários e trabalhistas (MENDES; MARQUES, 2010, p. 273).

Com todas essas adversidades políticas e econômicas, o processo de implementação do SUS, caminhando pela via da luta democrática, impôs a ampliação do acesso da população aos serviços. Essa realidade pode ser constatada pelo

> [...] surgimento e crescimento de sistemas municipais de saúde em prazo curto e de forma tão rápida, como ocorreu nas décadas de 1980 e 1990 no Brasil, [e que] não têm precedentes em reformas observadas em outros países. Praticamente inexistentes na década de 1970, os estabelecimentos públicos sob gestão municipal − a maioria unidades básicas de saúde − superaram a marca de 40 mil, em 2005 [...] A magnitude do sistema público pode ser constatada pela produção de serviços em 2007: 11,3 milhões de internações hospitalares; 619 milhões de consultas médicas; 211 mil cirurgias cardíacas; 9,9 milhões procedimentos de terapia renal substitutiva, sendo 97% do sistema público; e 12 mil transplantes de órgãos, sendo80% no sistema público (SILVA, 2009, p. 40).

Há um conjunto de dados que expressam essa ampliação de horizontes: a expectativa de vida ao nascer no Brasil, em 2010, era de 73,48 anos (73 anos, 5 meses e 24 dias), um incremento de 0,31 anos (3 meses e 22 dias) em relação a 2009 e de 3,03 anos (3 anos e 10 dias) sobre o indicador de 2000. A taxa de mortalidade infantil para o Brasil, em 2010, foi estimada em 21,64 por mil nascidos vivos, indicando redução de 28,03% ao longo da década (IBGE, 2011). O Programa Nacional de Imunização (PNI), a cargo da Secretaria de Vigilância em Saúde, vem apresentando resultados notáveis - em 1994 a poliomielite saiu de cena (RADIS, 2011)[19]. São dados que demonstram que há avanços incontestes alcançados pelo SUS.

Mas a realidade expõe, por outro lado, os dramas cotidianos pelos quais passam pacientes e familiares, até mesmo porque há permanentemente uma exposição das mazelas do sistema de saúde. Há dificuldades de acesso a serviços, exames, medicamentos e também falta de qualidade e efetividade de alguns serviços prestados pelo SUS.

Presencia-se, assim, uma ambigüidade de sentidos para o SUS: ampliou horizontes democráticos, mas permanecem os enfrentamentos para sua completa efetivação. São marcas da ofensiva neoliberal que chegou aos anos 1990 de forma mais explicita, defendendo as “reformas” orientadas para o mercado e um forte enxugamento do Estado, com o discurso de medidas necessárias para o enfretamento da crise econômica e social, repercutindo diretamente na política de saúde (BRAVO, 2006).

[19]A Organização Mundial da Saúde (OMS) concedeu ao Brasil o Certificado de Erradicação da doença. A utilização de vacinas contra as varíola e poliomielite projetou o Brasil como pioneiro no planejamento e desenvolvimento de campanhas de vacinação em massa.

Entre avanços e impasses do SUS, os ideais liberalizantes da década de 1990 impuseram a reestruturação do poder político e econômico no âmbito da sociedade e do Estado. O projeto neoliberal se fortalecia criando um pensamento ideológico capaz de justificar todas as ofensivas para as mudanças dos comportamentos das relações no interior das sociedades. As estratégias e formas de atuação das forças relacionadas ao projeto neoliberal são de diretrizes globais e se adaptam às particularidades de cada realidade, no propósito de estabelecer capilaridade e provocar novos sentidos.

Dagnino (2004) analisa que na busca por esses "novos sentidos" há o que ela chama de "confluência perversa" que é a utilização de um discurso assumido por diferentes projetos políticos, como os conceitos de sociedade civil e solidariedade, por exemplo, marcando um encontro da linguagem, mas não dos interesses. É o que ocorre também com o conceito de *reforma* utilizado pelo projeto neoliberal para orientar uma série de ações embasadas pela construção de um discurso ideológico que justifica os impactos sobre o Estado, bem como a natureza regressiva e destrutiva das políticas econômicas orientadas pela lógica do capitalismo mundial. Behring (2008, p. 128) parte da perspectiva que se trata de

> [...] uma apropriação indébita e fortemente ideológica da idéia reformista, a qual é destituída de seu conteúdo progressista e submetida ao uso pragmático, como se qualquer mudança significasse uma reforma, não importando seu sentido, suas consequências sociais e direção sociopolítica.

A contrarreforma do Estado se caracterizou, portanto, como uma reação burguesa conservadora, de natureza claramente regressiva (BEHRING, 2008). Aparecem no cenário público brasileiro as medidas adotadas com base na contrarreforma, sobretudo os ajustes estruturais que repercutiram de forma negativa nas políticas sociais. Para os neoliberais as raízes da crise localizavam-se, entre outras causas, no aumento dos gastos sociais pelo Estado que corroía a base da acumulação capitalista. A proposta era de um Estado Mínimo que tem relação direta com a desoneração fiscal do capital. Como consequência, alguns direitos sociais, anteriormente conquistados pelas lutas dos trabalhadores, começam a ser restringidos e as políticas públicas passam por um processo de reestruturação para se adequar a esse novo modelo, dito "reformista" (BEHRING, 2002).

O debate em torno da contrarreforma no campo das políticas sociais se intensifica e se dá com o processo de privatização e com a minimização dos direitos sociais conquistados com a Constituição de 1988, atingindo de forma fulminante os ideais reformistas da saúde. A ofensiva neoliberal desencadeia inúmeras consequências para a política social, pois esta política está em articulação com outras estratégias político-econômicas e, como afirma Behring (2002, p. 108), "[...] a política social é o centro de um conflito de classe e não apenas um meio para diluí-lo ou desfazê-lo" (BEHRING, 2002, p. 168). Entendemos que a política social se constitui a partir do processo e do resultado próprio da complexa dinâmica em torno das relações ocorridas no interior da sociedade e que estas relações são marcadas por conflitos e contradições que envolvem Estado e sociedade civil e a luta de classes estabelecida no âmbito do processo de produção e reprodução capitalista. Portanto, "[...] as despesas de manutenção da regulação do mercado colocam também em crise a política social".

A política social torna-se residual na medida em que está voltada apenas para o que não pode ser enfrentado pela via do mercado, da comunidade e da família, numa tendência clara de "desuniversalização" e "assistencialização" das ações. Para a política social, a grande orientação é a

> [...] privatização, a focalização e a descentralização, aqui compreendida como mero repasse de responsabilidade para entes da federação ou para instituições privadas e novas modalidades jurídico-institucionais correlatas, que configuram o setor público não-estatal, componente fundamental do Programa de Publicização (BEHRING, 2008, p. 249).

A administração pública burocrática adota um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade (BRAVO, 2006, p. 12). O redirecionamento para o corte com gastos sociais tem como objetivo, sobretudo, a desativação dos programas, a redução da responsabilidade do Estado, e como conseqüência, a redução da universalidade e dos graus de cobertura dos programas sociais e o desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação, configurando um retrocesso dos ganhos obtidos pela classe trabalhadora no campo dos direitos sociais, afirmando, assim, a hegemonia do projeto neoliberal e a contrarreforma do Estado.

Em todo mundo essa *onda neoliberal* já impregnava a realidade e o SUS instituía um novo padrão de intervenção do Estado na saúde com características consideradas ultrapassadas e incapazes de se assegurar, de acordo com as premissas neoliberais. Desse modo, fazendo referência aos pressupostos defendidos pela Reforma Sanitária, Campos (2006, p. 419) afirma "foi um descompasso com o discurso liberal hegemônico, que empolgou distintos atores sociais, tornando viável e factível o que parecia impossível". Entretanto,

> [...] não havia como não pagar um preço à época e à sua cultura e aos seus costumes. E esse preço vem sendo pago ao longo dos últimos 20 anos, **obrigando o SUS a explicar-se a cada dia, como se sempre estivesse obrigado a justificar o porquê de adotar um figurino tão *démodé*,** quando a maioria dos convivas já aderiu ao novo modo de ser e proceder considerado coetâneo e adequado ao terceiro milênio (CAMPOS, 2006, p. 419, grifo nosso).

Um conjunto de fatores aparece contraposto, como: a busca pela focalização dos programas sociais, enquanto o SUS pregava a universalização; predominância do setor privado na assistência, no SUS a implantação e aumento dos serviços públicos; ao Estado o papel de regulador do mercado e responsável por prestar serviços considerados estratégicos, enquanto, no SUS, a busca incessante pela integralidade de toda a atenção. Apresenta-se um cenário no qual entrecruzam dois projetos em disputa na saúde: o Projeto Privatista e o Projeto de Reforma Sanitária (BRAVO, 2006).

Nessa perspectiva, na lógica do projeto de saúde articulado ao mercado, pautado na política de ajuste, o setor público embala a oferta da rede básica de serviços, que não é um setor lucrativo para a iniciativa privada. Observa Silva (2009, p.41) que houve, ao longo do tempo, a ampliação da atenção básica, por meio do Programa Saúde da Família (PSF). Como os municípios passam a ser os principais executores da atenção à saúde, especialmente na atenção primária, ocorreu um rápido crescimento dos postos de trabalho na rede municipal, como mostra a tabela abaixo, sendo que os empregos públicos nessa esfera de governo saltaram de 16,2% para 68,8% do total (SILVA, 2009, p.41).

Tabela 2 – Empregos públicos em saúde por esfera de governo – Brasil 1980 e 2005

Esfera de Governo	1980		2005	
	Número	Percentual	Número	Percentual
Municipal	43.086	16,2	997.137	68,8
Estadual	109.573	41,2	345.926	23,9

Federal	113.297	42,6	105.686	7,3
Total	**2.659.56**		**14.487.49**	

Fonte: AMS/IBGE – 1980-2005. ***Adaptado pela Autora***

Por mais que esses números possam representar avanços, não significaram a consolidação de um processo de mudança do modelo assistencial universal. Tanto Silva (2009) como Bravo (2006) corroboram a opinião de que desde o início da criação do SUS, houve um processo que ficou conhecido como universalização excludente, subentendendo dois sistemas: um que incorpora os segmentos mais carentes e o subsistema privado atraindo segmentos das camadas médias e do operariado mais qualificado. "Isso se 'naturalizou' na sociedade, tornando o plano de saúde um sonho de consumo e reforçando a imagem de que o SUS é destinado àqueles que não podem pagar um plano privado" (SILVA, 2009, p.41). Conclui Silva (2009) que nos últimos 20 anos "[...] o Estado brasileiro estimulou e reforçou essa concepção em decorrência da restrição imposta ao financiamento público da saúde e pelo subsídio ao subsistema privado" (SILVA, 2009, p.41).

A forma organizativa deste sistema se dá pela regulação estatal, no sentido de satisfazer minimamente parte das necessidades sociais de saúde através do Estado provedor da assistência básica e ao setor privado, o mercado para o acesso aos serviços mais especializados, respondendo assim aos interesses dos agentes econômicos, gerando uma estrutura cujo modelo, segundo Elias (sd, p. 88) é "um *mix* público/privado", o mesmo apontado anteriormente por Lobato (2000). A organização, ou uma (des)organização, como exposto por Elias (sd), dos serviços de saúde apresenta uma diversidade de formas articuladas entre os setores públicos e privados, compondo um "modelo dual" e "socialmente injusto" de assistência. A participação do setor privado se dá através de subsídios públicos diretos e indiretos, com incentivos de natureza diversa (ELIAS, sdi, p.88). O financiamento desses serviços se dá pelo ressarcimento obtido através de mecanismos de renúncia fiscal do Imposto de Renda. A renúncia fiscal foi estimada em "[...] 7,8 bilhões de reais no ano de 2007" (SILVA, 2009, p. 42). Elias (sd) conclui que

> Assim, as novas bases de financiamento do setor privado de saúde rompem com o padrão historicamente vigente, isto é, o da dependência do setor privado das transferências diretas do Estado, substituindo-o por um outro, mais complexo, em que a nova articulação na relação Estado/setor privado se dá através de mecanismos de renúncia fiscal. E, frente a este novo padrão de subsídio, é o Estado que passa a depender do setor privado para prover os serviços de saúde (ELIAS, sdi, p.92).

Paim et al (2011) mostram[20] que, em 1981, portanto antes do SUS,

> [...] 68% do total de atendimentos de saúde foram financiados com recursos públicos, 9% por planos ou seguros de saúde privados e 21% por gastos por desembolso direto. Em 2003 [depois do SUS], a proporção do consumo de serviços de saúde financiados com recursos públicos caiu para 56%, permanecendo nesse nível em 2008. Porém, a contribuição dos seguros de saúde aumentou de forma expressiva (21% da despesa total em 2008) – o volume de atendimentos financiados por esse setor cresceu 466% de 1981 a 1998.

A participação do setor privado, através dos planos de saúde, se manteve, ao longo das três últimas décadas, numa fatia lucrativa no mercado.

Tabela 3. Cobertura de planos privados de saúde

Proporção de população coberta (%)			
Período (década)	1990	2000	2010
Cobertura (%)	24,4% (1998)	24,4% (2003)	25,9% (2008)
População coberta(n)	38 680 406 (1998)	45 035 243 (2003)	49 186 989 (2008)

Fonte: Paim J.S et al. (2011), adaptado pela autora.

A tabela 3 expressa que "[...] o modelo público de atenção à saúde se estabiliza em pobre e focalizado aos 80% pobres da população, e em complementar e menos pobre aos 20% compradores de planos privados" (SANTOS, 2009, p. 18). Prevalecem, sobretudo, nessa lógica, os interesses da rede privada, pois esses não apenas "abocanham" a área de prestação de serviços da saúde através dos planos, mas também focam seus esforços em serviços mais lucrativos, como os exames de alta complexidade ofertados também para SUS. O IBGE[21] informa que, em 2009, 90,8% dos estabelecimentos exclusivos para exames e procedimentos terapêuticos são privados. A predominância do setor privado aparece também nos postos de trabalho médico. O setor privado participava, com 55,7% dos postos de trabalho médico, contra 44,3% do público (IBGE/AMS, 2009).

Observa-se que essa discussão entre público e privado se estende ainda mais no jogo de interesses neoliberais, ganhando diferentes matizes no decorrer da trajetória pós Constituição de 1988, reiterando a característica do "mix público/privado". Lançando mão do princípio da "contenção de gasto"[22] (MENDES; MARQUES, 2010),

[20]Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)
[21]Essas e outras informações estão disponíveis na Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) 2009/IBGE.
[22]Em "A Saúde Pública sob a batuta da nova ordem" Mendes e Marques (2010) aprofundam a discussão acerca do financiamento da saúde e apontam: "Sem dúvida, a situação financeira da área da saúde, ao longo de todos os anos posteriores à Constituição, tem sido orientada por dois determinantes: a preocupação dada à Previdência no interior do orçamento da Seguridade social e a política fiscal contracionista implementada pelo governo federal no campo social, decorrente de sua meta de reduzir despesas" (2010, p. 275).

associado à política econômica, os governos que seguiram após os anos 1990 até início dos anos 2000 (Fernando Collor, Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso e Luis Inácio Lula da Silva) configuraram o financiamento da saúde no contexto da redução de despesa dos gastos públicos.

No governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998; 1999-2002) a contenção dos gastos e a relação público/privado aparece no tema "reforma" do Estado, tratado como prioridade fundamental para a retomada do crescimento econômico. A política de Bresser Pereira[23], desenvolvida através do Plano Nacional de Desenvolvimento e Reforma do Estado (PNDRE), propõe uma reforma gerencial "[...] voltada para o controle dos resultados e baseada na descentralização, visando qualidade e produtividade no serviço público" (BEHRING, 2008, p. 178) e define o papel do Estado como facilitador de uma economia nacional mais competitiva.

O PNDRE estabeleceu as atividades do Estado em setores, a fim de definir a forma de administração e o caráter público (ou não dos mesmos), com base no fortalecimento da ação reguladora do Estado, cujo foco é a economia de mercado. Nesse sentido, coube ao setor designado de *Serviços Não-Exclusivos* com característica de *público não-estatal,* as políticas sociais públicas como saúde e educação que passam a *não ter* exclusividade do Estado quanto à sua execução. Para Bravo (2006, p. 14) esse Plano vincula a Saúde ao mercado, "[...] enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise" e cria um cenário propício à refilantropização, com o objetivo de reduzir os custos.

Todos estes aspectos vão de encontro aos ideais preconizados pelo SUS, demonstrando que o governo FHC deu continuidade à agenda neoliberal, através de mecanismos visualizados no processo agudo de privatização de empresas estatais e na construção de uma nova institucionalidade para o Estado (PASCHE et al, 2006, p.418), evidenciando as disparidades entre os projetos da reforma sanitária e o projeto privatista.

Em 2003 assume o Presidente Luís Inácio Lula da Silva, com a promessa de aliar o desenvolvimento econômico e a ampliação de políticas de proteção social. O

[23]Luiz Carlos Bresser Pereira foi Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado. O Plano Diretor da Reforma do Estado (PNDRE) foi elaborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado e, depois de ampla discussão, aprovado pela Câmara da Reforma do Estado em sua reunião de 21 de setembro de 1995.

governo petista, entretanto, manteve e deu continuidade às medidas neoliberais. No entanto, Bravo (2006) considera que, em algumas proposições, o governo procurou fortalecer o primeiro projeto e, em outras, manteve o segundo projeto, quando as ações enfatizaram a focalização e o desfinanciamento. Pasche et al (2006) avaliam que entre o embate pela continuidade do governo anterior e a necessidade de ampliar os gastos sociais, prevalece a orientação macroeconômica, cujo desfecho desse embate apontou para o fortalecimento das orientações neoliberais.

As determinações da política macroeconômica, que teve continuidade do governo FHC para o governo Lula, tiveram como propósito o cumprimento do controle da inflação e de superávit primário, de forma a satisfazer as metas pactuadas com os organismos internacionais. O preço pago foi a diminuição de investimentos na área social, consequentemente, com impactos na saúde (MENDES; MARQUES, 2010). As medidas adotadas revelam que

> [...] a área social, sobretudo a da saúde pública, ao se manter refém das metas e orientações da política macroeconômica, sofre avanços sobre seus recursos que podem prejudicar a construção da universalidade nas ações e nos serviços de saúde (MENDES; MARQUES, 2010, p. 281).

Alguns dispositivos relacionados com o financiamento da saúde influenciaram as ações do governo, como a Desvinculação de Receitas da União (DRU); a Emenda Constitucional 29 (EC-29) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Esses dispositivos operam como parte dos mecanismos de sustentação organizativa dos recursos para a saúde, porém, ao mesmo tempo, se tornam alvos de interesses que seguem a lógica de desviar recursos da saúde para outros fins econômicos, como apontam Mendes e Marques (2010).

A EC-29 busca a vinculação dos recursos orçamentários das três esferas de governo, bem como com a variação do Produto Interno Bruto (PIB). Assim, a emenda define os percentuais mínimos de cada esfera – União, Estados e Municípios[24]. Todavia a proposta de emenda "[...] não explicita a origem dos recursos, e no que diz respeito à Seguridade Social, foi omissa, como se não houvesse disputa por recursos" (MENDES; MARQUES, 2010, p. 280).

[24]A Emenda Constitucional 29, aprovada em 2000, estabeleceu que os municípios devem gastar 15% de suas receitas com saúde, e os Estados, 12%. A União, tudo o que foi gasto no ano anterior, mais a variação nominal do PIB.

A regulamentação da EC-29 não se tornou prioridade no governo Lula, e encontrou as mesmas dificuldades no atual governo de Dilma Roussef, continuidade do governo petista, com ameaças de corte de gastos. No entanto, no dia 16 de janeiro de 2012, a Lei Complementar que regulamenta a EC-29 foi sancionada pela Presidência da República. A União continuará destinando à saúde praticamente os mesmos recursos que já aplicava. Enquanto estados e municípios continuam obrigados a aplicar 12% e 15%, respectivamente, a União aplicará o valor destinado no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB dos dois anos anteriores ao que se referir a lei orçamentária. O texto aprovado não atende a proposta original, a União deveria destinar 10% da receita corrente bruta para a saúde[25].

Permanece o dilema da vinculação de recursos fiscais a determinadas ações estatais através de lei ou pela Constituição, como observado por Elias (sd, p.94), pois "[...] representa o congelamento de uma decisão tomada num dado momento, e configura-se como uma significativa restrição da liberdade dos poderes Executiva e, sobretudo, Legislativa na distribuição e alocação dos recursos financeiros", portanto, a dificuldade de definição.

Por outro lado, a permanente disputa pela alocação dos recursos, representa a defesa dos interesses públicos, vinculados "[...] às políticas de Estado que contemplem os interesses gerais da sociedade e contenham um projeto mais duradouro e com grande amplitude intersetorial" (ELIAS, sd, p.94). Paim *et al* (2011, p. 28) esclarecem que "[...] para superar os desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro, será necessária uma nova estrutura financeira e uma revisão profunda das relações público-privadas". No entanto, essa superação não está mais nos níveis técnico, nem legal e sim de forma mais determinante, na esfera das disputas políticas, não só na saúde, mas também em áreas como a educação, ou seja, na dimensão intersetorial como observado por Elias (sd).

Considera-se que o Governo Lula manteve o processo de privatização delineado nos anos de 1990 no âmbito das políticas públicas, com graves repercussões nas políticas sociais, entre elas a educação, alcançada também pelos efeitos da relação *público-privada*. Rodrigues e Caldeira (2008) referem-se que nas diretrizes para a

[25]CNS (Conselho Nacional de Saúde): http://conselho.saude.gov.br/webec29/index.html

educação superior, em especial para as universidades federais, houve um aprofundamento e aceitação do conceito de público não-estatal, como acontecido com a área da saúde. Nas análises desses autores consta que houve

> [...] maior transferência de recursos públicos para o setor privado via isenção e/ou contratos para execução de projetos/cursos; concorrência entre público e privado por recursos para projetos e serviços; ênfase no ensino mais rápido, se possível on-line; defesa da autonomia das Ifes [Instituições federais de educação superior], entendida como captação de recursos; fortalecimento do poder paralelo de fundações privadas; mudança no regime de contratação/plano de carreira dos servidores, que perderiam a dimensão nacional, de servidor/serviço público federal, passando a ter dimensão individual, local, fragmentada por instituição (RODRIGUES; CALDEIRA, 2008, p. 631).

Cislaghi (2010) aborda a investida que o capital faz às universidades. Essa investida é realizada por intermédio do Estado e, para a autora, passa por três questões consideradas essenciais para a efetivação de seus objetivos: o desfinanciamento público, a privatização da gestão por meio das fundações, com retrocesso na autonomia e na democracia e políticas de ensino que interferem diretamente no mercado com a massificação e remodelamento da força de trabalho intelectual.

Nessa relação com as universidades, várias ações tornaram-se objeto de muitas críticas, pois refletem a reconfiguração do papel do Estado através da exposição da relação público-privada, como exemplo[26] a "[...] compra de vagas de instituições privadas além da renúncia fiscal condicionada à participação neste sistema de transferência de recursos ao setor privado" (RODRIGUES; CALDEIRA, 2008, p. 635). Assim, o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, particularmente no que se refere à reforma administrativa do Estado, além de não reverter à lógica de contrarreforma[27] da gestão anterior, conduz sua gestão com proposições que incidem sobre as políticas sociais, como saúde e educação, através de medidas de focalização, privatização e estímulo ao setor privado.

---

[26] Como o Programa Universidade para Todos - Prouni que tem como finalidade a concessão de bolsas de estudo integrais e parciais em cursos de graduação e sequenciais de formação específica, em instituições privadas de educação superior. Criado pelo Governo Federal em 2004 e institucionalizado pela Lei nº 11.096, em 13 de janeiro de 2005, oferece, em contrapartida, isenção de alguns tributos àquelas instituições de ensino que aderem ao Programa.

[27] March (2012) define de forma resumida as principais características da contrarreforma do Estado a partir do governo FHC: "os elementos da proposição de contrarreforma administrativa seriam a flexibilização dos direitos dos trabalhadores do serviço público; a transferência da execução das políticas sociais para instituições de direito privado, incluindo a transferência de patrimônio público; a possibilidade de captação de recursos por parte das instituições a partir da mercantilização dos serviços públicos e da financeirização dos recursos públicos; e a relação público-privada a partir dos denominados contratos de gestão" (MARCH, 2012, p. 64).

Nesse sentido tanto a área do trabalho e quanto a formação em saúde estão permeadas pelos interesses de projetos políticos distintos da sociedade, porém marcadas pela manutenção e, por vezes, o aprofundamento da implementação das políticas neoliberais. No atual governo Dilma Roussef isso fica demonstrado no direcionamento da sua gestão quando assume uma agenda setorial de implantação de um novo modelo jurídico institucional legal para os institutos federais de ensino regulamentando a criação da fundação pública de direito privado e também para gestão dos hospitais universitários, herança do governo Lula que em 31 de dezembro de 2010, criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares– EBSERH[28].

Para Drago (2011) há uma multiplicidade de instituições, objetivos e interesses que tem por produto conflitos, crises e tensões que dificultam alcançar os objetivos fins da educação, quando se coloca em jogo a gestão e o financiamento das instituições de ensino, como os hospitais universitários. Essa proposta de gestão expressa uma construção lógica para uma condição indispensável de privatização e de mercantilização dos serviços de saúde e também de educação, pois os HUs são lócus privilegiados de formação em saúde, o que torna essa questão ainda mais complexa, principalmente por estarem no âmbito das universidades públicas federais.

Consta, no cenário atual das universidades, ações, projetos e programas, como o da ***Residência Multiprofissional em Saúde***, como atribuição para os HUs no contexto em que estas instituições se encontram. Considera-se que as políticas adotadas geraram até o momento baixa capacidade de impacto das ações do SUS em educação e muitos limites,

> [...] no sentido de alimentar os processos de mudança sobre as instituições formadoras, e nulas em apresentar a formação como uma política do SUS: potência de interpor lógicas, diretrizes e processos organizados, coerentes e desafiadores dos modos de fazer (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, p. 45).

[28] Para Drago (2011, p. 117) no redesenho dos hospitais universitários, o MEC elabora a Medida Provisória nº 520, assinada em 31 de dezembro de 2010, a qual autoriza o poder executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. (EBSERH), que tem, entre outras competências, administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial à comunidade, no âmbito do SUS (BRASIL, 2010f). Sob a justificativa de maior autonomia no uso dos recursos, legalização dos contratos de trabalho e aprimoramento do processo de gestão das instituições de ensino e saúde, o governo Lula se despede de seu mandato deixando a herança das Fundações Estatais de Direito Privado, ainda que sob nova roupagem: as EBSERH.

Há uma complexidade de questões que precisam ser desveladas na forma como estão articuladas, e as possibilidades de superarem fragmentações correspondentes as orientações conceituais, políticas e econômicas heterogêneas. Volta-se, assim, para o desafio de se entender esses projetos e programas no interior do processo de construção da política pública de trabalho e formação em Saúde. Nesse sentido, o desenvolvimento da área de recursos humanos[29] (RH) também passa por mudanças paradigmáticas e sofre com as consequências do subfinanciamento, flexibilização, precarização das condições de trabalho e de formação na saúde.

A temática da formação em serviço assume destaque nesse processo de constituição do SUS, afirmando a importância da formação de profissionais articulados com as necessidades emergentes para esse Sistema. Para tanto, torna-se mister entender a reorientação aplicada ao sistema de saúde, no campo da pós-graduação na modalidade Residência Multiprofissional, consoante às transformações políticas e econômicas ocorridas no âmbito do Estado e discutidas nos Fóruns de participação Social, a partir das determinações impostas à formação de trabalhadores para o SUS no marco do neoliberalismo. É o que será apresentado no capítulo que se segue.

3 - O TEMPO RODOU NUM INSTANTE: RMS COMO POLÍTICA PÚBLICA E A FORMAÇÃO DE TRABALHADORES PARA O SUS

A gente vai contra a corrente
Até não poder resistir
Na volta do barco é que sente
O quanto deixou de cumprir
Faz tempo que a gente cultiva
A mais linda roseira que há

[29]Pierantoni (2000) utiliza o termo recursos humanos a partir da seguinte compreensão: "O termo "recursos humanos" é utilizado de acordo com o recorte teórico estabelecido por Nogueira (1983). Tem sua origem na administração e está subordinado à ótica de quem exerce função gerencial, seja em nível microinstitucional (órgão público ou empresa privada) ou macroinstitucional (planejamento estratégico nacional). De acordo com o autor, o conceito de "recurso humano" está relacionado com funções de produzir, aprimorar ou administrar esse recurso específico, traduzido pela capacidade de trabalho dos indivíduos e alocado com outros "recursos", como os materiais e financeiros" (PIERANTONI, 2000, sp).

Mas eis que chega a roda viva
E carrega a roseira prá lá...
Roda mundo, roda gigante
Roda moinho, roda pião
O tempo rodou num instante
Nas voltas do meu coração... (Chico Buarque)

A discussão sobre o estabelecimento de uma Política Nacional para a formação de recursos humanos em saúde no Brasil passa pela reconstituição histórica dos debates realizados em torno desse tema e pela revisão das conjunturas sociais, políticas e econômicas que determinaram suas transformações, especialmente a partir da década de 1970 de forma mais intensa. Nesse sentido, esse capítulo aprofundará o conhecimento acerca das políticas públicas que direcionam a formação dos profissionais de saúde no Brasil, pois esse processo *instituinte* abriga questões importantes sobre as fundamentações que irão nortear as propostas de educação no âmbito da saúde, pois

> [...] independentemente de avaliações da condução e implantação da reforma do sistema de saúde **sente-se falta**, tanto no debate como na formulação da política, **de abordagens específicas da questão de recursos humanos**. **A pergunta é: "quem opera a reforma, como e sob que condições"?** (PIERANTONI, 2000, p. 158- grifo nosso).

O campo temático privilegiado refere-se ao da **Política Nacional de Gestão da Educação na Saúde** com recorte na área de **formação do ensino superior, especificamente na pós-graduação, onde se situa o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde,** como uma das ações da política de educação em saúde. Trata-se da discussão da educação superior brasileira, a partir da análise do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde, reconhecido como pós-graduação *lato sensu*, proposto como programa pelos Ministérios da Educação e da Saúde como base para a consolidação da política nacional de educação em saúde. Busca-se compreender a construção dessa Política e sua interface com a Residência Multiprofissional, por meio da análise temática de informações constantes na legislação do SUS e nos fóruns de participação social em saúde[30].

Essa análise permitiu compreender a existência de uma lógica organizativa do ensino, porém, sempre mediada por elementos de tensão existentes na fronteira do ensino com os serviços de saúde (NUNES, 1998). No que tange as especificidades desse processo, a construção da política de formação de profissionais na

[30] Considerando como Ceccin, ou seja, a legislação como aquilo que está consolidado legalmente e nos fóruns de participação social em saúde, como o que está legitimado ou pede legitimidade na sociedade (CECCIM, 2008).

modalidade Residências Multiprofissionais traduzem e identificam significados que produzem suas grandes linhas, suas principais regularidades, como integrante dessa política.

A Integração Ensino/Serviço, a relação com as instituições de ensino, o trabalho em equipe multiprofissional, junto com o estabelecimento das normativas para a gestão setorial do processo de formação são demarcadas como eixos que se destacam no interior do processo de constituição da política de formação profissional, cuja base se encontra nos princípios estabelecidos para o Sistema de Saúde. São conteúdos que também irão nortear e conformar as Residências Multiprofissionais (Figura 1), marcando características próprias, **porém desafiando** a política pública que lhe sustenta.

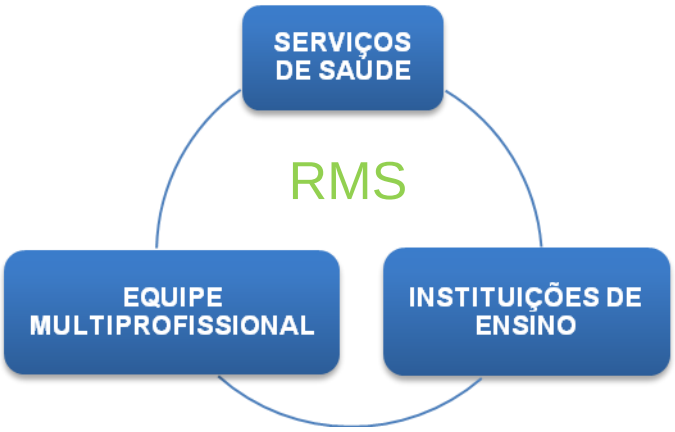


Figura 2. RMS: Eixos formadores

Assim, questões importantes surgem quando essa modalidade de formação é assumida como um programa interministerial, colocando-se como uma *nova/velha*[31] estratégia para políticas de formação em saúde, enfocando categorias profissionais das diversas áreas da saúde. A proposta apresentada pelos Ministérios propõe que o Programa esteja baseado na busca por condições necessárias para mudanças no modelo médico-assistencial de atenção em saúde, tendo como base a Integração Ensino/Serviço, a relação com as instituições de ensino e o trabalho em equipe multiprofissional.

[31]Com uma oferta descontínua e, em alguns casos, não vinculada a uma instituição acadêmica, sem uma legislação específica, até se tornar um Programa interministerial a partir de 2005.

Nos textos, documentos, relatórios de fóruns, conferências nacionais de saúde e de recursos humanos, encontra-se a conformação e o delineamento do processo de construção da Política de Recursos Humanos para a Saúde. No interior desse processo, uma política de educação em saúde se constitui como princípio norteador para a formação de trabalhadores para o SUS, servindo, portanto, de condutora da formação em Residência Multiprofissional e demarcando seu espaço como modalidade de formação ensino/serviço no âmbito da educação em saúde

Para fins de organização os dados serão apresentados seguindo uma ordem cronológica dos eventos e dentro das décadas em que aconteceram. São eventos que marcaram a história da política de Saúde no Brasil nos últimos tempos – que rodou num instante quando considera-se tudo que foi *cultivado* e tudo que entrou na *roda viva* desse sistema que está em curso no país. A contextualização inicia-se na década de 1970 e 1980, passa pela década de 1990 chegando aos anos 2000 indo até 2013.

3.1- Inovações e transformações no sistema de saúde - Anos 1970 e 1980

Observa-se que a partir da década de 1970 há uma série de inovações e transformações no sistema de saúde, especialmente as relacionadas a aspectos específicos da política de recursos humanos, representando anos paradigmáticos para a saúde pública do Brasil (MACHADO, 2006). Silva *et al* (2009) reforçam a grande preocupação representada por diversas áreas que incidem sobre o Setor, pois

> Naquele momento histórico, os efeitos e conseqüências da desastrosa **política de saúde** da ditadura militar e o fim do "Milagre Brasileiro" já eram discutidos por cientistas, acadêmicos e tecnocratas progressistas que denunciavam em congressos e seminários nacionais e internacionais, a degradação das condições de vida da população (SILVA, 2009, p. 06).

Pierantoni (2000) embasa esse pensamento apresentando inúmeros eventos relacionados ao tema formação de recursos humanos em saúde que refletem uma preocupação com as *deficiências existentes e suas conseqüências* para a política de Saúde. A autora observa que são intensificados trabalhos interministeriais. Mesmo que medidas efetivas tenham sido tímidas, diz ela, aparecem ações conjuntas entre os Ministérios da Educação, da Previdência e Assistência Social e da Saúde, como o documento intitulado *Estudo sobre a formação e utilização dos recursos humanos*

em saúde[32]*,* por exemplo, produto de um grupo de trabalho instituído com o propósito de formular ações conjuntas.

Este documento, de 1976, analisou aspectos críticos de profissões da área da saúde e concluiu pela necessidade de uma melhor articulação entre o sistema formador e o utilizador de recursos humanos[33]. O resultado apontava para a necessidade de ações que procurassem reajustar e reformular a formação das profissões de nível superior; o ensino de pós-graduação, técnico e auxiliar de nível médio e a extensão universitária. Estas orientações representaram uma inflexão na política de recursos humanos para o setor e Pierantoni (2000, p. 43) observa que "[...] até essa época não se encontram relatos de ações conjuntas, no sentido de trabalhar de forma setorial a questão de recursos humanos".

Nesse período, constatam-se estudos e metodologias[34] com interesses voltados para aspectos da força de trabalho, do processo de trabalho envolvido com a produção de serviços de saúde e com as novas relações que passam a configurar esse mercado. Surgem iniciativas de programas como o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) e os Programas de Integração Docente-Assistencial (IDA) nas universidades, concebido para promover a preparação de pessoal, mas que se mostraram insuficientes para reverter as condições estabelecidas pelo mercado[35].

Os estudos/pesquisas da área e do cotidiano da prestação de serviços de saúde destacavam a complexidade que envolve a atividade. Nesse sentido, Machado (2006, p. 14) ressalta que o binômio conhecimento técnico atualizado e profissional qualificado para aplicá-lo assumiu dimensão estratégica, principalmente devido à ampliação do mercado e da formação para profissionais que produziam serviços de saúde. No entanto, faltava entrosamento entre os setores, pois não havia

---

[32] Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Estudo sobre a formação e utilização dos recursos humanos na área da saúde. Brasília: Departamento de Documentação e Divulgação; 1976.

[33]Segundo Pierantoni (2000, p.43) este documento foi elaborado pelo Departamento de Assuntos Universitários (DAU) do MEC em conjunto com o MS, em 1976 (BRASIL, 1976).

[34] Para Machado (2006, p.13) esses primeiros estudos e pesquisas são creditados especialmente aos professores e pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) e da Universidade de São Paulo (USP): Elza Paim, Mário Sayeg, Maria Cecília Donnangelo e Ricardo Bruno.

[35] As análises desta época, conforme estudo de Pierantoni (2000, p. 49) apontavam aspectos correlacionados com a formação até a inserção no mercado de trabalho, como: a falência do modelo implantado tanto do ponto de vista do profissional como da qualidade da atenção à saúde; confirmavam o crescimento acelerado da força de trabalho, com oferta de postos de trabalho que absorveu um contingente expressivo de mão-de-obra não qualificada; o aumento da formação de profissionais de nível superior e a absorção, pelo mercado em expansão, em especial de médicos e enfermeiros, com expressivo rejuvenescimento e feminização e destacavam o aumento da jornada de trabalho e a concentração de profissionais nas grandes cidades.

correspondência “[...] em aspectos relacionados com a pertinência, a viabilidade e a avaliação das políticas implementadas no setor educacional, particularmente na saúde” (PIERANTONI, 2000, p. 47).

Por outro lado, as mudanças ocorridas na estrutura de produção de serviços de saúde provocaram alterações significativas tanto no processo de trabalho como na própria composição da estrutura ocupacional dos profissionais que produziam serviços de saúde. Um novo cenário surge no setor e se organiza, passando as profissões a disputarem e reivindicarem áreas de atuação e prática profissionais (SCHRAIBER; MACHADO, 1997). O cenário econômico se modificava.

> A definição desenvolvimentista por que passava o país, na década de 70, demandava a expansão do emprego para aumentar as taxas de atividade, particularmente nos setores secundário e terciário da economia. Destacava-se o setor saúde, nesse contexto, como um importante gerador de empregos (PIERANTONI, 2000, p.38).

Ocorreu um forte crescimento do número de profissionais de saúde, bem como do quantitativo de empregos ligados à saúde[36]. Uma das justificativas desse crescimento foi uma reação direta da reforma das instituições da Previdência Social a partir da unificação e extensão da assistência médica previdenciária a todos os trabalhadores formais[37], elevando a demanda por serviços de saúde. Segundo Médici (1986) essas decisões tomadas no âmbito governamental determinavam a dinâmica do emprego nesse setor. Como consequência tem-se um aumento de serviços que levou a um rápido crescimento da absorção de profissionais de saúde, como se observa na Tabela 4.

36 Especialmente no serviço público, como demonstrado na Tabela 2 do capítulo anterior desse estudo.

37 A partir de1967.

POSTOS DE TRABALHO DE NÍVEL SUPERIOR EM TODOS OS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE BRASIL, 1976/1982*

CATEGORIA / ANO	1976	1982	INCREMENTO GEOMÉTRICO ANUAL
Médico	105.684	171.649	8,42%
Odontológico	11.732	22.212	11,23%
Enfermeiro	12.251	18.047	6,67%
Farmacêutico	3.355	5.142	7,38%
Nutricionista	1.630	2.297	5,88%
Assistente Social	3.309	5.712	9,53%
Psicólogo	726	2.421	22,22%
Total de Empregos	346.295	555.141	8,18%

** Exclui empregos administrativos, serviços gerais e postos de trabalho não discriminados classificados como "outros".*

Fonte: **Girardi (1986)**

A ampliação do número de trabalhadores na área de Saúde ao final da década de 1970 foi muito superior em relação à expansão das outras áreas do mercado de trabalho. Devido à mudança do modelo de política social, que foi se delineando para o setor desde meados da década de 1970, houve a expansão dos serviços de saúde, principalmente na área pública, destinados a segmentos cada vez mais extensos da população. Segundo Girardi (1986), enquanto a população economicamente ativa teve um incremento de 51,74%, as pessoas ocupadas no setor terciário aumentaram em 79,09% e **as ocupadas no setor saúde em 109,11% nessa década**.

Os maiores percentuais de crescimento dos empregos foram os de odontólogos e de psicólogos. Girardi (1986) considera que a odontologia teve um assalariamento da categoria, com absorção dessa força de trabalho pelos estabelecimentos de saúde, praticamente dobrando o número de profissionais (de 11732 para 22212 entre 1976 e 1982). Para a área da psicologia, esse autor faz a seguinte avaliação:

> Ressalte-se, todavia, que a participação ponderal dos empregos de psicólogos no cômputo geral dos empregos de saúde se revela ainda extremamente reduzida. Juntamente com os nutricionistas, se apresentavam em 82, como as categorias universitárias com menor peso numérico nos serviços (0,4% dos empregos para ambas) (GIRARDI, 1986, s.p.).

Enfim, esta grande ampliação, para todas as áreas, não correspondeu a uma adequação dos profissionais às reais necessidades da população no campo médico-

assistencial. Como resultado, a formação de grande parte de profissionais, principalmente da área médica graduada nos anos 1970, que apresentou um crescimento de 8,42% em seis anos (Tabela 4) teve, como referência, uma medicina especializada, tecnificada, privatizante e totalmente distante do quadro social de saúde no Brasil (MÉDICI, 1986, s.p.).

Demais profissões também encontram limites e dificuldades para corresponderem às transformações em curso. Assim como outros profissionais, o assistente social também não desenvolve seu trabalho independentemente das circunstâncias históricas e sociais que o determina. O contexto de mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais que se expressavam, a partir dos anos 1960, configuravam a expansão do capitalismo mundial e impunham um estilo de desenvolvimento excludente e subordinado. Nesse contexto,

> A profissão assume as inquietações e insatisfações deste momento histórico e direciona seus questionamentos ao Serviço Social tradicional através de um amplo movimento, de um processo de revisão global, em diferentes níveis:teórico, metodológico, operativo e político. Este movimento de renovação que surge no Serviço Social na sociedade latinoamericana impõe aos assistentes sociais a necessidade de construção de um novo projeto comprometido com as demandas das classes subalternas, particularmente expressas em suas mobilizações (YAZBEK, 2009, p.06).

Embora esta apropriação se efetive em um longo processo nos anos que seguiram, não foram suficientes para produzirem grandes mudanças durante a década de 1970 no sentido das ações que norteavam a área da saúde, embora tenha obtido um crescimento do número de profissionais de 9,53% entre os anos 1976 e 1982 (Tabela 4). Bravo (1996) ressalta que naquele momento as ações permaneceram rotineiras, burocratizadas, empiricistas e baseadas na racionalidade e seletividade.

Mas, para além da Medicina e do Serviço Social, constatações de outros relatórios, como do Grupo Interministerial de Recursos Humanos para a Saúde (BRASIL, 1981)[38], baseado na análise dos problemas do setor e suas repercussões na formação e utilização de recursos humanos das diversas profissões, indicavam a necessidade de reorganização do sistema de saúde a partir da atuação dos

[38] BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. *Relatório do grupo interministerial de recursos humanos para a saúde*. Brasília: MEC, 1981 (Série *Cadernos de Ciências de Saúde*, 4).

trabalhadores da saúde. A necessidade de uma discriminação clara dos setores públicos e privados; a discussão de princípios de universalização e integração preventiva e curativa, valorizando o trabalho de equipes de saúde; a definição de cargos, salários e funções nos serviços de saúde e a institucionalização de programas de educação permanente para todos os níveis, ao mesmo tempo em que demonstravam os problemas do modelo assistencial médico privatista, também apresentavam, do ponto de vista político, a fragilidade do regime por não conseguir dar respostas concretas às necessidades de saúde.

Na ação governamental, as decisões mais importantes sobre a política de saúde eram tomadas pela burocracia técnica, de elite, dentro das instituições estatais. Lucchesi (2011) ressalta que apesar de a burocracia[39] ser parte constituinte do Estado e necessariamente heterogênea, alguns grupos que a compõe estava sempre em situação privilegiada devido sua importância, em determinadas áreas, para a existência e a reprodução do Estado. No entanto, para garantir o projeto político vigente e evitar resistências, os comportamentos burocráticos[40] funcionavam a base de coerção e compensações "[...] aplicadas para modificar a tendência do pessoal do Estado a ajustar-se mais à racionalidade dos seus interesses" (LUCCHESI, 2011, p. 168).

O forte controle do Estado instaurava uma nova ordem para os espaços públicos e forneciam as bases que passariam a compor o cotidiano do trabalho nas instituições, através de reformas que passaram a regulamentar o funcionamento do Setor Público e das Universidades[41]. O governo buscava fortalecer a idéia de um desenvolvimento social pelo caminho burocrático, com crescimento econômico e controle político, formulando um discurso de atenção às demandas da sociedade

[39] **O termo burocracia** está sendo empregado nesse trabalho tendo como referência a abordagem feita por Lucchesi (2011. P. 159) que a considera em um "[...] sentido amplo de um modelo organizativo, como uma forma de administração, operada pelos funcionários do Estado que, orientados e condicionados pelas normas e regras técnicas e políticas, lhe imprimem uma dinâmica específica".

40 Lucchesi (2011, p. 176) alerta que "para o melhor entendimento destes papéis da burocracia, é essencial considerar a alternância dos seus movimentos, as funções específicas em cada momento e lugar, a sua heterogeneidade e a sua própria natureza contraditória. Para cada caso é necessário um estudo das funções desempenhadas, as quais darão as características de um e ou de outro papel".

[41] Nesse sentido, Nunes (1998) tece as seguintes considerações**:** a Reforma Administrativa regulamentada pelo Decreto Lei 200 tornou-se um instrumento importante de reorganização das práticas governamentais e a Lei 5.540/68, da Reforma Universitária, fixava as normas de organização e funcionamento do ensino superior. Enquanto o Decreto Lei 200 estabelecia as regras administrativas que viriam a sugerir alterações nas atividades dos serviços públicos, produzindo demandas para a capacitação de técnicos na área da saúde, a Reforma Universitária incidia sobre a lógica de realização da atividade docente, criando Institutos e alterando a organização departamental até então adotada.

pela qualidade dos serviços de saúde e pela *modernização* da Universidade (NUNES, 1998).

Os resultados para o setor de saúde diante de um regime com características burocrático-autoritário como essas, conhecidas, como diz Lucchesi, por aqueles que estudam a saúde é

> [...] prioridade total à privatização da assistência médica previdenciária, esvaziamento e marginalização das atividades de responsabilidade do Estado com a saúde coletiva, sucateamento dos serviços próprios, entre outros (LUCCHESI, 2011, p. 168).

A discussão da reforma do sistema de Saúde passou a ocupar espaços acadêmicos e de serviços e encontrava correspondência em pequenos grupos burocráticos (LUCCHESI, 2011). A dinâmica da luta social possibilitou que indivíduos dentro do próprio Estado desenvolvessem pensamentos[42] diferentes daquele propagado pela ideologia do Estado para a saúde. Proposições para enfrentamento dos problemas sociais, embora sendo marginais dentro da lógica do sistema, deram origem a projetos alternativos de atenção à saúde, como àqueles ligados principalmente à medicina comunitária e à atenção primária de saúde[43].

> Assim, no interior do processo de trabalho, estaria aberta uma perspectiva para a realização da função política da educação, possibilitada pela ação de sujeitos sociais, que no exercício do seu trabalho estão organicamente vinculados a uma classe, e no desempenho de sua tarefa, agregam elementos do econômico, do social e do político, realizando a função de porta-vozes através do seu trabalho (NUNES, 1998, p.134)

Nesse contexto, concebendo o Estado como espaço de disputa entre projetos de diferentes segmentos[44], ao mesmo tempo em que regula as relações sociais e contribui para a reprodução da sociedade, observa Lucchesi (2011) que no interior das instituições o debate também se aprofundava e o Movimento Sanitário crescia por entre trabalhadores e os docentes da área da Saúde, sobretudo quanto à produção científica que se baseava nas condições de saúde e adoecimento de acordo com os padrões assistenciais e preventivos disponíveis para a vida e a

[42] Para Gallo e Nascimento (2011, p. 95) "A atitude dos profissionais de saúde para com seu universo de trabalho, por sua vez, guarda uma relação muito íntima com as idéias que esses profissionais têm do mundo e, evidentemente, de sua própria profissão. Assim, a luta pela hegemonia também é uma luta travada entre idéias".

[43] Estes projetos, segundo Schraiber e Machado (1997, p. 284) sofreram influência das experiências, sobretudo, da Medicina Integral e a Medicina Preventiva americanas e em parte também da Medicina Comunitária, através de mudanças no desempenho dos profissionais, mesmo que por muitas vezes de forma individual, porém com uma abordagem integral do doente ("todo bio-psico-social") e ainda sobre as demandas do ponto de vista epidemiológico: as "reais necessidades de saúde da população".

[44] Ver a este respeito Dagnino (2004).

saúde dos cidadãos (CECCIM, 2008, p. 12). Cabia às discussões das correntes de pensamento[45] do Movimento Sanitário as articulações, para fazerem repercutir na área de recursos humanos a necessidade do desenvolvimento de políticas e projetos voltados para a formação profissional.

Na formação médica, as iniciativas de mudança curricular tiveram pouca aceitação prática, apesar das experiências da Medicina Preventiva e Social que experimentaram oportunidades curriculares mais amplas. A tendência da formação caminhou para o foco da especialização (PIERANTONI, 2000). Isso se deve, em parte, segundo Schraiber e Machado (1997), ao efeito da constituição do mercado de trabalho em saúde, sobretudo pela condição estrutural de funcionamento desse mercado com feições capitalistas. O fenômeno da especialização reflete esse cenário de disputa de mercado, ou seja, "[...] especializa-se, profissionaliza-se para manter a autonomia técnica e, consequentemente, a econômica" (SCHRAIBER; MACHADO, 1997, p.294).

O momento, para Schraiber e Machado (1997), por um lado, trouxe avanços tecnológicos e benefícios às ciências da saúde; por outro, trouxe efeitos problemáticos tanto na forma de produção como de consumo desses serviços, levando o sistema de saúde a situações paradoxais.

> Produziu-se também a noção de que o tratamento especializado é mais seguro e mais moderno. **Elevou-se a um *status* diferenciado os profissionais ultra-especialistas**, desprezando o atendimento dos profissionais de prática generalista ou até especialista em grandes ramos do conhecimento. A valorização dos atos tecnológicos é um fato em quase todos os atendimentos médicos prestados no nosso sistema de saúde (SCHRAIBER, MACHADO, 1997, p.294).

Nas ciências médicas as mudanças ocorridas repercutiram mais no campo da pós-graduação médica, que apesar de ter seu início no Brasil a partir da década de 1940, consolidou-se a partir de 1960 como um modelo de formação médica baseada no padrão americano centrado nas instituições hospitalares. O processo de treinamento em nível da Residência Médica para Feuerwerker (1998) estaria associado à necessidade de aprimoramento da graduação do curso de medicina,

[45] Pois havia aqueles que compreendiam que a inserção no interior do aparato de Estado levaria a uma lógica de priorização e fortalecimento dos interesses públicos e outros que defendiam o fortalecimento da sociedade civil organizada "[...] por meio do ingresso das forças populares na arena política, não apenas expressando seus interesses e demandas, mas participando do processo decisório" (FERRAZ, 2009, p. 115).

que se desenvolve tendo uma parte prática que se inicia através dos internatos e se aprimora nas residências.

> Como momento privilegiado do treinamento clínico dos médicos e em função de sua interface com a prestação de serviços de saúde, a Residência Médica pode cumprir um papel importante nessa redefinição. Pode servir como cenário favorável à reorientação da interação/integração entre universidade e serviços e como palco da construção de novas práticas sanitária (FEUERWERKER, 1998, s.p.).

Entretanto, o acúmulo de capital no setor saúde configurado pelo desenvolvimento tecnológico contribuiu para que o trabalho na saúde passasse por modificações que levaram a exaltação do componente técnico em detrimento de valores substantivos para formação do trabalho em saúde. O resultado são demandas para novos perfis profissionais, gerando, além de especialidades médicas, agregação de outras áreas do conhecimento como profissões de saúde. Isso apresentou um crescimento desordenado nos programas de Residências Médicas por todo país (PIERANTONI, 2000, p.38).

> Partes desses programas foram criados, especialmente a partir de 1972, para a absorção de profissionais médicos excedentes a custos mais baixos. A relação do médico residente com a instituição desloca as dimensões educacionais para um segundo plano e, à semelhança do que ocorre com os demais médicos, é estabelecida uma relação de prestação de serviços (PIERANTONI, 2000, p.38).

Estudos sobre o processo de institucionalização da Residência Médica consideraram que esta se tornou um instrumento de prestação de serviços de saúde e que os residentes, como profissionais, passaram a ocupar espaços nos serviços de saúde tanto públicos quanto privados. O mercado de trabalho passou a assumir uma direcionalidade comprometendo a Residência Médica "[...] como processo educacional, já que a lógica da organização dos estágios obedeceria muito mais às necessidades dos serviços do que às de aprendizagem" (FEUERWERKER, 1998, s.p.).

Os médicos residentes, face ao processo que vivenciavam, assumiram posições reivindicatórias em torno de melhores condições de trabalho, educação e de regulamentação da Residência como forma de especialização. Em 1977 ocorreu a criação da Comissão Nacional de Residência Médica[46] em nível nacional no âmbito

[46]Em 1977, o Decreto nº 80.281, cria a Residência Médica, modalidade de pós-graduação lato sensu, caracterizada pela formação em serviço, considerada o "padrão ouro" da especialização médica. O mesmo Decreto institui, no âmbito do

do MEC, que passa a ordenar e regularizar esta especialização via credenciamento de programas, com legitimação nacional[47].

O processo de regularização apontou para a necessidade de identificação da complexidade da natureza da Residência Médica, que indicou a simultaneidade desta formação entre o trabalho e o treinamento. Feuerwerker (1998) aprofunda esse tema trazendo vários elementos para a compreensão do processo de institucionalização da Residência.

> A Residência Médica no Brasil, portanto, apesar de institucionalizada, potencialmente sobre controle dos Ministérios da Educação e da Saúde e de outras autoridades dessas áreas, tem tido seus rumos definidos pelas instituições que mantêm os programas, pelo mercado de trabalho, em uma relação mediatizada pelos interesses da corporação médica: médicos-residentes, sociedades de especialistas e outras entidades. Há várias evidências sobre isso desde a criação da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, que foi, de fato, o único momento em que o Estado interveio claramente no processo (FEUERWERKER, 1998, s.p.)

Essas e outras questões introduzidas são, então, progressivamente absorvidas como resultado da ampliação dos estudos nas universidades, nos eventos realizados por técnicos do Ministério da Educação e Cultura (MEC), do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), representações estaduais da área da saúde e atuação de movimentos sociais. A discussão girava em torno da compreensão do processo saúde-doença e contribuía para a construção e experimentação de distintos modelos de formação e de atenção à saúde que se contrapusesse a esta ordem estabelecida seguida pela medicina tradicional.

Desenvolveram-se em alguns serviços estatais de atenção à saúde, através de alguns de seus integrantes, baseados em conceitos de medicina comunitária, educação popular e atenção primária à saúde experiências que produziram intervenções capazes de pronunciarem mudanças. Campos (2007, p. 1868) cita algumas das instituições como a Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Butantã, escolas

---

Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Médica, responsável pelo estabelecimento dos princípios e normas de funcionamento, credenciamento e avaliação das condições de oferta dos programas de residência médica (BRASIL, 2006).

[47] Feuerwerker (1998) aprofunda esse tema trazendo vários elementos para a compreensão do processo de institucionalização da Residência, como mostra o trecho a seguir: “A Residência Médica no Brasil, portanto, apesar de institucionalizada, potencialmente sobre controle dos Ministérios da Educação e da Saúde e de outras autoridades dessas áreas, tem tido seus rumos definidos pelas instituições que mantêm os programas, pelo mercado de trabalho, em uma relação mediatizada pelos interesses da corporação médica: médicos-residentes, sociedades de especialistas e outras entidades. Há várias evidências sobre isso desde a criação da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, que foi, de fato, o único momento em que o Estado interveio claramente no processo” (FEUERWERKER, 1998, s.p.).

de Saúde Pública, universidades e hospitais públicos, departamento de medicina preventiva, serviços próprios dos Institutos de Previdência e depois do INAMPS, além de uma rede de centros de saúde, em geral de gestão estadual ou do Ministério da Saúde.

Como observado por Lucchesi (2011), uma das bases sobre a qual se desenvolvia projetos para uma nova organização para a saúde no Brasil, estava em grande parte no interior do aparato estatal como ativistas do movimento sanitário e eram profissionais, pesquisadores, docentes ou estudantes destas organizações.

> Ainda durante os anos oitenta, participantes do movimento aproximaram-se de políticos, deputados constituintes e de gestores públicos, influenciando-os quanto à legislação e ao ordenamento legal do sistema. Com esta estratégia, o movimento conseguiu envolver partidos políticos e autoridades governamentais com importantes aspectos do projeto de reforma sanitária. Outros integrantes do movimento, ao combinar o trabalho com a militância, realizaram importante ação institucional, praticando uma espécie de "entrismo" tanto no aparelho estatal que seria embrião do futuro SUS, com em partidos tradicionais e outras organizações sociais (CAMPOS, 2007, p. 1868).

Surgiram, assim, vários programas que dispararam experiências. Em 1976 foi criada no Brasil, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em sua Unidade Sanitária denominada São José do Murialdo, a primeira Residência em Medicina Comunitária. Sua proposta incluía formar profissionais com uma visão integrada. Dois anos depois essa Residência se torna multiprofissional, incluindo assistentes sociais, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos (BRASIL, 2006). Pasini (2010) faz referência a mais dois programas que também são criados, neste período, Residências Multiprofissionais em Recife e no Rio de Janeiro.

O Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública (PAR – MP/MS/SP), criado e financiado, através do pagamento de bolsas, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), tinha com o propósito fundamental incrementar a pós-graduação, sob a forma de Residência, de profissionais de saúde para atuarem em cuidados primários de saúde no país, através de treinamento intensivo em serviço (NUNES, 1998). Em 1980 houve o aumento do número de vagas para 130 e, em seguida, 187 em 1981, distribuídas por várias instituições, conforme quadro 3.

TIPO DE RESIDÊNCIA	INSTITUIÇÃO	PARCERIA COM

		INAMPS
1-Residência em Medicina Social	Instituto de Medicina Social da	UERJ
2-Curso Especialização em Medicina Social	Departamento de Medicina Preventiva e Social	UFMG
3-Residência em Medicina Preventiva e Social	Centro de Ciências da Saúde	UFPB
4- Residência em Medicina Social	Departamento de Medicina Social	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
5- Residência em Medicina Preventiva e Social	Departamento de Medicina Preventiva e Social	UFBA
6- Residência em Medicina Comunitária	Secretaria da Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul (SSMARGS)	Projeto São José do Murialdo
7- Residência em Medicina Social	Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Equipes de Saúde do INAMPS/Ceará	Universidade Federal do Ceará
8- Residência em Medicina Social	Departamento de Medicina Social	Universidade Federal do Maranhão
9- Residência em Medicina Social	Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias	Faculdade de Medicina de Petrópolis/RJ
10- Residência em Saúde Pública e medicina social	Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP	FIOCRUZ

Quadro 3- **Relação dos Programas de Residências do PAR**
Fonte: Nunes, 1998. *Adaptado pela autora.*

Estes programas existentes abrangiam programas de denominações diversas, tais como: Saúde Coletiva, Medicina Comunitária, Saúde Comunitária e outras, e eram considerados como equivalentes ao Programa de Residência de Medicina Preventiva e Social (MPS)[48]. Essas diversas denominações geraram conflitos. Massuda *et al* (2009) fazem uma distinção entre os Programas de Residência que se desenvolviam, observando que no

> [...] início da década de 1980, assistiu-se a uma melhor delimitação dos objetivos e do campo de conhecimento da saúde coletiva, com o delineamento de uma ruptura entre duas tendências dos programas de residência que participavam do PAR. Uma das tendências se transformou na Residência em Medicina Geral e Comunitária [RMGC], que objetivava a formação de um médico generalista com conhecimentos básicos de Medicina Preventiva e Social **e cujo treinamento teria ênfase na atenção primária**. O outro modelo, representado pela RMPS [Residência em Medicina Preventiva e Social], incorporou como campo de treinamento e intervenção os serviços de saúde, dentro de uma perspectiva de

[48] As expansões desses Programas possuem fortes influências das propostas defendidas na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em setembro de 1978 (OPAS, 1978) – que teve como meta: saúde para todos no ano 2000 –, pois aliavam a Atenção Primária de Saúde, o planejamento das ações em saúde com a participação das populações e a extensão de cobertura dos serviços de saúde como estratégia de ação (PASINI; 2010). São frutos da influência deste período a criação de uma área denominada **Saúde Coletiva** e a criação do **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde** (CEBES) e da **Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva** (ABRASCO). Segundo Pasini (2010), o CEBES manteve forte vínculo com a Academia, estimulando os docentes, principalmente através dos Departamentos de Medicina Preventiva, a prestigiar os núcleos existentes em várias regiões do país, com a preocupação de estabelecer canais mais efetivos entre a produção acadêmica e a sociedade civil. Estes espaços, de organização de profissionais e estudantes do campo da saúde, funcionaram, conforme análise de autores citados por Pasini (2010, p. 43), como espaços de resistência e análise crítica da situação de saúde e das políticas sanitárias brasileiras, fortalecendo as bases do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

> entendimento do coletivo como campo articulado de práticas socialmente estruturadas e ainda no plano do entendimento das determinações sociais do processo saúde/doença (MASSUDA *et al*, 2009, p. 05).

Em 1981 a Residência de Medicina Geral e Comunitária (RMGC) foi então reconhecida pela CNRM, que refletiu uma forte influência dos princípios consagrados pela Conferência de Alma Ata[49]. As propostas do tipo *medicina comunitária* representavam avanços ao conectar as questões de formação profissional com a organização institucional da produção dos serviços, através da preocupação com as necessidades sociais em saúde e a participação comunitária (SCHRAIBER; MACHADO, 1997, p.288). Em 1984 existiam 14 programas em 10 estados com um total de 138 bolsas, sendo 80% delas financiadas pelo INAMPS e MEC (CAMPO; IZECKSOHN, 2010). A proposta dessas Residências baseava-se num conjunto de saberes e práticas específicas e também atuavam na disputa política pela reforma das práticas e da organização dos serviços de saúde, nesse sentido, essas Residências eram dispositivos que "[...] serviam à formação técnico-profissional no campo e também à formação de militantes da Reforma Sanitária" (MASSUDA *et al*, 2009, p. 07).

No entanto, a partir de 1982 houve uma modificação da proposta do Inamps[50] em relação ao setor desencadeada por uma crise de financiamento, sendo que uma das decorrências dessas mudanças foi a extinção das bolsas, por parte desse órgão, *de residentes não-médicos* (BRASIL, 2006, p.381). A situação da Residência em MGC também se agravou quando, em 1988, o INAMPS deixou de subsidiar novas bolsas para essa área[51] (CAMPO; IZECKSOHN, 2010). Para Massuda et al, (2009, p. 09) tal posicionamento refletiu a "[...] despreocupação, ou à omissão, do Estado brasileiro com a formação de uma inteligência burocrática para ocupar espaços estratégicos da gestão do sistema público de saúde".

---

[49] A **Declaração de Alma-Ata** foi formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, no Cazaquistão, entre 6 e 12 de setembro de 1978, dirigindo-se a todos os governos, na busca da promoção de saúde a todos os povos do mundo.

[50] Sobre a situação do INAMPS Pierantoni (2000, p.38) faz as seguintes considerações: "a partir de 1978 passa a funcionar o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que estabelece uma rede extensa de prestação de serviços de saúde, atingindo cerca de 600 municípios e representando uma centralização sem precedentes. A desvinculação da assistência médica dos demais benefícios tem conseqüências diretas em seu financiamento, cada vez mais dispendioso aos cofres previdenciários, sem que se cogitassem novas fontes de receita. O dilema entre a crescente universalização e a inexistência de uma base financeira sólida para sua sustentação apontam para a crise que se instalará no final dessa década e início da seguinte".

[51] Esta tendência só começou a ser revertida a partir da criação, pelo Ministério da Saúde (MS), do Programa Saúde da Família (PSF), em 1993.

Por exemplo, a Residência Multiprofissional de São José do Murialdo foi extinta no inicio dos anos de 1990, sendo um dos principais motivos a discrepância entre a remuneração e a carga horária dos residentes médicos e os das demais profissões, o que levou a esta residência a se tornar residência somente médica (FERREIRA, 2008). Algumas universidades que haviam implantado programas de Residências integradas à Residência Médica, como observa Mourão *et al* (2007), a exemplo da Enfermagem, Nutrição e Serviço Social, também encerraram programas quando o MEC definiu o financiamento somente para a Residência Médica. Paradoxalmente no ano de 1991, a CNRM respondia pelo controle de 1194 programas de residência médica, distribuídos em 190 instituições, em todo o país, com oferecimento de vagas de formação na modalidade Residência Médica[52], com uma distribuição irregular, havendo escassez em algumas áreas, em especial as relacionadas à evolução do perfil epidemiológico da população. Essa situação tem relação com o modo como os profissionais adquirem seus conhecimentos científicos, que são em grande parte baseados em casos e patologias, com base em interesse de pesquisa científica do tipo biomédica, distantes do cotidiano assistencial da comunidade e isso faz com que as críticas recaiam, sobretudo, na centralidade da formação nos hospitais-escola (SCHRAIBER, MACHADO, 1997, p.288).

Mesmo assim, algumas profissões passam a demonstrar o interesse em intensificar sua formação por área específica, seguindo o modelo de aprendizado já institucionalizado de residência médica. As experiências são poucas e seguiram financiadas por fundações privadas, ou "[...] previdência social, num determinado período, limitado pela contenção de recursos, já que estes eram alocados sem as mesmas condições da residência médica, amparada por lei e prevista em orçamento federal" (MOURÃO *et al*, 2007, p. 10). Desse modo, uma das mais antigas é a Residência em Enfermagem que surgiu na década de 1960, sem uma legalização própria para sua existência. Foi implementada no Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo, em 1961, "[...] seguindo um regime semelhante ao da Residência para médicos, existente nesse hospital desde 1960" (FERREIRA, 2008, p.27).

[52] Em 2010 funcionavam no país 3.500 programas de Residência Médica reconhecidos pelo MEC, que ofereciam aproximadamente 28.500 vagas totais (em 111 denominações e em seis níveis diferentes, de R1 a R6), a maioria em instituições públicas). Dados do Conselho Federal de Medicina, 2011.

Entre passos e descompassos no campo do processo de formação, as décadas de 1970 e 1980 merecem destaque pelos processos políticos e econômicos que marcaram, sobretudo, o aumento de demandas e expectativas geradas a partir de um processo de participação democrática. Da alteração política e das estruturas produtivas com base na reorganização mundial dos mercados, "[...] que teve por fundamento do poder a hegemonia inconteste do capital financeiro" (FLEURY, 1997, p. 36); o caráter institucional do sistema burocrático-autoritário com seu *modus operandi* de intervenção na regulação da saúde; aos limites das propostas para mudanças na educação através das reformas da universidade[53] à desvalorização da atenção primária e a hegemonia do modelo flexneriano foram fatores que enfraqueceram o movimento de residências multiprofissionais, principalmente as de caráter comunitário.

Mesmo assim, até o final da década de 1980, muitas experiências demonstraram capacidade de produzir mudanças reais, como as relacionadas à pós-graduação, pelos resultados que tiveram com a compreensão de que essas mudanças podem ser ainda mais fortalecidas quando considerarem também as *Residências* tomando a relação ensino/serviço como palco necessário de transformações. E não foi apenas no que se referia à formação do trabalhador, mas naquilo que dizia respeito a uma totalidade de mudanças que passava pelo setor saúde e implicava na necessidade de alterações mais profundas em outros setores, no Estado, na sociedade e nas instituições (FLEURY, 1997). Muitas experiências já haviam sido iniciadas e reforçavam a necessidade de mudanças.

> Nessa vertente, é relevante a criação do **Piass** – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento e, mais adiante, já no período entre o fim do regime militar e a Nova República, com o movimento pela Reforma Sanitária ganhando maior organicidade, são também relevantes as iniciativas das **AIS**, a criação dos **Suds** e a consolidação de estruturas organizativas que incorporavam o espírito do

[53] De acordo com Silva jr e Sguissardi (1999) as políticas educacionais alicerçadas em financiamentos de organismos internacionais aliadas à grande expansão no ensino superior, ocorrida no final dos anos 60, favoreceram para que a década de 70 fosse caracterizada por fortes investimentos na área de pós-graduação. Os reflexos da expansão do ensino superior no Brasil, ocorridos na década de 70, cujas políticas em favor de mais oportunidades na área educacional partiram principalmente da classe média, criaram uma ameaça aos egressos deste nível de ensino, haja vista o crescimento do número de graduados a cada ano. Em decorrência, durante toda a década de 80, o governo adotou uma nova política que exerceu um controle maior sobre o processo de abertura de novas instituições.
Há, nitidamente nesse período, uma acomodação do Ensino Superior, tanto por parte da esfera privada como da estatal. Expressados pela contenção dos processos de expansão, efetivado por meio da burocratização da política educacional que instituía regulamentações, decretos e avaliações, o que dificultava e tornava excessivamente morosos os processos de implementação de novos cursos no caso privado. Enquanto no caso público, a falência do estado condenaria ao contínuo corte orçamentário para áreas como pesquisa e extensão, bem como capacitação dos docentes. O ponto culminante deste período é a falência do estado brasileiro, que segundo os autores não se orientava por uma política de investimentos no setor social, tudo isto em um contexto internacional, de transição de regimes de acumulação do capitalismo mundial.

> movimento, como o **Conass** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde e, após a 8ª CNS, o **Conasems** – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (BRASIL, 2006b, p.60).

Para além das experiências examinadas, no entanto, é possível compreender uma relação que se estabelece entre os componentes articulados pelos mecanismos educacionais que acionam a totalidade, representada pelas políticas e práticas de saúde, revelando potencialidades e um espaço de produção a serem conquistadas (NUNES; 1998). Assim, a discussão que se desenvolve sobre a Política de Saúde está circunscrita, historicamente, às conjunturas sociais, políticas e econômicas que determinam suas transformações. O campo da formação ganha uma importante dimensão, pois

> [...] esse processo, também expresso no interior da luta política, permitiu aumentar o grau de percepção dos **fenômenos contraditórios** que se estabelecem na confluência **do ensino com os serviço de saúde**, reservando à educação um papel definido, ao mesmo tempo de mediador do debate **político e facilitador da capacidade de apreensão da realidade de saúde e das políticas de saúde** (NUNES, 1998, p. 118, grifo nosso).

Com base em Nunes (1998), pode-se avaliar que a implantação das Residências em Medicina Preventiva e Social, Comunitária, Multiprofissional, entre outras em vários Centros de formação do país, permitiu a ampliação da discussão acerca da assistência na Saúde Pública, sobretudo a necessidade da relação do ensino com a organização dos serviços abrindo espaços para um realinhamento da formação. Como dito por Ceccin (2010), as iniciativas de formação profissional em ambientes de trabalho sob o formato de Residência, constituíram-se em experiências significativas para o processo educacional em saúde, pois o sistema de ensino só conhecia a especialização acadêmica, sob o formato de curso, sendo assim

> [...] a formação multiprofissional em serviço se colocaria como estratégia relevante para a conformação de trabalhadores comprometidos e aptos para intervir, com sua ação técnica, política e gerencial pelas mudanças necessárias na produção da saúde (CECCIM, 2010, p.19).

Tais considerações juntamente com a compreensão advinda das críticas referentes aos processos de formação e atenção à saúde como um todo contribuíram para **explicitarem os conteúdos de um novo paradigma: a determinação social das doenças e o processo de trabalho em saúde como base para essas mudanças.**

Este paradigma orientou as proposições do movimento de democratização da saúde.

Entre as Conferências e as legislações, consta como desafio a construção dessa política a partir dos princípios estabelecidos pela Reforma Sanitária e pelo aparato jurídicolegal institucionalizado através da criação do SUS, que acontece em 1988 através da Constituição, mas que vive seu processo de desde antes, na **8ª Conferência Nacional de Saúde**.

A 8ª CNS 1986 teve com o tema a **"Reformulação do Sistema Nacional de Saúde"**- (o Presidente era: **José Sarney** – o Ministro da Saúde: Roberto Figueira Santos – e o Ministro da Educação: Jorge Bornhausen). A 8ª Conferência aconteceu numa conjuntura de intenso debate político, mas foi fortalecida pela participação de mais de quatro mil representantes da sociedade civil, grupos profissionais e partidos políticos, realizada em Brasília, entre os dias 17 e 21 de março de 1986 (BRASIL, 1986).

A 8ª CNS propôs a criação do Sistema Unificado de Saúde (SUS) com o qual se pretendia superar a histórica dicotomia entre saúde pública e atenção médica curativa, unificando-as sob a direção do Ministério da Saúde. Como referência para a constituição do Sistema de Saúde são defendidos os princípios éticos da universalidade, da equidade e da integralidade, visando garantir à população o acesso igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. As relações entre saúde e condições de vida, bem como as questões relativas à determinação social das doenças, problemas e necessidades de saúde ganham espaço para se constituírem nos objetivos da reconfiguração dos modelos de atenção, que deveriam se voltar para a diretriz da integralidade. Além disso, incorporaram-se diretrizes de organização dos serviços a partir de preceitos de regionalização e hierarquização dos níveis de complexidade e as bases para o financiamento da política de saúde pública (BRASIL, 1986).

As decisões e os princípios definidos na 8ª CNS constituíram-se nos fundamentos para a constituição de uma Política Nacional de Recursos Humanos para o setor saúde. Atingir os objetivos para efetivação do SUS significava também estabelecer estratégias de articulação entre os diferentes níveis de formação profissional e os

serviços de saúde, tendo como eixo as interfaces entre os sistemas da educação e da saúde.

Mudanças estratégicas discutidas e debatidas durante a Conferência diziam respeito à urgente melhoria dos processos de formação, qualificação, treinamento e atualização de pessoal e apontavam o papel das universidades através da incorporação dos hospitais universitários ao novo Sistema de Saúde, assim como a formação integrada aos serviços de saúde e a composição multiprofissional de equipes. Esses temas foram posteriormente aprofundados durante a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS) realizada sete meses mais tarde, no período de 13 a 17 de outubro de 1986, também em Brasília (SILVA *et al*; 2009, p. 10).

Essa *Conferência* destacou, especificamente, um quadro vasto com as principais problemáticas sobre o tema. Apesar de toda a produção científica e dos inúmeros eventos, os problemas eram significativos nesta área. As propostas para o campo de recursos humanos incluíam uma extensa pauta de caráter reivindicatório da formação e do trabalho, refletindo o contexto da época:

- a isonomia salarial e o plano de cargos e salários;
- o caráter multiprofissional da composição das equipes;
- a incorporação de agentes populares de saúde remunerados e sob a coordenação do nível local do sistema de saúde, para cumprir demandas de atenção primária e educação em saúde;
- admissão por concurso público;
- estabilidade no emprego;
- direito à greve e sindicalização;
- incentivo à dedicação exclusiva; entre outros.

A Política de RH para a Saúde foi se constituindo entre a **formação** e o **trabalho**, conformando e intermediando a definição e a implementação da Política de Saúde. A Política de Recursos Humanos em Saúde, que começava a se delinear, apresentava, portanto, como desafio a dualidade de temas/objetivos e suas necessárias interrelações para a integração destas duas vertentes **no plano da execução e gerenciamento** da mesma política. Como por exemplo, a necessidade de atender aos serviços com demandas da atenção primária e educação em saúde num contexto em que a formação se pautava pelo modelo médico, centrado na doença e no hospital.

A temática referente ao trabalho, no campo da saúde, demonstrou

> [...] as transformações e crises acumuladas ao longo das diversificadas e desarticuladas políticas de saúde e educação. Mais ainda, configurava a crise econômica e social que se apoiava no setor Saúde como importante gerador de empregos (CAMPOS; PIERANTON; MACHADO, 2006).

A área de ensino/formação também foi atingida pelas crises e reformas introduzidas pelo Governo, nesse contexto.

> **Na dinâmica organizativa, destaca-se a reforma universitária e numa perspectiva de interferência no modelo de formação profissional, a reforma do ensino médico**, que através da implantação dos Departamentos de Medicina Preventiva, iniciam processos de mudanças em relação a práticas anteriores, mais distantes da problemática global da saúde, até então estabelecida como preocupação precípua do médico (NUNES, 1998, p. 123).

Para Silva et al (2009) esse quadro se justificava a partir da submissão das políticas do trabalho e da formação da força de trabalho aos *interesses empresariais lucrativos*, tanto do sistema de ensino quanto da prestação da assistência. As consequências são uma série de problemas apontados na fragilidade das propostas de mudanças diversificadas e desarticuladas das políticas de saúde e educação, que vão desde a má distribuição sócio-regional da força de trabalho, passando pela inadequação do perfil profissional diante da realidade social, até a flexibilização das relações de trabalho, dificultando a convergência e interação das questões relativas aos dois campos.

No que confere ao ensino e as instituições prestadoras de serviços a questão da ausência de objetivos comuns; da inadequação curricular à realidade dos serviços; a lógica privatizante do setor e a ausência de uma participação mais efetiva das instituições prestadoras de serviços de saúde junto ao setor educacional foram apontadas como causadoras de distorções entre o perfil profissional formado e aquele que atenderia às reais necessidades dos serviços de saúde (SILVA et al; 2009, p. 9).

O Relatório final da CNRHS traz especificamente no item 2 “PREPARAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS; 2.2 – Ensino de Graduação; 2.2.1” – um “Diagnóstico das Instituições de Ensino” que reflete a imensa tarefa/desafio para a constituição de uma política de formação.

> Especificamente em relação **às instituições de ensino superior**, foi diagnosticado, naquele momento histórico, que as mesmas **mantinham uma estrutura complexa, autoritária, burocrática e centralizadora; espelhavam e reproduziam a estrutura de classes que as sustentavam; estavam desvinculadas do real social**; mantinham cursos criados em função de seus grupos ou classes hegemônicas; sofriam um sucateamento no plano físico e material que se refletia na prática didático-pedagógica. Na área da saúde, ao servirem os interesses das classes dominantes, afastavam-se cada vez mais dos problemas do conjunto da população, disso **resultando a disjunção teoria/prática, cujo enfoque era claramente individualista, hospitalar e privatizante**. (SILVA et al; 2009, p. 9 e 10, grifo nosso)

A discussão sobre a função do ensino para formação do novo sistema de saúde se deu pela importância da construção de uma nova relação entre o setor acadêmico e a reorganização dos serviços de saúde e, por conseqüência, a realização e defesa do projeto da Reforma Sanitária. As proposições feitas a partir dessas constatações estamparam o problema da educação, sobretudo no âmbito político e educacional.

Especificamente para interesse desse estudo, destacam-se da 1ª CNRHS proposições com relevância para a abordagem sobre a Residência Multiprofissional. Assim:

*- A estratégia de integração docente assistencial, também denominada **integração ensino-serviço**, pode se constituir num importante mecanismo de reorganização dos serviço;.*

*- Para o desempenho **dos hospitais de ensino**, seria preciso compreender, para transformar, o que foi explicitado no item **2.5.3 – Hospitais de Ensino** (p. 35)*

> [...] os hospitais de ensino são mantidos por recursos públicos, mas acabam preparando profissionais para a rede privada de serviços de saúde, processo este muitas vezes sustentado pela maneira como se organizam os departamentos das escolas da área de saúde. **Para que esses hospitais assumam o papel que lhes cabe o Sistema Único de Saúde, algumas transformações se fazem necessárias.** É sabido que essas transformações dependem de mudanças políticas que levem à priorização dos setores sociais na destinação de recursos orçamentários, superando a situação atual de insuficiência e concentração dos recursos públicos no setor privado de assistência [...] (BRASIL, 1986b, 35).

*- A capacitação dos profissionais deve ser para **atuação multiprofissional**, bem como para a educativa, permitindo que a população tenha acesso a informações e conhecimentos, como pré-condição para que exerça seu controle sobre as ações dos professores e profissionais na área de saúde. Desta forma, será necessário preparar um profissional competente para atuar no sistema integrado de ações de nível primário, secundário e terciário, que **valorize o trabalho multiprofissional** e a atuação do pessoal de nível médio e elementar [...] (BRASIL, 1986b, p. 27)*

Os perfis de formação deveriam ganhar uma dimensão social, um caráter histórico e sair do hospital, como único pólo formador (SILVA et al; 2009, p.10). Aspectos importantes deveriam ser associados à formação, como: a integração ensino/serviço, a composição de trabalho multiprofissional e a definição do papel das instituições de ensino para a estruturação do Sistema de Saúde. Para o equacionamento dessas questões, foram encaminhadas proposições no sentido de que o Estado assumisse sua responsabilidade para com a educação.

As proposições para área da educação foram muito claras e objetivas, expressando a concepção do projeto da Reforma Sanitária em seus aspectos político e ideológico. No entanto, o posicionamento quanto ao ensino sofrem com críticas que consideram não ter havido uma avaliação mais profunda quanto aos encaminhamentos que foram assumidos.

> Como o perfil dos profissionais está relacionado às exigências do mercado de trabalho, o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde com subordinação do setor privado e acesso igual e universal a toda a população, influirá no processo de formação futura dos profissionais. As medidas efetivas da política de saúde têm mais força do que a intenção dos indivíduos (BRASIL, 1986b, p.28).

Entretanto, por essa determinação, segundo análise de Ceccim (2008), pagou-se um preço caro.

> Na verdade, as relações entre mercado de trabalho, prática profissional, estrutura acadêmico administrativa dos cursos e prática educativa são constituídas de inúmeras conexões, co-produção e co-engendramento. O conceito de determinação mostrou-se inadequado e a co-produção ou o coengendramento foi o recurso dos oponentes, dos reacionários à mudança, enquanto os militantes tiveram de descobrir novas naturezas conceituais, muitas delas presentes justamente na Educação (CECCIM, 2008, p.15).

Em resumo, como observado por Silva et al (2009), a 1ª CNRHS consolidou as análises até então realizadas sobre a temática e propôs uma agenda para o movimento da Reforma Sanitária no tocante à questão da constituição da força de trabalho para o setor saúde, a ser cumprida como condição para a desejada implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém sem um movimento mais incisivo junto à área educacional.

No entanto a Conferência contribuiu para que, na seqüência, a Lei Nº 8.080/90 explicitasse a necessidade de articulação entre as esferas de governo para a

formalização e execução da política de recursos humanos. Os dispositivos legais apontaram para responsabilidades, competências e necessidade de discussão e pactuação para melhor regulamentação, no sentido de garantir adequada formação profissional, direitos trabalhistas e, ao mesmo tempo, instrumentos de gestão do trabalho.

A construção da Política de Saúde na década de 1990 se fez, entretanto, no contexto de realidades e demandas sociais distintas que se transformaram ao longo do tempo. Para as políticas de recursos humanos as perspectiva frente à reforma setorial se debateu com cenários e tendências não favoráveis à área e que já estavam em curso no país.

3.2 - A "década perdida" para os recursos humanos da saúde e as repercussões para a RMS - Anos 1990

Os anos 1990 iniciam com a ***Lei Orgânica da Saúde - lei 8080/90 e 8142***[54], que regulamentou e detalhou os objetivos, os princípios, as diretrizes, a organização e a gestão administrativa e financeira do Sistema Único de Saúde (SUS). A LOS definiu competências em cada nível de governo, delineou a questão dos recursos e do controle social, exercido por duas instâncias colegiadas: as Conferências e os Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990a e 1990b).

Do ponto de vista jurídicolegal, a ação educativa ficou determinada à gestão do SUS através da competência pelo **ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde** (CF, art.200, III) e foi regulamentada pela LOS - no CAPÍTULO I Dos Objetivos e Atribuições, Artigo 6º, confirmando a necessidade de mudança nas práticas de saúde constituinte desse projeto político. Isto implica em alterações significativas no processo de intervenção estatal nos ***planos do trabalho e da formação como ação educativa*** dos profissionais dessa área.

A ação educativa se apresenta como formação e como desenvolvimento dos trabalhadores, porém com concepções distintas de intervenção estatal. Ceccin et al (2002) tecem as principais características entre elas:

[54] Lei 8.080 de setembro de1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1991 e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

- ***o desenvolvimento se refere:*** à educação de profissionais durante sua experiência de emprego no setor e aparece, nos vários documentos citados sob diferentes designações, tais como educação contínua ou continuada, educação permanente, reciclagem, capacitação, aperfeiçoamento, treinamento e motivação;
- ***enquanto a formação se refere:*** à educação formal que gera uma certificação/habilitação profissional específica, podendo estar voltada ao pessoal inserido no serviço ou não, aparecendo, geralmente, sob esta mesma designação ou sob a identificação dos programas e cursos de educação profissional, educação superior e educação pós-graduada. (CECCIN *et al*, 2002, p. 374).

Inicia-se, assim, uma aproximação/compreensão do quadro organizativo para construção da política de recursos humanos, como pode ser observado na figura 2.

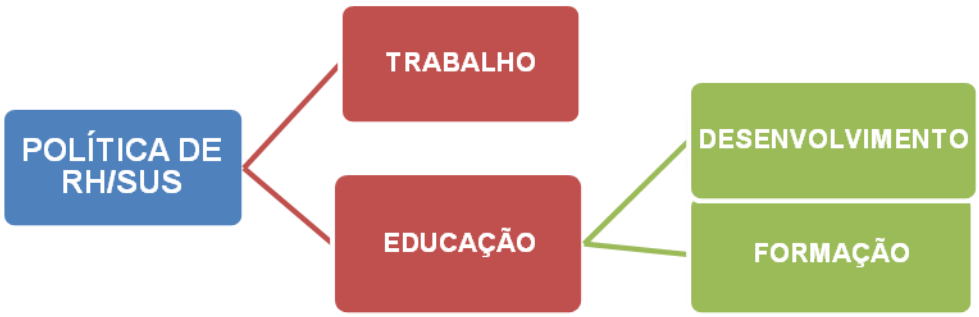


Figura 3: Processo de construção do quadro organizativo da Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde. (Estruturado pela autora)

Ao conceber a área de formação/desenvolvimento como a ação educativa e de gestão como ações relacionadas ao trabalho, concepção cuja base se encontra no pensamento reformista, aparece na forma da lei que os órgãos gestores do SUS estruturem mecanismos de atuação que dêem conta de ambas as funções de forma a marcar a indissociabilidade entre elas. Para Closs (2010) essa estratégia política teve como objetivo criar uma lógica para a formação e para o trabalho em saúde, onde o compromisso com a valorização do trabalhador da saúde está associado à qualificação da atenção a saúde.

Nesse sentido é preciso retornar ao plano da concepção da realidade histórica, onde se situam o trabalho e a educação. É na medida em que se compreendem as determinações do modo de produção capitalista, em que o homem vale enquanto

força de trabalho, entende-se a hegemonia da educação que se dá na preparação do indivíduo para inserção no mercado de trabalho. Contudo, as relações sociais no universo do mundo capitalista não são hegemônicas, pois a totalidade dos processos que as institui é marcada por intensas contradições. A contradição se expressa desde o primeiro momento em que se estabelece a relação entre capital e trabalho, marcado por intenso antagonismo.

> Se, por um lado, o trabalho é um fenômeno ontológico do ser social, a complexidade resultante do próprio trabalho fez com que a reprodução do ser social exigisse o surgimento de esferas de atividade, com uma especificidade e legalidade próprias, - tais como arte, religião, política, ciência, direito, educação, etc., - que cumprem cada uma, determinadas funções nesta reprodução. É claro que, numa sociedade marcada por conflitos antagônicos, todos estes momentos serão também perpassados, mesmo que com inúmeras mediações, pelo antagonismo social (TONET, 1999, p.04).

Daí a necessidade do fortalecimento do pensamento crítico na formação dos profissionais de saúde de forma a ampliar a visão de mundo, possibilitando ultrapassar o conhecimento técnico-científico específico de cada profissão (ALBUQUERQUE; GIFFIN, 2009). As instituições de ensino superior como observa Chauí (2003), são cenários dialéticos privilegiados para debates e reflexões que exprimem divisões e contradições da sociedade, tornando-se assim espaços primordiais para esse processo de formação.

Ao entender a educação como espaço de reflexão e de luta entre projetos distintos de sociedade, a idéia central das propostas de mudança, ensejada pelas idéias reformistas na educação e no trabalho, é a aproximação da formação com as necessidades sociais de saúde. Considerando-se o SUS como o maior mercado de trabalho em saúde no Brasil[55], deve-se reconhecer que é no cotidiano dos serviços de saúde que o conhecimento proposto pelo novo Sistema ganha materialidade. Consequentemente, um novo perfil profissional passa a ser exigido para o setor, diferente da realidade dos que vinham sendo formados por grande parte das instituições de ensino (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

Muitas expectativas para produção dessas mudanças, idealizadas com base em um movimento social, giravam em torno da regulamentação do SUS, através da Lei

[55] No Brasil dados revelam que a força de trabalho na saúde compreende 1,5 milhões de profissionais da saúde registrados em conselhos profissionais. A rede do SUS é o principal empregador do país (ALMEIDA-FILHO, 2011).

Orgânica da Saúde. Havia uma motivação gerada pelo contexto político que permitia, pela primeira vez depois de mais de vinte anos, um governo democraticamente eleito. Mas a conjuntura política do inicio da década de 1990 foi de instabilidade cujo resultado foi o processo de cassação do Presidente da República[56].

Em meio às disputas dos projetos políticos, a LOS reafirmou que os órgãos gestores deviam formalizar e executar uma política de recursos humanos, sendo um dos seus objetivos a organização de um sistema de formação em todos os níveis, inclusive pós-graduação, além de programas de aperfeiçoamento permanente, que expressassem a indissociabilidade dos papéis de gestão e formação no âmbito direto do SUS (CECCIM *et al*, 2002). Para a formação de recursos humanos na LOS, como prerrogativa da Política de Saúde para definição de um sistema mediante o modelo de atenção universal, descentralizado, integral e participativo, de acordo com que o SUS preconizava, consta:

– *a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde;* (Artigo 6º***: III)***
- a criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional*, **subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde**, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.* (Art. 12.)

- ***a criação de Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde*** *e as instituições de ensino profissional e superior.* (Artigo 14)

- o exercício, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito administrativo, das seguintes atribuições: IX – participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; (Artigo 15)

- a formalização da política de recursos humanos na área da saúde que será executada articuladamente pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I – ***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; (*Artigo 27***)**

Parágrafo único: Os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e pesquisa, mediante normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional*.*

[56] Governo Collor de Melo (de 1991 a 1994).

- ***As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional,*** *[instituída junto ao Conselho Nacional de Saúde] garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.* **(Artigo 30*).***

Com as definições da LOS a compreensão/organização da formação ganha novos contornos. A Figura 3 constitui-se numa forma metodológica de demonstrar o processo que ora se formava, pois a prerrogativa político-ideológica que marca o desenvolvimento do projeto de saúde, como uma política pública vislumbrava a indissociabilidade dos papéis de gestão e formação. Não obstante, o caminho percorrido, principalmente na organização dos serviços assistenciais, sofre com as consequências da dicotomia e fragmentação das ações que persistem durantes esses longos vinte anos, apesar de estar constitucionalmente sob um comando único.

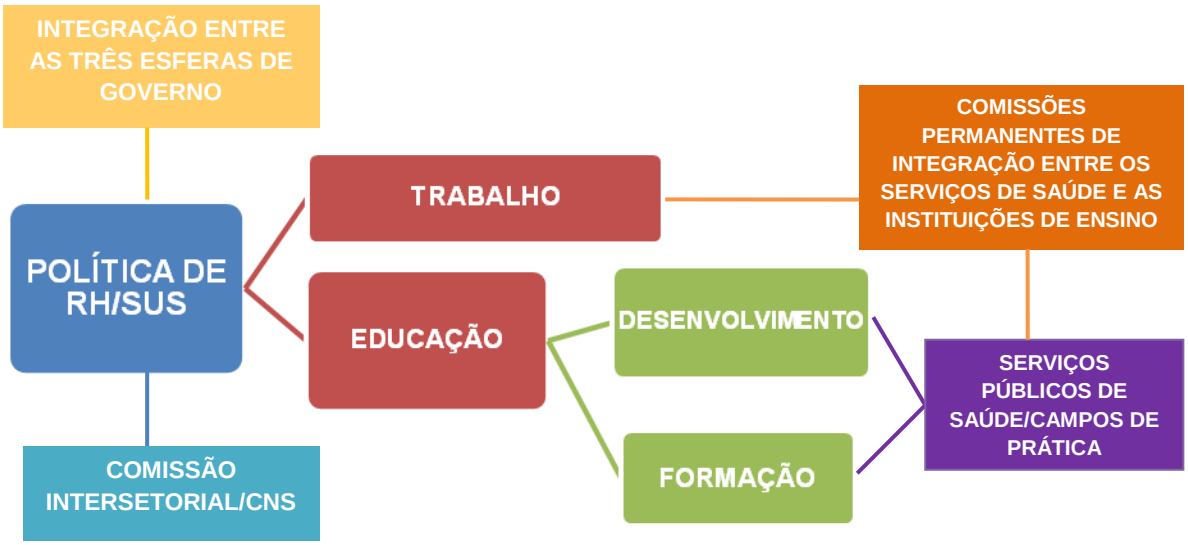


Figura 4: Processo de construção do quadro organizativo da Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde - LOS. (Estruturado pela autora).

Com base em Ceccim et al (2002), essa configuração permite entender, com a ajuda do artigo 30 (exposto acima), referências aos **programas de residência** que os colocam sob o domínio do Conselho Nacional de Saúde, regulamentando sua interação e assegurando sua inserção à gestão do SUS. E o artigo 45 reafirma os hospitais universitários e de ensino como integrante do Sistema Único de Saúde

(SUS)[57]. Contudo, a política de desobrigação do Estado pelo financiamento desses programas foi instalada com força a partir do final dos anos 1980 e durante os anos 1990, como observado anteriormente. Também nesse processo das residências a falta de uma diretriz que estabelecesse a compreensão de que se trata de cursos que dependem de autorização e de continuada supervisão para a devida qualificação profissional, fez com que muitos desses programas de residência fossem fechados ou não tivessem continuidade.

Porém, de forma geral, para a área de Recursos Humanos as determinações da LOS apontavam para a reorientação da política de Saúde indicando tanto as reformulações necessárias para as mudanças quanto demandando a incorporação de questões que vão desde relações trabalhistas à formulação e implementação de políticas de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores. Esse processo ocorrerá de forma processual, junto à implementação do SUS, com todos os avanços e retrocessos marcados pelas ofensivas que o Sistema de Saúde irá enfrentar diante das perspectivas políticas e econômicas neoliberais que abrem a década de 1990.

Logo no início dessa década, **em 1992, ocorre a 9ª CNS**. O momento político era de intensa tensão, principalmente em decorrência dos péssimos resultados da política econômica especialmente no combate ao processo inflacionário, da falta de uma base de apoio parlamentar e de uma série de escândalos de corrupção envolvendo o Governo Collor de Melo (de 1991 a 1994). O discurso e as limitações dos gastos públicos atingiram a todos os setores do governo, inclusive o da saúde (SILVA *et al*, 2009).

Um intenso debate sobre a crise do Estado e do Governo fez parte integrante dos temas e postos em análise nessa Conferência, o tema central da 9ª CNS foi - ***"Municipalização é o Caminho"*** - (o Presidente à época era **Fernando Collor de Melo***,* o Ministro da Educação, **Eraldo Tinoco Melo** e o Ministro da Saúde, **Adib Domingos Jatene).** Foram muitos os efeitos ocasionados por esse contexto para a área de RH do SUS, sobretudo pelo desenvolvimento da concepção neoliberal que

[57] **Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram–se ao Sistema Único de Saúde (SUS),** mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados (Lei 8080/Art. 45).

se expandiu a partir da década de 1990. O relatório final da 9ª Conferência apresentou uma avaliação contundente sobre as consequências para a área de formação da saúde:

- ***Ausência de uma política de recursos humanos*** *que garanta salários dignos, condições adequadas de trabalho e a qualificação necessária, bem como* ***a ausência de uma política que propicie a integração do aparelho formador com o sistema de prestação de serviços*** *(BRASIL, 1992, p. 32).*

- ***Absoluta falta de apoio político-financeiro à Universidade brasileira****, que se encontra sucateada e deficiente em seus quadros, acarretando a formação inadequada e insuficiente de recursos humanos para o setor saúde (BRASIL, 1992, p. 32).*

A 9ª Conferência buscou refletir, dentre os assuntos em pauta, que para implementar o SUS, **seria necessário assegurar políticas para a formação profissional.** Enfatizou a regulamentação do artigo 200 da Constituição Nacional quanto à ordenação de recursos humanos. As recomendações feitas nessa conferência serviram de subsídios para a realização da II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS), em1993.

A ampliação da concepção de saúde realizada pela reforma sanitária juntamente com o processo de descentralização e municipalização da saúde, acelerado a partir dos 1990, questiona a experiência e o treinamento. A prática educativa dominante dentro do setor de saúde é, em grande parte dos serviços, a experiência cotidiana individualizada por meio de treinamentos organizados por núcleos, cuja concepção está pautada no modelo flexneriano[58] de formação em saúde.

Porém, o objetivo das proposições são que os profissionais devem ser formados não apenas para compreender o seu papel individual como membro da equipe de saúde, mas, principalmente, atuar coletivamente na gestão do sistema, na sua organização e controle (LIMA, 2008, p. 11). Observa o relatório da Conferência que seria "[...] **necessário a adequação dos currículos dos cursos da área da saúde e a articulação de seus serviços** com as funções de ensino, pesquisa e extensão com

[58]O projeto de avaliação do ensino médico nos Estados Unidos da América, empreendido em 1910 por Abraham Flexner, gerou além de uma teoria científica da educação superior em saúde, uma teoria da avaliação em educação (CECCIM, 2008). A concepção de ensino resultante do Relatório Flexner ganhou hegemonia na profissionalização pelo ensino universitárioque se expressa através atenção individual, da especialização, da tecnologização e da atenção à saúde centrada na doença e no hospital, predominantes, até então, nas práticas de saúde.

o projeto de implementação do Sistema" (BRASIL, 1992, p. 28). Desse modo, o ensino em saúde deveria estar associado à organização científica do conhecimento e a participação na organização dos sistemas de saúde relacionando-se diretamente com a integração entre as estruturas de formação e as estruturas de incorporação de profissionais (CARVALHO; CECCIM, 2006, p, 111).

As transformações em curso, especialmente na atenção primária, reforçaram a necessidade da integração com a formação. O conselho aprovou documento do "Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde", que já vinha se efetivando a partir de diversas experiências. Desenvolver conceitos como o da promoção da saúde, intimamente relacionado à compreensão do conceito ampliado de saúde, se tornou fundamental.

A Conferência, nesse sentido, ressaltou que a gestão do sistema conduzisse a formação para *profissionais com visão integral, comprometimento social e formação geral e a atuação de equipes multiprofissionais nas unidades do SUS.* O **tema Residência** aparece como parte da formação profissional no interior dessa política. As experiências que vinham se efetivando são valorizadas e reiteradas, ao mesmo tempo em que são demandadas ampliação de vagas e de profissões. São posições defendidas para a efetivação do novo modelo da saúde, porém num já ameaçado início pela questão do financiamento e pelas precárias relações de gestão e trabalho.

Quanto à gestão do Sistema, as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB)[59], que são instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da União para estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros, começam a serem editadas nesse período. Sob o argumento da inviabilidade conjuntural de regulamentar o artigo 35 da Lei 8.080 - que definia o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde - o governo instituiu, pela NOB/91, outra lógica de financiamento e, consequentemente, de organização do SUS, criando um sistema de pagamento por produção de serviços.

[59]Nos últimos 20 anos foram lançadas normalizações pelo Ministério da Saúde: NOB 91/92, NOB 93, NOB 96, NOAS 2001/2002 e Pacto pela Saúde58, que definem: 1) as atribuições dos gestores sobre planejamento, pagamento, execução, controle, avaliação e auditoria dos serviços prestados no âmbito do SUS; 2) os mecanismos de relacionamento e espaços de negociação entre os gestores do SUS; 3) as responsabilidades e as prerrogativas financeiras associadas às condições de gestão dos estados e municípios (DRAGO; 2011).

Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, nos moldes existentes para o pagamento de prestadores privados, impondo um modelo de atenção à saúde voltado para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados (MOURÃO *et al*, 2007).

O eixo da política econômica adotada pelo governo passou a ser o ajuste estrutural baseado na diminuição do papel e intervenção do Estado e no favorecimento da iniciativa privada. “Assim, enquanto a reforma sanitária tem uma proposta nitidamente estatizante, o projeto do governo tem uma perspectiva fundamentalmente liberal-privatista” (LOBATO, 2000, p. 24). O trabalho em saúde passa a conviver com uma lógica rígida, como a racionalidade dos critérios da produção material, com a normalização técnica e a avaliação de sua produtividade. Há um comprometimento do serviço público com o faturamento, com a otimização da relação custo-benefício, com a quantidade e não com a qualidade da atenção prestada à população (LIMA, 2008).

Do mesmo modo que o Setor da Saúde, a Educação, como parte do setor terciário da economia, também está exposto aos mesmos impactos do processo de ajuste macroestrutural. A concepção abrangente que aliava formação e participação para a construção coletiva do sistema, não encontrava espaço para transformar a concepção restrita de cunho individualista e voltada prioritariamente à noção de competência. Esta passou a ser, como observa Elias (2008), rapidamente assimilada, mas de forma absolutamente acrítica e ahistórica, forçando-a a se adequar não às necessidades da formação, mas às necessidades do mercado de trabalho. Observa-se, assim, a interferência de organismos internacionais, como o Banco Mundial, fundamentando a necessidade de privatização dos serviços, tanto da educação como de saúde. Na saúde, parte da definição de que a saúde é um bem privado porque é consumido por indivíduos privados.

> É toda uma construção lógica que, junto com outras justificativas, **tem o propósito de destruir o conceito dos direitos sociais e, particularmente, o direito à saúde,** pois é uma condição indispensável da privatização e da mercantilização dos serviços de saúde, visto que, a rigor, não é possível reconhecer esse direito sem especificar simultaneamente as correspondentes obrigações sociais e públicas (LIMA, 2008, p. 14, grifo nosso).

Desafiaram-se, dessa forma, os pressupostos da implementação do SUS que passavam prioritariamente pelas mudanças financeiras, políticas e técnicoassistencial, esta a ser desenvolvida pelos profissionais da saúde, nos campos dos serviços e da formação. As residências multiprofissionais, enquanto modalidade de ensino em serviço não encontrou espaço para se desenvolverem dentro dessa lógica de produção de saúde e de educação.

Nos processos educativos dos profissionais de saúde, as discussões suscitavam mudança social, especificamente na política de saúde para concretizar os paradigmas do 'fazer saúde' vinculados aos determinantes sociais, portanto, negavam os informes flexnerianos. Foi este modelo de formação que contribuiu para estruturação do complexo médico-industrial, respaldado em normas que privilegiavam a contratação de serviços privados e orientavam para a geração de lucro, consolidado nos anos 1970 e 1980. A operacionalização dos serviços de saúde submetidos ao modelo de atenção universal, descentralizado, integral e participativo, encontrava grande resistência.

Diante de todo esse contexto, no Relatório Final, a Carta da 9ª CNS com o título "Fora Collor", reafirma o SUS, condena a reforma fiscal da forma como o governo a estava encaminhando e aponta para a construção de estratégias de repasses de verbas aos estados e municípios, com eliminação das transferências negociadas entre União, estados e municípios. A Carta afirmou que o modelo econômico do Governo inviabilizava as políticas sociais, principalmente por apontar para a privatização da Saúde e da Previdência, desse modo a Conferência defende que o modelo econômico deve ser compatível com o que foi determinado constitucionalmente como deveres do Estado, de forma que possa atendê-los (BRASIL, 1992, p. 8). Nesse clima de indignação, a 9ª CNS recomenda que sejam debatidos na **2ª CNRHS** os desafios éticos frente às necessidades de saúde, que seria realizada em seguida, **em 1993**.

A *2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS)* aconteceu ainda na vigência do Governo Collor de Melo. A Conferência de RH trouxe logo de início, considerações do que lhe foi atribuída pela 9ª CNS como "desafios éticos"**.** As decisões e opções nos planos políticos, econômicos e sociais são questionadas sobre quem estaria sendo beneficiado diante do processo dos avanços conquistados

pelo ser humano. Surge a pergunta: serão todos, ou exclusivamente a elite? A resposta vem numa contundente crítica ao momento social em que se encontrava o país.

- Neste caso, como tem acontecido, esta-se-á construindo um verdadeiro "apartheid" social, onde coexistem dois mundos sociais distintos: um destinado à miséria, à indignidade e à exclusão dos benefícios sociais; o outro, dos algozes do primeiro, numa relação perversa e trágica para o futuro da natureza e do país (BRASIL, 1993, p. 08).

No âmbito da saúde estariam várias possibilidades de enfrentamento dessas questões, como na melhoria da qualidade e das condições de vida. Para isso a prática dos trabalhadores da saúde deveria ser consciente, politizada, tecnicamente correta e eficiente. Nesse sentido, a Conferência considera que as práticas em saúde "[...] confere a esse segmento de atores sociais [trabalhadores] uma possibilidade ímpar de apreensão dessa realidade com agudeza e concretude, o que lhes impõe um imperativo ético objetivo e uma responsabilidade social intransferível" *(BRASIL, 1993, p. 08).*

Com esse posicionamento a Conferência estabelece o objetivo central do encontro de 1993:

- A conquista das condições para exercer com competência e dignidade o trabalho em saúde, objetivo central da Conferência, deve estar pois, solidamente vinculada ao compromisso social dos trabalhadores de saúde, na construção permanente de uma nova ética nas relações do SUS com a população, especialmente aquela mais atingida pelo processo de exclusão social (BRASIL, 1993, p. 08).

O quadro geral da política de recursos humanos, depois de quase uma década, desde as primeiras considerações feitas pelo Movimento Sanitário, em quase nada havia se modificado (SILVA *et al,* 2009). A Conferência reconhece que a Política de RH era praticamente inexistente e quando existiam, as demandas sociais majoritárias não eram consideradas na sua formulação. Os desafios, dificuldades e enfrentamentos são expostos como intimamente ligados à possibilidade de construção do SUS de modo geral, pois o processo de constituição é o mesmo.

O processo de descentralização estava em curso. Esta Conferência apresentou uma preocupação, referente àquele contexto, na qual grande parte das unidades operava sem uma mudança do modelo de atenção, funcionando apenas a transferência dos

problemas para o nível local. Considerações são feitas à política e ao financiamento inadequado, observando que esses são um dos motivos que geravam a falta de autonomia dos gestores para a implementação do SUS, somado às interferências dos setores privados e político-partidários ao processo.

No campo da formação de recursos humanos a Conferência evidenciou um quadro nada promissor: - ***expansão desordenada do aparelho formador****; - má distribuição geográfica do aparelho formador com concentração em grandes centros urbanos; - número ainda reduzido de cursos preocupados com a esfera pública municipal.* Dados desse período apontavam que a distribuição regional dos cursos de graduação em saúde era heterogênea. A região Sudeste concentrava a maioria dos cursos de todas as carreiras (53%), em uma proporção que variava entre 47% e 59%, enquanto que a menor concentração estava na região Norte (de 2% a 7%) e a oferta de cursos de nível superior em saúde pela esfera municipal praticamente inexistia, apenas 4 (quatro) em 1991(BRASIL, 1993, p. 24).

Aliados a esses aspectos, - *a baixa remuneração dos recursos humanos e as condições de trabalho desfavorável (BRASIL, 1993, p. 08),* acrescentou-se a desmotivação dos trabalhadores decorrente das práticas que favoreciam a alienação dos processos de saúde, devido em grande parte aos planejamentos verticais e de atividades rotineiras que não propiciavam a interação entre os serviços e os trabalhadores. A Conferência questiona: - *A formação de recursos humanos desconsidera questões como:* ***quem*** *está formando?* ***para quem*** *está formando?* ***para o quê*** *está formando? (BRASIL, 1993, p. 14).*

Algumas respostas a essas questões são apresentadas pela Conferência como resultado da política neoliberal que passou a orientar o processo de reforma do Estado. As consequências só foram aumentando com a deterioração e o sucateamento do serviço público, a diminuição do financiamento da área social e a tendência à sua privatização.

Especificamente no âmbito da formação acadêmica, a falta de relação da universidade com a realidade de saúde da população brasileira e aos projetos da Reforma Sanitária e do SUS contribuiu ainda mais para aumentar o quadro de dificuldades relacionadas ao processo de construção do sistema de saúde. O

modelo de educação continuava compartimentalizado, faltavam aos trabalhadores instrumentos técnico-científicos e políticos para uma adequada leitura da realidade social, sob a ótica dos interesses populares. Diante de uma análise do quadro de formação, são reafirmadas as proposições quanto a

*- **interação entre as instituições formadoras de recursos humanos e as instituições prestadoras de serviços de saúde**; - a defesa da universidade pública, gratuita e autônoma e o estabelecimento de mecanismos que promovam a sua efetiva articulação com o SUS; - a participação das universidades, especialmente as públicas, no SUS, mediante a elaboração de atividades conjuntas com as Secretarias de Saúde nas áreas de: ensino de graduação, pós-graduação e educação continuada, pesquisa, avaliação de serviços e programas de saúde, bem como a **adequação e a inclusão dos Hospitais Universitários no SUS** (BRASIL, 1993, p. 14).*

Destaca-se também nessa Conferência a defesa da revisão e avaliação dos ***currículos dos cursos*** *da área de saúde,* ***fundamentando-os na interdisciplinaridade, na multiprofissionalidade e na articulação ensino/serviço****,* tendo como referência a realidade epidemiológica e demográfica da região e como eixo nucleador o compromisso ético e político dos profissionais com a população; (BRASIL, 1993).

A 2ª CNRHS reafirma, dessa forma, a compreensão dos pressupostos para as mudanças do modelo de saúde. A preparação dos recursos humanos em saúde deve ser adquirida seguindo uma intensa interface com as políticas de educação. Para isso, a configuração e a integração da relação entre os serviços de saúde e educação e o trabalho multiprofissional são novamente demarcadas como um princípio nuclear das políticas de recursos humanos para a saúde. Nesse contexto, a 2ª CNRHS reitera, de acordo com as Conferências anteriores e com a Lei 8080/90:

*- a manutenção de Programas de Residência Médica pelas unidades do SUS, com **ampliação no número de vagas e criação de residências para as demais categorias profissionais da área da saúde**, conforme critérios e normas definidas pelos Conselhos de Saúde/Comissões Intersetoriais de Recursos humanos em Saúde;*
- reestruturação dos programas de Residência Médica, com vistas a sua adequação às necessidades de implantação do SUS (BRASIL, 1993, p. 27).

Assim, a 2ª CNRHS, enfatiza que deveria haver avanços no processo de implantação de políticas sub-setoriais, como os programas de Residências, pois muito já havia sido construído e definido como necessidade para implementação de um novo modelo de saúde. Porém, não obteve adesão dos gestores das três esferas de governo, nem da área de recursos humanos. Especificamente **no âmbito da formação acadêmica, a pouca adesão da universidade à realidade de saúde da população brasileira e aos projetos da Reforma Sanitária e do SUS** contribuíram ainda mais para aumentar o quadro de dificuldades relacionadas ao processo de construção do sistema de saúde. Entretanto, a questão referente a participação dessa Conferência chamou a atenção para a necessidade de ratificação do SUS diante da "[...] caótica situação dos serviços de saúde e das práticas profissionais, que comprometia a própria idéia do SUS, esgarçando seus apoios e minando os pilares de sua sustentação" (BRASIL, 1993, p. 29).

O apoio e a sustentação do SUS passa pela participação da sociedade, defendida entre as lutas sociais da década de 1980. Com a agenda de "reformas" de cunho noliberal, implementada pelo Governo e defendida pelas agências internacionais, segundo Bravo e Oliveira (2004), a estratégia do *grande capital* passa a ser o acirramento de críticas às conquistas sociais da constituição de 1988. As estratégias assumem características de uma cultura política da crise cujo objetivo estava em formar uma ideologia, valores e representações que procurava tornar consensual os objetivos da nova ordem burguesa. Para isso usavam da desqualificação de posições contrárias "[...] com a intensão de construir um modo de integração passiva à ordem do capital, desmobilizando e despolitizando as lutas sociais e políticas" (BRAVO; OLIVEIRA, 2004, p. 5).

Os resultados são demonstrados na fragilidade dos movimentos sociais diante das ofensivas da contrarreforma[60]. Mas, as resistências continuaram e se deram no nível dos Conselhos e em algumas Conferências. A concentração em torno da agenda de lutas estava voltada para a implementação do SUS, que exigia um grande desempenho dos Conselhos, que também enfrenta seus antagonismos. No entanto,

[60] Para Bravo e Oliveira (2004) os movimentos sociais adotaram uma postura defensiva na década de 1990. Os fatores determinantes para essa atitude foram as mudanças na esfera do trabalho, através da reestruturação produtiva e as concepções pós-modernas que enfatizavam o local desvalorizando categorias mais gerais como a totalidade social. É nesse sentido que os movimentos passaram a guiar as suas ações em decorrência da agenda governamental, o que segundo Bravo e Oliveira (204), irão diferir das ações do movimento na década anterior, onde os movimentos populares formulavam sua própria agenda, articulados aos trabalhadores seguindo suas próprias proposições.

segundo Bravo e Oliveira (2004), não foi possível assumir a defesa das reformas sociais mais amplas defendidas pela Reforma Sanitária.

A defesa de uma política nacional de FRHS voltou a ser debatida por ocasião da **10ª Conferência Nacional de Saúde**, demonstrando a sua importância nesse contexto de fragilização dos movimento sociais, em que era necessário concentração das forças políticas e sociais para a implementação do SUS. Essa Conferência foi realizada em 1996, na capital do país, com o tema - "**SUS - construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida**"- (o Presidente era Fernando Henrique Cardoso, tendo como Ministro da Educação, Paulo Renato Souza e Ministro da Saúde: Adib Domingos Jatene). Um ano antes, em 1995, Fernando Henrique Cardoso assume o governo. Aprofundando o neoliberalismo e com ele os fundamentos do próprio Estado.

A posição do governo pela redução da função e do papel do Estado em favor do mercado dificultava a operacionalização do sistema e agravava a crise do financiamento. Somente em 1993 aconteceu a extinção do INAMPS, porém, segundo Lobato (2000) já havia eclodido, a partir de então, uma crise no financiamento da saúde com a decisão do Ministério da Previdência Social de não mais repassar verbas para o Ministério da Saúde. A escassez de leitos nos grandes centros urbanos passa a ser uma constante. Vários hospitais filantrópicos começam a criar planos próprios de saúde, atuando no campo da medicina supletiva (LOBATO, 2000). Decisões como essa leva a Conferência a se pronunciar quanto à condução do Sistema de Saúde, uma vez que se tencionavam os serviços públicos, com a limitação do financiamento, a seguir os mesmos passos:

- O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os Conselhos de Saúde devem proibir a terceirização e a privatização dos serviços públicos de saúde, sob qualquer de suas denominações ("cooperativas", "fundações", "contratos de gestão", "organizações sociais", concessão de serviços públicos ou outra que acarretem, na prática, o afastamento do Estado das suas obrigações constitucionais), porque geram o clientelismo, o fisiologismo e as demissões arbitrárias, sob o argumento falacioso de aumento da autonomia dos Municípios (BRASIL, 1996, p.27).

Os Hospitais Universitários reduzem o número de atendimentos, pois o baixo valor pago pelos serviços prestados pelos hospitais conveniados ao SUS e a demora na liberação desses recursos, agudizam "[...] as dívidas dos hospitais universitários que

ultrapassaram a quantia de 100 milhões de reais (Abril/1997). Muitos deles operavam com a metade do número de funcionários necessários ao seu funcionamento" (LOBATO, 2000, p. 98).

Na 10ª CNS esteve na pauta do governo o atendimento e cobrança HUs de usuários, que em princípio seriam integralmente aplicados nas próprias unidades (LOBATO, 2000). Tal proposta correspondia à estratégia contida no Plano Diretor da Reforma do Aparelho Estado elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE). Nele, a saúde não é considerada área exclusiva ou estratégica de Estado, portanto não prioritária, podendo sua gestão ser desempenhada com mais eficiência por instituições não estatais (LOBATO, 2000).

Diante de tal contexto, a Conferência reafirma o Sistema de Saúde marcando princípios fundamentais da Política:

- Os participantes da 10ª Conferência Nacional de Saúde repudiam o projeto de "autonomia universitária" do MEC/MARE, que visa a descomprometer o governo com a educação, e que desvincula os Hospitais Universitários das Universidades, privatizando-os. Esses hospitais devem ser públicos, gratuitos e de qualidade, inseridos no SUS, com controle social e desenvolver também atividades de ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 1996, p.20).

- O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, bem como os Conselhos de Saúde, devem reafirmar o modelo de gestão pública do SUS, coibindo o uso de recursos físicos, financeiros, materiais, tecnológicos e humanos públicos por empresas privadas, filantrópicas ou cooperativas profissionais, assegurando a universalidade e integralidade da atenção e o controle social no SUS (BRASIL, 1996, p.26).

O CNS mostrou-se contrário à proposta do governo de duplo acesso aos Hospitais Públicos, posicionando-se contra ao Projeto de Lei que alterava a Lei 8.080/90 e possibilitava aos Hospitais Universitários captar recursos advindos do atendimento a usuários de planos de saúde. Além do posicionamento quanto à introdução de modalidades diferenciadas da relação do Estado como a prestação de serviços privados, o CNS também fez duras críticas à implantação de novos modelos assistenciais, como por exemplo, o Programa de Saúde da Família (PSF), no sentido em que estes não fossem implementados como programas e sim como um modelo de política para o Setor.

> Os Conselheiros expressaram sua rejeição à “cesta básica de saúde” do Banco Mundial, e criticaram o PACS e o PSF por ainda possuírem características de programas. O CNS posicionou-se favorável à ampliação da atenção básica, mas defendendo sua articulação com a média e alta complexidade, dentro das diretrizes da Equidade, Integralidade e Universalidade, negando a focalização (CORREA, 2006, p. 23).

Criado em 1994, o Programa de Saúde da Família representou uma expansão do mercado de trabalho[61] para as categorias incluídas e um crescente desafio para a área de RH, expondo desafios colocados tanto no plano quantitativo e distributivo dos profissionais de saúde, quanto nas possibilidades de qualificação do profissional (PIERANTONI, 2000).

O exercício qualificado das habilidades requeridas pelo modelo assistencial exigia estratégia de intervenção na formação profissional graduada e pós-graduada. Para a construção do Programa Saúde da Família era necessário que os trabalhos especializados de cada profissional se complementassem, e os agentes construíssem uma ação de interação entre trabalhadores e entre esses e os usuários, sustentados por uma atuação multiprofissional, com responsabilidade integral sobre a população, sendo ela compreendida como parceira da equipe.

As experiências com os Programas de Residência em Medicina de Família e Multiprofissional buscavam preparar o profissional de saúde para o planejamento, a gestão e a clínica da Atenção Primária à Saúde em equipe multiprofissional. É neste contexto que a Universidade é convocada pelo CNS a redefinir seu papel de centro formador e readquirir relevância social, buscando a superação da formação fragmentada e reconstruir relações com outras áreas do conhecimento e outras experiências. Destaca-se, dentre outras ações apontadas pela Conferência:

Integração ensino/serviço: - *estímulo à utilização das Unidades e Serviços do SUS como espaço prioritário para a formação de Trabalhadores em Saúde (sistema de saúde-escola), com a supervisão das unidades de ensino e de serviço, garantindo um intercâmbio qualificado entre essas instituições e a formação de profissionais com perfil mais compatível com o SUS (BRASIL, 1996, p.60).*

Composição multiprofissional das equipes: *- investir na formação e qualificação de Equipes Multidisciplinares e Multiprofissionais para todas as Unidades e Serviços de Saúde, com capacitação, formação e reciclagem permanentes para os*

[61] Como os municípios passaram a ser os principais executores da atenção à saúde, especialmente na atenção primária, ocorreu um rápido crescimento dos postos de trabalho na rede municipal, sendo que os empregos públicos nessa esfera de governo saltaram de 16,2% para 68,8% do total, como observado no capítulo anterior. Os **e**mpregos públicos em saúde no Brasil entre os anos de 1980 a 2005 passaram de 2.659.56 para 14.487.49 (Fonte: AMS/IBGE).

Trabalhadores em Saúde, visando a ampliação da participação integrada de todos na atenção prestada (promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação) tanto individual como coletivamente (BRASIL, 1996, p.63).

O modelo de atenção proposto deve garantir coerência com princípios da Reforma Sanitária. Esse modelo tem como referência o campo do conhecimento, na ordem da intersetorialidade, em plena coerência com o conceito de saúde, bem como da integralidade das ações. Dessa forma, tanto o PSF quanto as demais ações de saúde que envolve a promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde devem ser trabalhadas de forma indissociável. Um dos desafios é a superação da fragmentação dos cuidados à saúde decorrente da divisão social e técnica do trabalho em saúde e da orientação prevalente das concepções estritamente biológicas do processo saúde/doença (RODRIGUES; CALDEIRA, 2008). Para isso, a reiterada defesa da integração do ensino/serviço e o desenvolvimento do trabalho multiprofissional são fundamentais para a concretização desse modelo de assistência à saúde. O que só é possível com a parceria dos órgãos responsáveis pela formação, incluindo uma revisão - *imediata dos currículos mínimos dos cursos de nível superior, com a participação dos Gestores do SUS e Conselhos de Saúde (BRASIL, 1996, p.63).*

Segundo Ceccim *et al* (2002), nessa avaliação de mudanças na formação, os Programas de Residência retornaram com a recomendação de que fossem revisados para adequação ao SUS e que tivessem um aumento do número de vagas, para serem estendidas para todas as profissões de nível superior e pós-graduação ligadas à saúde.

Essa perspectiva tornou-se incompatível para a área pública, principalmente para os Programas de Residência, pois o contexto apresentava complexos efeitos da política adotada pelo Governo Federal. Estes efeitos estão relacionados com a liberação de novas instituições de formação universitária privada e com o processo de flexibilização do trabalho, mudando o papel do Estado ao diminuir a produção de serviços públicos dentre eles a educação superior, seguindo as orientações de idéias das agências financeiras internacionais “[...] – em especial o Banco Mundial – indicando que o Estado deveria manter-se central no oferecimento da educação básica secundarizando a educação superior” (RODRIGUES; CALDEIRA, 2008, p. 630).

A “antipolítica”, conforme abordagem de Machado (2006) sobre esse período, passa pelas reformas orientadas pela política do Banco Mundial, que ganharam impulso a partir do governo Collor. Em nome da crise econômica dessa década, houve a retração de recursos destinados pelo MEC aos Hospitais Universitários de Ensino além desses se transformarem em *bode expiatório* da crise financeira nas universidades, às quais pertenciam (DRAGO; 2011). Para as universidades as consequências foram corte de verbas, não reposição de pessoal e um discurso de improdutividade da universidade pública.

Tal fato está na magnitude do mercado educativo em saúde, que passou a ser outro filão de mercantilização em expansão no Brasil. Dados do Censo da Educação Profissional de 2002 indicavam que no Brasil já havia 995 estabelecimentos de ensino que ofereciam 1.473 cursos de educação profissional em saúde, sendo que estes 81% eram da iniciativa privada, apontando para o caráter eminentemente privado da formação (LIMA, 2008, p. 10).

Apesar de todo esse contexto nada favorável ao processo de formação diante das ofensivas do campo político-econômico, no âmbito da gestão setorial da saúde foram feitas cobranças ao próprio Conselho quanto às proposições já definidas nas Conferências anteriores e na Lei 8080. Foi reforçada a necessidade de se colocar em prática a estrutura de funcionamento, através das comissões da Política de Recursos Humanos. Para o Ministério da Saúde coube a incumbência de formular os princípios para a regulação da relação e das ações das diferentes esferas de governo com relação aos trabalhadores no âmbito do SUS e que incluísse uma agenda de prioridades para implantação da Política de RH. Para isso foi recomendado a criação da CIRH e da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde - NOB/RH.

*-Os Conselhos de Saúde devem **implementar ou criar as Comissões Intersetoriais de [...] de Recursos Humanos** (CIRH) para a Saúde, conforme prevê o artigo 12 da Lei Federal nº 8080/90 (BRASIL, 1996, p.36);*

*- **O Ministério da Saúde deve elaborar**, no prazo de 90 (noventa) dias a partir da divulgação deste Relatório, com ampla negociação com os interessados e suas entidades representativas e com a discussão e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde, **uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos** com princípios que regulem a ação e a relação das esferas de governo com relação aos*

trabalhadores no âmbito do SUS e que inclua uma "agenda de prioridades" para implantação desta Política (BRASIL, 1996, p.54).

A ordenação da formação de Recursos Humanos, mais uma vez cobrada pelo Controle Social, principalmente nesse contexto político econômico, como atribuições Constitucional, impõe a responsabilidade pela formação de pessoal de saúde ao Ministério da Saúde. Ao conceber a área de formação como a ação educativa e de qualificação de pessoal, a lei prevê que os órgãos gestores do SUS estruturem mecanismos de atuação que dêem conta dessa função. Portanto, a NOB/RH teria que incluir de forma imprescindível e obrigatória, o comprometimento das instituições de ensino com o Sistema Único de Saúde e com o modelo assistencial definido na Lei 8080/90.

As diretrizes formuladas por praticamente todos os fóruns da década de 1990, expressaram que a qualidade da atenção à saúde exige a formação de pessoal com novos perfis profissionais e domínio das tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva. A questão específica da FRHS e para o SUS abrange aspectos relacionados à educação, desde a fundamental até a educação permanente, passando pelo ensino profissional de nível técnico, graduação e pós-graduação e as responsabilidades dos gestores nas três esferas de governo.

Os anos 1990 deixam, assim, heranças não muito boas para os Recursos Humanos em Saúde, considerada por alguns autores, como Machado (2006), como a década perdida para essa área. A repercussão para a gestão do trabalho e da educação, como elementos cruciais para a implementação e consolidação do SUS, foi de um lado a flexibilização das relações de trabalho e emprego[62], com a diversidade de formas e vínculos não estáveis com o Estado. De outro, uma demanda por quadros qualificados, com uma capacidade de adaptação crescente às mudanças tecnológicas dos processos de produção e de gestão, em detrimento ao modelo de atenção requerido pelo SUS. A questão central parte da observação de que as intervenções realizadas na área da saúde foram capazes de introduzir algumas mudanças nas organizações estatais e reorganizar pactos federativos e sociais, mas

[62] Fruto do processo de a acumulação flexível que "[...] articula um alto desenvolvimento tecnológico com uma desconcentração produtiva com base em pequenas e médias empresas, ao mesmo tempo em que promove fusões e criações de empresas gigantes que utilizam insumos e serviços de outras empresas, através das terceirizações. Estão, portanto, em curso modificações em todo o processo produtivo, ou seja, em sua base técnica e na organização do trabalho, a fim de aumentar a produtividade e reduzir os custos da produção" (ALBURQUERQUE; GIFFIN, 2009, p.526). Para maior aprofundamento ver também: HARVEY, David. Condição pós-moderna. 6ª Ed. Edições Loyola, São Paulo, 1992 e FRIGOTTO, Gaudêncio. Educação e a crise do capitalismo real. 6ª Ed. São Paulo, Cortez, 2010.

não alcançaram, de forma similar, os responsáveis pela execução dessas políticas – os recursos humanos - nem no trabalho nem na formação.

3.3 - A formação em saúde no debate da gestão, condução de processos e regulação da RMS – Anos 2000

Chega-se aos anos 2000 com algumas questões importantes, como a atuação pelo Estado na promoção, na fragmentação e privatização das políticas sociais, sendo esta a forma de enfrentamento da questão social que se intensifica com a afirmação das políticas neoliberais. As consequências são visíveis com a atuação desfavorável do Estado na questão do financiamento, na relação cada vez mais aprofundada do *mix público/privado* e com isso os reflexos nas relações de formação e de trabalho na saúde[63].

Essa diferenciada forma de gestão[64] gerava nas unidades e serviços dificuldade na realização do cuidado frente aos conceitos hegemônicos de saúde e de organização do trabalho. Albuquerque e Giffin (2009, p. 520) acrescentam que a formação contribuía com esse quadro através de "[...] um modelo no qual o principal compromisso do ato de assistir à saúde é com a produção de procedimentos compatíveis com os formulários contábeis de financiamento propostos no regime neoliberal". Desse modo, a produção da atenção à saúde e o processo de formação estavam na via da excessiva especialização e do distanciamento dos conteúdos curriculares em relação ao perfil geral do profissional da saúde e às necessidades da população. Como resultado tem-se a produção fragmentada do cuidado e a baixa capacidade de reflexão sobre a prática profissional.

Nesse contexto de resistências e dificuldades para o avanço do SUS não se concentrava apenas em setores da medicina. Os médicos não eram os únicos atores sociais do bloco político-ideológico privatista, na prática, muitos outros atores articulavam-se com gestores, partidos políticos, prestadores privados e intelectuais

---

[63] Um desses reflexos está para o trabalho, com instituições apresentando contratações de serviços por terceirização, no inicio dos anos 2000, que geraram no SUS "[...] mais de 500 mil situações de trabalho em condições precárias, contrariando não só a Constituição como também gerando insegurança na prestação dos serviços" (MACHADO, 2006, p. 21).

[64] A questão da gestão do trabalho é bastante destacada na 11ª CNS: agentes sem garantia de contratos/concursos; falta de concursos públicos; remuneração diferenciada dos profissionais, principalmente no PSF que ganham mais que os profissionais da rede, causando desestímulo e problemas no atendimento nas unidades de saúde. Outras questões como a forma heterogênea com que o PSF tem sido implantado nas diversas regiões do Brasil: salários diferentes, jornadas de trabalho diversas, composição das equipes (ora com enfermeiras, ora sem, com equipes multidisciplinares e diferentes especialidades ou dentro de um modelo conservador que não contempla as necessidades e padrão de demanda de populações de cidades médias e grandes) (BRASIL, 2000, p. 33)

de várias origens, como afirma Campos (2007). Assim, o autor faz as seguintes indagações: “O SUS haveria contraposto outros modos para pensar o processo saúde/doença/intervenção ao paradigma biomédico? Em que medida o realizou? Em que programas ou em que setores do sistema?” (CAMPOS, 2007, p.1868).

A **maneira multiprofissional da educação especializada em serviço** é uma das propostas defendidas no interior das instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) como possibilidade para a construção da diretriz constitucional do atendimento integral, tanto na composição de ações e serviços de saúde, como na integração do sistema em rede. A defesa da multiprofissionalidade na composição do perfil profissional aparece junto aos argumentos do trabalho em equipe, na assistência e na introdução dos conceitos de prevenção, promoção e proteção à saúde, assinalando modos para pensar o processo saúde/doença/intervenção, o que legitimaria um saber-fazer sobre a saúde em acordo com o princípio constitucional de integralidade do Sistema.

A articulação intersetorial e o trabalho multiprofissional foram incorporados como propostas pela Saúde da Família e também como atribuição fundamental das equipes da atenção primária. Multiplicaram-se iniciativas criativas nos espaços locais. No entanto, observa Feuerwerker (2005), que a potência política que o trabalho multiprofissional e intersetorial exigem – tanto no controle de recursos como no estabelecimento de prioridades de ação – escapava “[...] da governabilidade das equipes e estava ausente da agenda da maior parte dos gestores da saúde e dos prefeitos” (FEUERWERKER, 2005, p. 495).

Mas, mesmo assim, ganha visibilidade, a partir das experiências com a atenção primária, o pólo que discursava[65] pela mudança na graduação, pela construção da integralidade, do trabalho em equipe, pela defesa do SUS e pelo reconhecimento das necessidades sociais em saúde, o que favorecia a aposta em modalidades de ensino como os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Medicina da Família. Havia o pólo reativo às mudanças, e que também não favoreciam às RMS,

[65] Como observado por Lucchesi (2011), grande parte dos movimentos de mudanças do sistema de saúde estava no interior do aparato estatal como ativistas do movimento sanitário e eram profissionais, pesquisadores, docentes ou estudantes destas organizações.

sendo o muito que precisavam fazer, como bem expresso por Ceccim (2010), era não inventar nenhum discurso, reafirmando o discurso médico-hegemônico.

Do lado dos que discursavam a favor de mudanças estavam na 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano 2000, com o tema "Efetivando o SUS – Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social" (o Presidente era **Fernando Henrique Cardoso,** tendo como Ministro da Educação, Paulo Renato Souza e da Saúde, **José Serra**). A Conferência reconhece o SUS como o grande empregador dos trabalhadores de saúde, tanto no setor público como no privado credenciado, por isso tece uma crítica acirrada à política de recursos humanos como o maior problema para a gestão do SUS, principalmente nos municípios. A Conferência considerou que esse problema é fruto de uma "[...] política irresponsável de governo no campo dos Recursos Humanos – uma das facetas do processo de desmonte do Estado brasileiro" (BRASIL, 2000, p.39).

A partir das demandas municipais houve uma ampliação do debate acerca da adequação da formação dos profissionais da saúde, sendo uma dessas ações a discussão sobre *a criação e/ou reinvenção* das RMS (PASINI; 2010) a partir da criação pelo MS, do Programa Saúde da Família (PSF), entre outras mudanças, a contratação de Médicos de Família para a atuação no Programa[66]. Passou a ser uma discussão entre gestores do sistema sobre qual especialidade deveria atuar no campo da Estratégia Saúde da Família – ESF. Segundo Pasini (2010) muitos defendiam que nenhuma exigência deveria ser cumprida para o médico, por exemplo, mas apenas e simplesmente o seu curso de graduação. No entanto, a idéia de que haveria a necessidade de formação especializada foi fortalecida em vários meios.

Como abordado anteriormente, a situação das Residências em Medicina Geral e Comunitária (RMGC) e multiprofissionais tornaram-se crítica a partir 1988, quando o INAMPS deixou de subsidiar novas bolsas. Esse fato marcou um embate entre visões distintas sobre os rumos da Política de Saúde, especialmente em relação à

[66] A força de trabalho na saúde de profissionais de nível superior aumentou de 451.303 para 729.747 profissionais dos setores públicos e privados, entre 1992 a 2002. Somente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS contava em julho de 1999 com 96.550 agentes, correspondendo a 96,6% da meta prevista de 100.000 agentes para o atendimento à população. Esse quantitativo representa um crescimento 331% em relação a 1994, ano inicial do programa. O Programa de Saúde da Família – PSF contava em julho de 99 com 3867 equipes (64,5% da meta de 6000) em 1461 municípios (91,3% da meta de 1600), cobrindo 13,3% da população (64,5% da meta de 20,7%) (LOBATO; 2000).

definição do tipo de especialista que deveria atuar no campo da Atenção Primária de Saúde (APS).

A 11ª CNS abordou de forma contundente o modelo de atenção que estava sendo considerado prioritário e com potencial para reorientar o modelo de atenção vigente. O relatório da Conferência apresenta a avaliação dos Conselheiros, onde eles ressaltavam a importância da equipe multiprofissional e questionavam o momento desse Programa da seguinte forma:

> [...] o PSF é também percebido como medida meramente paliativa, que não assegura a integralidade da atenção à saúde. Está sendo desvirtuado, na medida em que se mantém assistencialista, esquecendo a promoção e a prevenção, embora tenha a potencialidade de se transformar num modelo ideal (BRASIL, 2000, p.34).

Tal documento aponta como encaminhamento do Programa que sejam adotadas estratégias para funcionamento, estruturando os sistemas municipais com os demais níveis de atenção e que

> [...] no caso de opção por essas estratégias como forma de organização, deverá ser garantida a sua adequação às necessidades e prioridades locais, sem modelos programáticos verticalizados, **garantindo atuação de outros profissionais de saúde como psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, odontólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e outros, proporcionando uma atenção multiprofissiona**l de acordo com a realidade de cada município (BRASIL, 2000, p.127).

Ao mesmo tempo em que fazem essas recomendações, os próprios participantes da 11ª CNS entendem que a formação dos profissionais não está orientada para o atendimento da população usuária do SUS. Observam que há deficiência técnica e ética na formação do profissional que chega ao serviço. Mais uma vez aparece a prerrogativa de que o Ministério da Educação precisa adequar o currículo das escolas de profissionais de saúde, incluindo como prioridade as ações de atenção primária. “Os profissionais são, hoje, formados para uso intensivo de tecnologia médica e para a especialização, o que não é um perfil adequado para o SUS” (BRASIL, 2000, p.42). Com essa proposição, a Conferência reitera a formação ensino/serviço na modalidade Residências, preconizando sua reorganização e adequação às necessidades do Sistema de Saúde.

> **Reorganizar os programas de residência e regulamentar o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva junto ao MEC.** Os estados e a União devem utilizar residentes das universidades públicas nos programas de saúde, inclusive nas equipes do PSF, mediante pagamento de bolsas, com base na Lei de Prestação do Serviço Civil[67] [...] Estabelecer parceria entre Conselho de Saúde, gestores e o conjunto dos órgãos formadores, para definição de prioridades das demandas de cursos, tanto de graduação como de pós-graduação, para gestores e todos os trabalhadores, **estendendo o processo de residência à equipe multidisciplinar** (BRASIL, 2000, p.169).

Para tanto, as universidades são cobradas, pela Conferência, por não estarem cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS e com o Controle Social e pela formação estar desconectada da leitura das necessidades sociais em saúde. Esta reafirma, ainda, a falta de debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS, resultando em autonomização do Ministério da Educação, das universidades e das sociedades de especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados (BRASIL, 2000, p.43). Os HUs, como espaço privilegiado da formação em saúde, são destacados e defendidos por sua integração e seu caráter público.

> Criar mecanismos efetivos de integração dos HU, federais e estaduais, de acordo às necessidades do SUS, articulando-os à rede de Atenção à Saúde e vedando o atendimento a planos ou convênios de saúde privados, condicionando as formas de repasse de recursos para os hospitais universitários ao atendimento (internação, ambulatório e exames complementares) **100% público** controlando a dupla porta de entrada (BRASIL 2000, p.132).

Os HUs passaram a integrar a rede SUS com a missão de hospital de ensino e assistência para o SUS. A partir de então, a gestão tornou-se ainda mais complexa para além das exigências do MEC e MS. Para Drago (2011), compreender o conflito existente em torno da gestão dos HUs é inseri-lo também como

> [...] reflexo da não efetivação plena do SUS, conforme elaborado e defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária a partir de um embate de forças nas décadas de 70 e 80. E importa ressaltar que apesar de avanços conquistados com a promulgação das leis 8.080 e 8.142 – que determinam como diretrizes o controle social, a universalização, a equidade e a integralidade da saúde –, permanece na prática ideais do projeto político direcionado ao jogo do capital, com vistas ao lucro e à acumulação financeira (DRAGO, 2011, p. 119).

[67] Diz respeito ao Contrato de Prestação de Serviço que é regulamentado pelo "direito civil" (Código Civil, do art. 593 ao art. 609) http://www.direitodireto.com/diferencas-entre-contrato-de-trabalho-e-contrato-de-prestacao-de-servicos.

Como agente de transmissão de conhecimentos, as instituições de ensino encontram-se entre os dilemas de não adequação às necessidades das políticas públicas, mas às necessidades do mercado de trabalho. Neste caso, sobrepondo aos interesses da política de saúde e da educação, está uma realidade que não pode ser naturalizada. Ao contrário, entende-se que esse espaço de formação também como um espaço de luta ideopolítica.

> Desde a década de 1990, momento de ascensão das políticas neoliberais no Brasil, as universidades públicas têm sido ameaçadas com inúmeros projetos contra-reformistas, que obtiveram vitórias apenas parciais, graças à resistência de setores organizados da comunidade universitária (CISLAGHI, 2010, p.18)

Por isso, defendem Lima (2008) e Campos (2006), é necessário um olhar crítico e histórico acerca do acesso dos trabalhadores ao conhecimento, pois é uma das mediações fundamentais para a transformação da sociedade. Frigotto (2010) aponta que os conhecimentos científico, técnico e tecnológico são forças de dominação sob o capital, mas também são elementos de emancipação humana e são cruciais e necessárias à classe trabalhadora. Assim, uma vez considerado o caráter estratégico da educação, a luta central é pela afirmação do direito à saúde no espaço político, no espaço escolar e no trabalho (FRIGOTTO, 2010).

Comungando com esse papel da educação, a Conferência estabeleceu a ressalva de que os órgãos formadores em saúde deveriam ser enriquecidos pelo debate das políticas de saúde, da legislação e do trabalho no SUS. Da mesma forma que em todas as Conferências anteriores, a imersão dos órgãos formadores na realidade do SUS foi mais uma vez proposta (CECCIM, 2002). Foi defendida a expansão da pós-graduação em saúde e estimulada a diversificação dos papéis das profissões e a diversificação das oportunidades formativas nos ambientes de trabalho em saúde, abrindo-se possibilidades para as residências multiprofissionais.

> Nota-se o esforço de comprometer a Universidade com a construção e consolidação do SUS e com a configuração de novos papéis profissionais, mais adequados às exigências sociais de qualidade da atenção em saúde. **Há farta insistência na integração ensino-serviço-controle social** (CECCIM, 2002, p. 381, grifo nosso).

A Conferência reconhece que **as instâncias de serviço atuam em ensino** e recomenda que estas proponham sistemas de atualização do conhecimento, levando em conta as diversas categorias profissionais. A Educação é reafirmada

como campo estratégico de atividade para a formulação e implantação do Sistema de Saúde tendo diferentes ciclos de organização do nível técnico passando pela graduação, pelos programas de curso *Lato* e *Stricto Sensu* e das Residências Médicas e Multiprofissionais. Nesse debate, novamente há discussão sobre os currículos de formação na área da saúde. Em 2001, o Conselho Nacional de Educação substituiu o conceito de currículo mínimo para as profissões superiores pelo conceito de diretrizes curriculares nacionais (DCN), tendo sido aprovadas as novas diretrizes para os cursos da área da saúde que levaram em conta a LOS (CECCIM, 2002).

Rossoni e Lampert (2004) relatam que diversos atores sociais[68] contribuíram para a elaboração das DCN em todo o país representando a correlação de forças entre diferentes ideologias. O objeto das diretrizes curriculares foi orientar a construção do perfil acadêmico e profissional para o Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira[69] e a Lei Orgânica. No entanto, somente sua aprovação não era, e não foi suficiente, para que seus eixos norteadores fossem incorporados ao ensino, porque na prática a implantação de cada currículo, em cada escola e a forma como foi realizado implica em diferentes resultados.

> Observações empíricas mostram que, dentre os professores e profissionais da área da saúde, alguns não conhecem com profundidade a estrutura e o funcionamento do nosso sistema de saúde e dentro do paradoxo das chamadas profissões liberais, parece que deixar o SUS entrar nas universidades pode ser “perigoso” (ROSSONI; LAMPERT, 2004, p.90).

Perigoso no sentido da formação não corresponder aos interesses do mercado e sim ao sistema público, com isso ameaçando a relação saúde/mercadoria e o vasto campo de lucratividade que a mesma gera. A mudança curricular está permeada pela correlação de forças que domina a área da saúde e toda a sociedade.

---

[68] Em 2001 foi realizada uma audiência pública, na sede do Conselho Nacional de Educação, para apreciação das propostas apresentadas, com a participação de representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, Fórum Nacional de Pró-Reitores das Universidades Brasileiras, Conselhos Profissionais, Associações de Ensino, Comissões de Especialistas de Ensino da SESu/MEC e outras entidades organizadas da sociedade civil, como a Rede Unida. Consultar: Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação da área da Saúde, disponível em http://www.redeunida.org.br/diretrizes/diretrizes.asp

[69] Rossoni e Lampert (2004) esclarecem sobre o que instituem as diretrizes curriculares nacionais de forma comum a todos os cursos de graduação na área da saúde dos profissionais das diversas como descrito no artigo terceiro, que diz que o Curso de Graduação tem como perfil do formando egresso/profissional, uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com profissionais capacitados para atuarem com princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. As diretrizes curriculares nacionais dos cursos da área da saúde, em vários itens do artigo 5º, reiteram a importância da formação superior propiciar competências e habilidades para o trabalho em equipe multiprofissional e para atuar de forma a garantir a integralidade da assistência.

Considerando alguns avanços em direção ao sistema público, as DCN reforçaram o que estava ficando cada vez mais definido, ou seja, o ensino associado aos cenários de prática, inseridos na realidade local e apontaram que os currículos deveriam contemplar as necessidades sociais da saúde com ênfase no SUS.

A alteração dos perfis profissionais contemplou aspectos estratégicos para alcance da atenção integral à saúde e do trabalho em equipe como diretriz curricular para todos os cursos da área saúde[70]. As mudanças visaram um dos maiores nós do ensino - profissionais formados sem perfil para o SUS – o que é um paradoxo, ”[...] pois é nesse sistema que os profissionais estarão majoritariamente desempenhando suas funções, bem como exercerão seu papel de lideranças técnicocientíficas e gestoras do setor saúde” (ROSSONI; LAMPERT, 2004, p.90).

A definição das diretrizes curriculares, a partir da aprovação da LDB (Lei das Diretrizes e Bases da Educação)[71], em 1996, sinalizou o início da reforma do ensino superior. Começaram então, as discussões em torno das DCN presente entre as matérias que obtiveram espaço e desdobramentos nas Conferências de Saúde e de Recursos Humanos, contribuíram para que a conformação da política de formação de trabalhadores para o SUS obtivesse maiores contornos. Em conjunto com as DCN estava sendo construída a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde – NOB/RH-SUS (BRASIL, 2003), que se tornou um importante instrumento para a composição da Política de Saúde.

A NOB/RH-SUS foi produto de um intenso debate promovido na década de 90, envolvendo os diferentes segmentos do controle social, a CIRH (Comissão Intersetorial de Recursos Humanos)[72] e gestores, que balizaram os indicativos da

---

[70] Para consultar diretrizes curriculares do Serviço Social: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES152002.pdf. Importante destacar que o Conselho Nacional de Saúde, na Resolução 218 – de 1997 – regulamentou as seguintes profissões como da área da saúde: 1. Assistentes Sociais; 2. Biólogos; 3. Profissionais de Educação Física; 4. Enfermeiros; 5. Farmacêuticos; 6. Fisioterapeutas; 7. Fonoaudiólogos; 8. Médicos; 9. Médicos Veterinários; 10. Nutricionistas; 11. Odontólogos; 12. Psicólogos; 13. Terapeutas Ocupacionais. O Conselho faz a seguinte ressalva para alguns cursos: II - Com referência aos itens 1,2 e 9 a caracterização como profissional de saúde deve ater-se a dispositivos legais do Ministério da Educação e do Desporto, Ministério do trabalho e aos Conselhos de Classe dessas categorias. Portanto, **o curso de Serviço Social possui características próprias quanto a sua formação, sendo a área da saúde *um dos campos* de atuação do assistente social**.

[71] Lei nº 9394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

[72] A Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH, foi reinstalada conforme resolução CNS nº 225, de 08 de maio de 1997, e recomposta conforme resolução CNS nº 332, de 04 de novembro de 2003, tem suas atribuições previstas na Lei 8.080/90, de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil, com o objetivo de definir nos aspectos conceitual e de articulações intersetoriais, as obrigações legais de ordenação da formação de recursos humanos de saúde, de criação comissões permanentes de integração serviço-ensino, participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, e

política de recursos humanos para o SUS (CAMPOS; PIERANTONI; MACHADO, 2006). A NOB/RH-SUS foi aprovada pela 10.ª CNS (1996) com a denominação de "Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS"[73], alterado após a 11.ª (2000) e depois na 12.ª CNS (2003). Ficaram definidos princípios e diretrizes para essa NOB[74] que teve como objetivo principal a discussão da centralidade do trabalho, do trabalhador, da valorização profissional e **da regulação das relações de trabalho e educação em saúde** (MACHADO, 2006).

A questão específica da FRHS está posta nessa NOB no capítulo 4 *Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS* e abrange aspectos relacionados à educação. Justificando-se por ser como uma questão estratégica para a gestão do próprio SUS, este documento informa que seja imprescindível e obrigatório, o comprometimento das instituições de ensino com o Sistema Único de Saúde e com o modelo assistencial definido nas Leis 8080/90 e 8142/90. A NOB expressa que o comprometimento das duas instâncias -educação e saúde - se darão *pelo trabalho* como referência e eixo central do processo ensino/aprendizagem para a formação dos trabalhadores.

Como um importante aspecto a NOB traz a definição das atribuições e responsabilidades do Conselho de Saúde, dos gestores de saúde Municipal, Estadual e Federal e do Ministério da Educação sobre a Política de Desenvolvimento e Formação do Trabalhador para o SUS[75]. Essas definições contribuem para o entendimento e a conformação das Residências Multiprofissionais como espaços de formação de trabalhadores para o Sistema de Saúde. Assim, de forma geral, as diversas instâncias que compõem esse Sistema passam a ter compromissos estabelecidos para a sua operacionalização quanto à formação, como:

---

aplicação dos objetivos da formalização e execução da política de recursos humanos, critérios de preenchimento dos cargos objetivos da formalização e execução da política de regulamentação das especializações na forma de treinamento em serviço, assim como elaborar proposta de plano de trabalho a ser apreciada e aprovada pela plenária do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

[73]Para mais detalhamento, ver: BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS – NOB-RH/SUS. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/NOB_RH_2005.pdf>.

[74]NOB: Norma Operacional Básica (NOB) é o instrumento normativo infralegal que define o modo de operacionalizar os preceitos da legislação que rege o Sistema Único de Saúde (SUS).

[75] Quadro da NOB/RH no anexo desse trabalho.

- *a* ***organização do processo de trabalho de forma multiprofissional****; a ordenação da formação dos trabalhadores para o setor Saúde,* ***juntamente com o Ministério da Educação***; *a promoção e a articulação entre os órgãos educacionais e os de fiscalização do exercício profissional; a criação de mecanismos para a implementação de estágio obrigatório nos serviços de saúde do SUS que deve fazer parte dos critérios de definição de qualidade* ***para a certificação ou acreditação institucional das escolas de saúde****; o favorecimento das mudanças dos currículos universitários, incluindo a abertura de campos de estágio para a formação dos trabalhadores do SUS; a qualificação da capacidade instalada e* ***preparação dos trabalhadores dos serviços para receberem alunos***; *o estabelecimento, juntamente com as escolas de saúde, de diretrizes para programas de pós-graduação (especialização) adequados para o SUS* (BRASIL, 2003).

São ferramentas operacionais apresentadas pela NOB-RH que sustentam a discussão de possíveis efeitos dos modos como são organizados os processos de ensino/aprendizagem. Logo, é importante compreender que essas ferramentas constituem-se em acontecimentos sobre o tema Residências Multiprofissionais adquirindo condições, possibilidades e estratégias para afirmar sua existência como modelo de formação de trabalhadores para o SUS.

A própria NOB faz uma referência específica às Residências, considerando a necessidade da regulamentação e reafirmando sua condição como modelo de formação no quadro da Política de formação de trabalhadores para o SUS. A atuação/papel dos trabalhadores de saúde passa por seus espaços de formação em serviço e as propostas sobre as residências sempre retornam, com ênfase, principalmente porque constituem formação pós-graduada na oportunidade de vivência no SUS e na Equipe de Saúde (CECCIM *et al*, 2002). As residências multiprofissionais são defendidas pela reivindicação de reformulação dos programas, da mesma forma que se defende sua regulamentação junto ao Ministério da Educação e da Saúde.

- A regulamentação, manutenção, reestruturação e ampliação das ***residências*** *já existentes na área da Saúde e criação de novos programas adequados às necessidades do SUS e das equipes multi e transdisciplinares de saúde. As propostas de cada curso* ***devem ser apresentadas e deliberadas pelos***

Conselhos de Saúde *da respectiva área de abrangência (do município ou do estado), de acordo com as necessidades locais* (NOB/RH-SUS, 2003, p.5).

Configura-se, assim, dentre os diversos aspectos da multidimensionalidade que cerca o tema recursos humanos em saúde, que incluem, além das já apontadas (flexibilização, precarização e gestão), um contingente expressivo de questões sobre formação e habilitação específica para o trabalho a ser desenvolvido no setor, no sentido do cumprimento jurídicolegal através da LOS e também da NOB/RH.

Dentre as questões está o mercado de trabalho que também impõe seu interesse quanto à formação dos profissionais que será por ele absorvidos. Saviani (2010) relata que em 1996 havia 922 instituições de nível superior, sendo 211 públicas (23%) e 711 privadas (77%). Em 2005 o número total das instituições se elevou para 2.165 com 231 públicas (10,7%) e 1.934 privadas (89,3%) (SAVIANI, 2010, p. 14). Os dados demonstram a ampliação do mercado educativo e reforçam a análise sobre as políticas públicas direcionadas ao favorecimento da iniciativa privada.

A própria NOB traz, no documento que a exprime, uma análise pertinente a essas questões a serem enfrentadas para a sua implementação. Considera que a falta histórica de priorização da Gestão do Trabalho no SUS e a Política de Gestão do Trabalho implementada durante os processos de reformas neoliberais do Estado, como sendo um dos principais problemas.

> A implementação desses princípios e diretrizes na construção social das políticas nacional, estaduais e municipais de Gestão do Trabalho no SUS **é um processo que caminha na contramão da realidade atual produzida pelo modelo neoliberal**. Será conquistada no cotidiano da sociedade e dos serviços de saúde a partir da construção coletiva, da decisão política de usuários, trabalhadores, prestadores de serviços e gestores e de ações programáticas e estratégicas que contemplem as dimensões técnicas, humanas e éticas que promovam novas relações de trabalho e maior governabilidade na produção dos serviços de saúde de qualidade a serem ofertados à população (BRASIL, 2003, p. 21, grifo nosso).

O panorama era de desafio para a formação das políticas públicas na saúde e na educação. Como uma das formas de enfrentamento, o Conselho Nacional de Saúde deliberou, em 2003, pela aplicação dos princípios e diretrizes da NOB-RH/SUS como Política, buscando, assim, dar uma maior notoriedade as questões da área de Recursos Humanos. Porém, Ceccim (2008) observa que a NOB-RH traz uma identificação maior com a gestão do trabalho, cabendo uma parte menor relativa à

formação. A discussão volta-se para a formulação de uma Política de Recursos Humanos em Saúde que tem como característica básica a integração da preparação/formação com a gestão do trabalho, estabelecendo o desafio destas duas vertentes no plano da execução e gerenciamento da mesma política, agora intitulada **Política Nacional da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.**

No final desse mesmo ano, **a 12ª CNS** foi realizada com o tema "Saúde um direito de todos e um dever do estado: a saúde que temos, o SUS que queremos" – (Presidente era Luiz Inácio Lula da Silva, tendo como Ministro da Educação, Cristovam Buarque e da Saúde, Humberto Costa). Essa Conferência[76] se deu em meio à expectativa que o governo Lula fortaleceria o projeto de reforma sanitária que foi questionado nos anos 1990 pela ofensiva das políticas neoliberais[77].

A expectativa foi alimentada pela convocação extraordinária dessa Conferência e a sua realização antecipada para dezembro de 2003. No tocante a formação profissional, no Eixo III - A Intersetorialidade das Ações de Saúde - coube a avaliação de que entre os profissionais de saúde já existia a consciência de que seus saberes e sua atuação setorial eram insuficientes para alcançar resultados efetivos e transformadores para problemas complexos e para promover a qualidade de vida da população. Entretanto, reconhecem os Conferencistas, "[...] *há um longo percurso, tanto no plano do saber quanto no plano das práticas, que permita fazer a ruptura do próprio modelo do conhecimento e de formação dos profissionais"* (BRASIL, 2003b, p.42).

Reiterou-se, para fortalecer as proposições de mudanças e atender as expectativas, que caberia aos gestores das três esferas de governo e às instâncias de controle social do SUS

> [...] a imediata promoção das condições adequadas para a efetivação da NOB-RH/SUS, por meio de ampla discussão com os trabalhadores e aprovação nos respectivos Conselhos, devendo ser criados e implantados as comissões intersetoriais de gestão do trabalho e de educação na saúde

[76] Chamada de Conferência Sergio Arouca – em homenagem ao ilustre sanitarista e ex-secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde falecido pouco antes do evento (CNS; 2003).

[77] O governo, entretanto, manteve segundo Bravo (2006), contrariando as expectativas, a polarização entre os dois projetos – o reformista e o privatista. "Em algumas proposições procura fortalecer o primeiro projeto e, em outras, mantém o segundo projeto, quando as ações enfatizam a focalização e o desfinanciamento" (BRAVO; 2006, p. 16).

> nos Conselhos de Saúde das três esferas de governo, segundo a NOB-RH/SUS (BRASIL, 2003b, p.117).

Também foi determinada a realização da 3ª Conferência sobre recursos humanos, que a partir de então foi denominada Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CNGTES).

A Formação dos Profissionais de Saúde, na 12ª CNS, relacionada aos programas de Residências, aparece mais especificamente no eixo temático VII - O Trabalho na Saúde - Gestão da Educação em Saúde: - *Constituir em nível estadual e nacional um sistema coordenado pelo* ***SUS responsável pela distribuição de bolsas e programas de residências*** *segundo a formulação de política específica, considerando a necessidade dos municípios, apresentando uma proposta de destinação das vagas de acordo com as necessidades epidemiológicas para as especialidades correspondentes e* ***superando a atual auto-regulação corporativa*** *(BRASIL, 2003b, p.125).*

Essa última ressalva da Conferência, sobre a auto-regulação, entende-se que corresponde a defesa pelas experiências acumuladas no país sobre projetos de mudanças da formação dos trabalhadores para o SUS marcada por afirmar a multiprofissionalidade do trabalho em saúde, obtendo respaldo na constituição das legislações específicas e nos projetos que se expressam nos serviços de saúde. Todavia, algumas iniciativas como o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares na Graduação em Medicina (Promed), propostos pelo Ministério da Saúde, em 2001-2002, “[...] ainda recoloca a escolha uniprofissional para propor a mudança na graduação” (PASINI, 2010, p.60).

A partir da criação do Programa Saúde da Família (PSF), ocorreu a expansão do modelo em Atenção Primária à Saúde (APS). Este preconizava, entre outras mudanças, a contratação de Médicos de Família para a atuação no Programa. Em 2002 a especialidade MGC é repensada frente aos novos desafios e são reformulados alguns de seus princípios assim como o programa de residência e a uma nova denominação: Medicina de Família e Comunidade (MFC). A demanda por especialistas em MFC passou a crescer, não só para a prestação de serviços de saúde, mas para o aparelho formador, e, com isso, inicia-se também o crescimento

do número de vagas para a Residência Médica em MFC (CAMPOS; IZECKSOHN, 2010).

Nesse mesmo contexto, sem desconsiderar a necessidade da especialização médica, havia um discurso do governo, em prol da formação de uma Política Nacional de Educação na Saúde, como dizem Rosa e Lopes (2010), de oferta de vagas multiprofissionais para o máximo de especialidades, como forma de incentivar o trabalho em equipe e a construção da integralidade do cuidado na formação em saúde. Consta que, desde 1999, o então Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, junto a atores do Movimento Sanitário, articulava-se formando grupos interessados em criar, reavivar e reinventar residências em saúde da família (BRASIL, 2006). A proposta era **criar um modelo de Residência Multiprofissional**, onde embora fossem preservadas as especialidades de cada profissão envolvida, seria criada uma área comum, acrescida de valores como a promoção da saúde e a integralidade da atenção. No ano de 2002 foram criadas **19 residências multiprofissionais em saúde da família**, com financiamento do Ministério da Saúde, com formatos diversificados, e sem representatividade no Ministério da Educação (ROSA; LOPES, 2010).

Na 12ª CNS, dentro das proposições da formação dos Profissionais de Saúde confere o alinhamento por uma visão multiprofissional do trabalho, mas especificamente no campo da atenção primária e assim a Conferência estipula que deverá ser garantido *"[...] que no mínimo 50% das residências acadêmicas e dos estágios curriculares da área de Saúde no setor público sejam feitos no âmbito da atenção básica"* (BRASIL, 2003b, p. 127).

Ainda em 2003, no início do governo Lula, Pasche *et al* (2006) observam que a equipe que assumiu o Ministério da Saúde, passou a reunir lideranças partidárias, sobretudo do Partido dos Trabalhadores (PT) e sanitárias, ligadas à tradição acadêmica. Ao assumir, a equipe produziu uma reforma administrativa que ampliou a possibilidade de integração entre diversas áreas. Na reestruturação do Ministério da Saúde, no mesmo ano, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação (SGTES)[78] que tem como função formar recursos humanos para a saúde e regulamentar as profissões e o mercado de trabalho, assumindo o papel já

[78] Decreto nº 7.530 de 21 de julho de 2011/MS.

definido na legislação "[...] de gestor federal do SUS na formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil" (PASINI, 2010, p.60). Segundo Bravo (2006), a criação desta secretaria buscou enfrentar a questão de recursos humanos para o SUS.

Com a estrutura da SEGTES ficou posta a distinção de domínios de conhecimento entre o Trabalho em Saúde e a Educação na Saúde, através dos Departamentos de Gestão da Educação na Saúde (Deges) e do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) (CECCIM, 2008).

> A educação ganhou nome na política de saúde, descolou-se da gestão do trabalho e colocou em cheque a designação Recursos Humanos porque aos "recursos" humanos (o fator humano nas linhas de montagem do capital monopolista) não se destina uma ressingularização permanente, se destina reciclagem, treinamento e capacitação. A nova linguagem se apresentava, não sob a vigência de um novo domínio de conhecimento no interior do setor da saúde, mas sob o domínio vigente dos Recursos Humanos em Saúde (CECCIM, 2008, p. 17).

Assim, já na 3ª CNGTES de 2006 a expressão recursos humanos deixou de ser empregada, pois, houve a compreensão de que os trabalhadores de saúde não são um insumo que se agregam aos recursos financeiros, tecnológicos e estruturais na produção dos serviços de saúde, eles são os próprios serviços de saúde (BRASIL, 2005c).

A partir dessas compreensões, caminhando na construção da política de educação na saúde que, conforme abordado por Ceccim (2008), passou por uma série de rodadas oficiais pelas necessárias instâncias do sistema, foi definida a emergência de uma formulação intelectual e política em diálogo com a área da educação. Em 2004 a SGTES apresenta, depois de ter sido aprovada no CNS[79], a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 como uma proposta de ação estratégica para contribuir com a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços. Propõe um trabalho articulado entre

[79] Em 2003, o Conselho Nacional de Saúde aprovou como política pública, a Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde (Resolução CNS nº 335, de 25 de novembro de 2003).

o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão e as instituições formadoras[80] (BRASIL, 2004).

Destaca Ceccim (2008) que a Política de Educação Permanente representa, no interior do setor da saúde, a emergência de uma formulação intelectual e política em diálogo com a área da educação e argumenta que uma aliança intersetorial será fundamentalmente frágil sem a interseção das áreas de conhecimento da Educação e da Saúde. A Educação Permanente baseia-se na educação como objeto de intervenção no trabalho e para o trabalho com o objetivo de transformar as práticas de saúde. É posto como perspectiva de educação a busca pela superação das práticas fragmentadas e das tradicionais concepções pedagógicas - ainda hegemônicas na formação acadêmica. Assim, as políticas de formação e de desenvolvimento de trabalhadores, como os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, devem buscar, como orientado pelo MS, na Educação Permanente, como uma política estruturante, os fundamentos para seus projetos político-pedagógicos (BRASIL, 2004, sp).

Diante de tal formulação, a lógica instituinte da Política, agora de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, se conforma com novos matizes que inclui a Educação Permanente como uma ação estruturante, como exposto na figura 4.

[80] O objetivo do Ministério da Saúde é a construção de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, principalmente por meio da constituição de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão) com a elaboração de projetos de: mudança na educação técnica, na graduação, **nas especializações em serviço**, **nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação**; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004, sp).

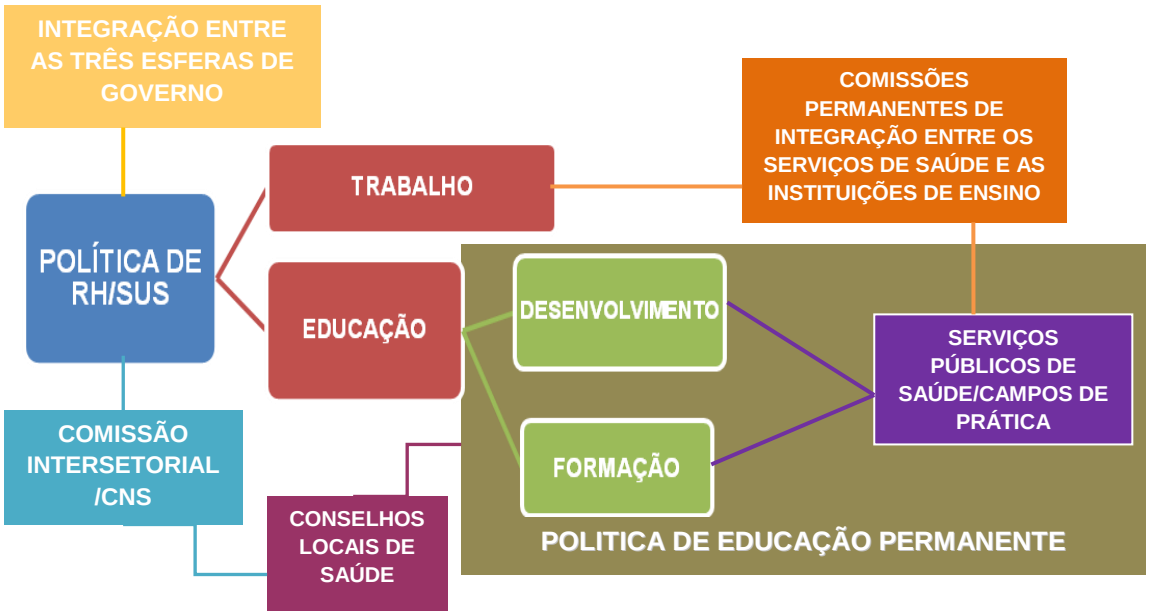


Figura 5: Processo de construção do quadro político-organizativo da Política Nacional da Educação na Saúde-LOS; NOB/RH/ PNEPS, (Estruturado pela autora).

Pasini (2010) faz referência ao processo de enfrentamento da implantação da política de Educação Permanente desde sua apresentação em 2004. Sua formulação foi alterada[81], definindo novas diretrizes e estratégias, colocando as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) acionadas como instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde conforme o que já estava previsto no artigo 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH - SUS, adequando-a as diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde de 2006[82].

O Pacto pela Saúde surge a partir das discussões sobre a organização e o funcionamento do SUS que haviam sido orientados pelas NOBs (Normas Operacionais do SUS), elaboradas durante toda a década de 1990 para regular o funcionamento do sistema, garantindo, de certa forma, avanços no SUS. Apesar dos avanços importantes, limites enormes foram apresentados nas últimas Conferências de Saúde e dos debates do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) que resultaram em profunda análise do SUS no contexto pós-NOBs para justificar mudanças. Esses diferentes debates resultaram na criação de uma

[81] Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.

[82] O Pacto pela Saúde (portaria/GM n° 399) derrubou a vigência das NOBs e da NOAS. O Pacto pela Saúde traz uma série de reformas institucionais ao SUS nas três esferas de gestão, substituindo as habilitações propostas na NOB/96 e NOAS/2001 pelo Termo de Compromisso e Gestão (DRAGO; 2011).

nova proposta de pactuação sobre o funcionamento do SUS – que foi o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006d).

O Pacto pressupôs, para a área da educação e de gestão do trabalho, uma construção de consensos, sobretudo os relacionados com: a Política de RH[83] para o SUS, entendida como eixo estruturante; o MS como formulador de diretrizes de cooperação técnica para a gestão de trabalho e **no âmbito da educação estabeleceu diretrizes para o trabalho na Educação na Saúde baseadas na educação permanente como parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS** (BRASIL, 2006d). Desse modo, houve uma reafirmação das conformações estabelecidas para a área da Política de Educação na Saúde pelo Pacto através da defesa pela ampliação do conceito de saúde implicando articulação entre trabalho e educação e o reconhecimento, como diria Pasini (2010, p. 45), *da necessidade de abertura para diferentes olhares sobre os processos de vida*.

Enfatizando a centralidade dessas questões para um processo renovado de implantação do SUS, a 3ª CNRHS, realizada em março de 2006, rediscutiu a agenda programática setorial tal como vinha sendo executada pela SGTES. O tema central da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde foi *"Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação"*. Essa conferência teve como propósito aprofundar as diretrizes e estratégias da NOB-RH/SUS no tocante à gestão do trabalho e da educação na saúde no SUS. Pires-Alves e Paiva (2006) concluem que os debates distribuíram-se em torno de dois eixos: a gestão do trabalho em saúde e a educação na saúde.

Destacaram-se nas discussões do campo da educação em saúde: o estabelecimento dos Pólos de Educação Permanente em Saúde como instâncias de formulação da política e articulação entre órgãos de execução do SUS, as instituições formadoras de pessoal de saúde e o controle social no setor; o aprofundamento do reordenamento dos cursos de graduação nas profissões de saúde, com o intuito de articulá-los ao SUS e a seus desafios; a introdução dos

[83] Os documentos demoram em assimilar a concepção de Gestão do trabalho e educação na Saúde.

modos de possibilitar aos estudantes das profissões de saúde conhecer o cotidiano da gestão e funcionamento do sistema de saúde e a renovação da residência médica e as residências por área profissional e as integradas (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006, p.322).

Ceccim (2008, p.19) faz uma observação que demonstra a evolução e a construção da política de educação na saúde. Considera ele:

> Uma anotação interessante sobre os domínios de conhecimento do Trabalho em Saúde e da Educação na Saúde são seus estágios reversos. O **Trabalho predomina na NOB/RH-SUS** (74% de suas recomendações), enquanto no documento base preparatório para a **3ª Conferência Nacional** de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (as duas primeiras Conferências foram designadas por Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde), elaborado em 2005, **predominou a Educação** (65% de suas recomendações).

O documento preparatório da Conferência traz uma importante avaliação do trabalho, enquanto centralidade do processo de produção social, sobretudo por considerar "[...] o trabalho como uma categoria central na construção dos atores sociais, em um movimento construtivo, no qual, ao mesmo tempo em que o trabalhador se constrói, atua e se reconhece como pertencente ao ambiente de trabalho" (BRASIL, 2005c, p.33). Nesse sentido, a Conferência reitera a potencialidade do trabalho multiprofissional como um importante espaço de construção desse trabalhador e aí a educação alcança cada vez mais destaque.

> **O caráter multiprofissional das vivências e estágios é essencial para que os estudantes percebam como as competências se integram**, complementam e ativam processos inovadores do cuidado e da organização dos serviços de saúde. A aproximação com realidades e contextos culturais diversos e o contato direto com os usuários e conselheiros de saúde são relevantes para o sucesso da iniciativa de montar o perfil do trabalhador de saúde e não apenas ampliar o conhecimento do SUS. **Trata-se de uma tarefa da educação universitária recomendável para todas as profissões** (BRASIL, 2005c, p. 34, grifo nosso).

Importa analisar que essas concepções são frutos de intensas articulações, com diferentes entidades representativas da área da saúde, marcadas por inúmeras resistências em diferentes setores no âmbito governamental, especialmente nos setores representativos das corporações médicas. Deve-se lembrar, nesse sentido, que o momento era de plena discussão do chamado "Projeto de Lei do Ato

Médico”[84] (PASINI, 2010). Por isso, observa-se a seguinte colocação na Conferência.

> A regulação das profissões tem obedecido, muito mais, às regras estabelecidas pelas próprias corporações, por meio de processos de auto-regulação, do que às necessidades da população, do desenvolvimento do país ou de ações efetivas de governo. As iniciativas legislativas, por sua vez, reproduzem, freqüentemente, as resoluções da auto-regulação, sem que haja participação relevante do governo e de outros segmentos da sociedade no processo de regulação das profissões. **É visível o desequilíbrio desse processo, em que se colocam mecanismos de defesa dos interesses das próprias corporações** e os interesses da população em geral. [...] Faz-se necessária a revisão dessas leis e o estabelecimento de novos patamares regulatórios (BRASIL, 2005c, p.41, grifo nosso).

Esse debate perpassa pelo papel das instituições formadoras que, segundo as considerações feitas na Conferência, são chamadas a ocupar um lugar para além do espaço de produção científica e qualificação de quadros profissionais, como parceiras do Sistema Único de Saúde. A efetivação da interação entre ensino e o trabalho, deve consolidar os compromissos públicos e a “[...] relevância social da formação, especialmente em saúde, onde existe mandato constitucional para a ação conjunta” (BRASIL, 2005c, p.45).

Nessa perspectiva, para a 3ª CNGTES a formalização e execução da educação na saúde são defendidas através articulação entre os setores federais da saúde e da educação que deve ser ampliada e desenvolvida no sentido de construir de forma ampla e eficaz a relação intersetorial e, assim, atender aos legítimos interesses da formação e especialização dos profissionais. Para isso, mais uma vez é cobrada a urgência da regulação do inciso III, do artigo 200, da Constituição Federal.

Em meio a essa efervescência de discussões que atravessam a própria Conferência e a Sociedade, a Residência é destacada enquanto uma importante modalidade de ensino na área da Saúde. Consta no relatório da Conferência que a especialização em serviço na saúde é *“[...] um dos principais modelos de formação de profissionais com domínio significativo das habilidades de pensamento e de ação requeridas pelos variados núcleos de conhecimento do trabalho na área”* (BRASIL, 2005c, p.50).

---

[84] Trata-se do projeto de Lei 7703/06, que define quais são as atividades exclusivas dos médicos que só podem ser realizadas por eles ou com sua autorização. Consultar: http://www.senado.gov.br/noticias/agencia/quadros/qd_373.htm.

Considerando a existência desse tipo de especialização realizado por muitas universidades há mais de vinte anos, inclusive residências para outras profissões de saúde, sem que se tenha uma política de especializações definida para todo o setor saúde, o relatório traz proposições importantes para essa modalidade:

- Ampliar em 70% a oferta de cursos de pós-graduação lato sensu e strictu senso e de programas de residência multiprofissional na rede SUS para os profissionais de saúde.

- Criar novas residências integradas, ***com garantia de uma Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais ampliada****.*

- ***Reconhecer e valorizar as residências*** *e as especializações em saúde na pontuação de processos seletivos, concursos e carreiras, em reconhecimento aos aperfeiçoamentos e especializações proporcionados pelo SUS.*

- A residência integrada em saúde é um conceito a ser considerado no estabelecimento de ***formas de articulação entre os programas de residência das várias profissões [...]*** *do SUS* (BRASIL, 2005c, p.52).

A conferência discutiu as formas de melhor realizar a interação entre trabalhadores e usuários do SUS e entre gestão dos serviços e movimentos sociais, inclusive como meio de educação recíproca, de reconhecimento de necessidades comuns, rumo a formas mais avançadas de controle social. Entendeu que para isso seria fundamental que o setor da educação (federal, estadual e municipal), seja por meio dos órgãos de governo, seja por meio dos conselhos de educação, atenda e faça cumprir os artigos 27 a 30 da Lei Orgânica da Saúde[85], juntamente com os gestores do SUS e os conselhos de saúde.

A Conferência foi explícita em avaliar para que um processo efetivo de mudanças na formação em saúde com o propósito de articular ensino, trabalho, gestão e controle social aconteça, não pode prescindir do debate das condições de ensino-aprendizagem nos hospitais universitários. Importantes questões a esse respeito são levantadas:

---

[85] **Lei 8.080 de setembro de1990 -** Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

- I - 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;
- Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde - SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa**,** mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional**,** instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes**.**

- A formação final dos estudantes das profissões de saúde tem sido feita, principalmente, pelos ***hospitais universitários****. O debate sobre a sua relação com a graduação não é menos relevante que a* ***discussão quanto à sua integração à rede do SUS e ao seu financiamento adequado****.*

- O primeiro passo nesse sentido já foi dado com a extinção do Fideps[86] *– Fundo de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa nos Hospitais Escola e com a inserção da reflexão crítica sobre os hospitais universitários e auxiliares de ensino em todos os projetos de Pólos de Educação Permanente em Saúde. Hoje, o conjunto desses hospitais passa por um processo de certificação, agora como Hospitais de Ensino, tão-somente.*[87]

- Essa certificação deve primar por novos desafios ético-profissionais e nova forma de contratação e compromissos, como: integração, em rede, com o conjunto do sistema de saúde local e regional; integralidade e humanização da atenção hospitalar pelo SUS; apoio, de forma matricial, às especialidades contempladas nas equipes de saúde da atenção básica; avaliação tecnológica para o SUS; e valorização, ainda maior, da proteção da excelência técnica dos hospitais de ensino na composição da rede de atenção integral à saúde (BRASIL, 2005c, p.52).

No entanto, há que se considerar todo processo de ajustamento dos hospitais universitários à lógica instituída pelas políticas de corte neoliberais. Os Hospitais Universitários Federais eram mantidos exclusivamente pelo MEC como parte da universidade, dentro da autonomia universitária, até meados da década de 1970. Progressivamente o MEC foi reduzindo seus investimentos nos HUs visto que estes contavam com financiamento do MS, a partir do momento que se inseriram como parte da rede do Sistema de Saúde e passaram a receber por atendimento (DRAGO, 2011).

A certificação dos hospitais de ensino[88], referida pela 3ª CNGTES, está baseada nos eixos de integração docente-assistencial, participação na rede de serviços do SUS e

---

[86] Pasini (2011, p.60) refere-se que a forma de contratualizar as relações entre os hospitais de ensino e o SUS, anteriormente se davam através do repasse do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde (FIDEPS). Esta forma de incentivo foi avaliada como ineficiente para fomentar o incentivo às atividades de ensino e pesquisa nos hospitais que o recebiam, sendo inclusive utilizado de maneira discriminatória ao incluir hospitais que não desenvolvem ações de ensino e excluir outros que de fato o faziam. Além disso, houve o entendimento de que o FIDEPS não contribuia efetivamente com a integração dos hospitais de ensino à rede de serviços, pois estes muitas vezes permanecem vinculado à lógica de prestadores de serviços ao SUS, sendo estes recursos incorporados ao custeio dos hospitais.

[87] Drago (2011, p.94) faz importantes considerações sobre a Portaria Interministerial conjunta MS e MEC nº 1000 de 15 de abril de 2004, dizendo que esta foi a primeira a abrir caminho para a extinção do modelo de HUs vigente hoje. **Essa portaria unifica hospitais universitários** (vinculados e geridos por universidades), hospitais escola (vinculados e geridos por escolas médicas isoladas) e hospitais auxiliares de ensino (hospitais gerais que desenvolvem atividades de treinamento em serviço, curso de graduação ou pósgraduação através de convênio com instituição do ensino superior) **sob a mesma denominação: hospitais de ensino (HE)**. **Tornando iguais os processos de regulação e requisições para sua certificação esta portaria interministerial eliminou o estatuto dos hospitais universitários, que na sua relação orgânica com as universidades, sempre garantiram melhores condições de formação com indissociabilidade entre pesquisa, ensino e extensão.**

[88] O programa de certificação é regulado pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 2400 de 02 de outubro de 2007. Essa portaria estabelece os requisitos que um hospital deve preencher para ser considerado hospital de ensino, a partir de 4 dimensões: atenção à saúde, ensino, ciência e tecnologia e gestão.

manutenção de mecanismos gerenciais e organizativos. Ser reconhecido como um hospital de ensino requer cumprir algumas exigências, como:

> [...] **abrigar programas de residência médica e multiprofissional**, garantir acompanhamento docente para os estudantes de graduação, manter as atividades de internato, abrigar atividades de pesquisa no hospital, manter, no mínimo, 70% dos leitos destinados a pacientes do SUS, entre outras (DRAGO, 2011, p. 114, grifo nosso).

Todo esse redimensionamento levou a uma diminuição do financiamento via governo federal, resultando na busca dos hospitais por mais dinheiro via SUS, assumindo para isso metas nem sempre possíveis de serem cumpridas[89] (DRAGO, 2011). O projeto societário vigente deixa dessa forma o HU numa luta cotidiana no interior de cada instituição para manter o equilíbrio do tripé: atenção à saúde; educação e desenvolvimento de recursos humanos. Para acompanhar essas demandas a 3ª CNGTES propôs a implantação de uma comissão de gestão de trabalho e educação na saúde nos Conselhos de Saúde.

Essa comissão teve como finalidade formular diretrizes, acompanhar e avaliar a política de gestão do trabalho e educação em saúde; propor e acompanhar a atualização e a formação dos trabalhadores e conselheiros; monitorar a qualidade das ações e serviços de saúde e acompanhar a implementação das deliberações dos Conselhos, nas respectivas instâncias de gestão. A aproximação entre os Ministérios da Saúde e da Educação ocorreu por meio da Portaria Interministerial nº 2.118/05 (BRASIL, 2005b), a qual **estabeleceu cooperação técnica entre os ministérios** na formação e desenvolvimento de profissionais de saúde.

O resultado foram ações articuladoras das políticas de educação e de saúde intersetorialmente por meio da Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, ligada à DEGES. A Portaria Interministerial foi instituída para estabelecer cooperação técnica na formação e no desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 2005b). Emergiram, após a Portaria, ações intersetoriais de acordo com as normatizações construídas ao longo das últimas décadas.

---

[89] Uma vez certificados, os HU's são incluídos no Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (Rehuf) no âmbito do SUS e assim iniciam um processo de pactuação com os respectivos gestores de saúde (estadual e municipal), de metas relacionadas à produção de serviços e às atividades de ensino, de pesquisa e de avaliação tecnológica voltadas para as necessidades do sistema de saúde – a contratualização (DRAGO; 2011, p. 114).

A Conferência destacou como importante passo nessa construção, a iniciativa do governo federal de criar, por meio da Medida Provisória nº 238, de 1º de fevereiro de 2005, um programa de bolsa de educação pelo trabalho para a especialização e aperfeiçoamento em serviço, bem como para a instrutoria em serviço, nas modalidades de tutoria, preceptoria e orientação em serviço. Apesar do destaque, feito pela Conferência, no sentido de um dispositivo jurídicolegal para a inserção de programas com essa formatação, a Residência aparece no meio da Medida que logo depois se tornou Lei, que versa pelo Pró-jovem[90], sem um destaque específico, que será aprofundado no próximo capítulo.

Nota-se que tal fato relaciona-se com a constituição da SGTES e com ela a Política de Educação na Saúde e esta se coloca em âmbito nacional com uma proposta de ampliação da formação. Há um intenso trabalho de articulação de diferentes atores e entidades representativas da área da saúde para implementar, dentre várias ações, a proposta das RMS. Importa pensar que o desvendamento do processo de instituição dessa modalidade de formação está posto entre inúmeras resistências e enfrentamentos em diferentes setores tanto da sociedade quanto no âmbito governamental, especialmente nos setores representativos das corporações médicas (PASINI, 2010). Mesmo existindo anteriormente, pois as Residências Multiprofissionais (RMS) já se constituíam como um processo de formação em saúde para diferentes profissões, além da medicina, desde o final dos anos 70, como exposto anteriormente, difere quando passa a ocupar um espaço de política pública para diversas categorias profissionais.

As condições para a emergência de produção de mudanças no modelo de formação e atenção à saúde já vinha se caracterizando como uma exigência social, apontadas pela LOS (8080/90), NOB/RH-SUS, pelas DCN e pelas Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos, nas últimas décadas, como aqui abordado. Mesmo assim, nesse contexto, observa Rosa e Lopes (2010), não deixa de ser *auspicioso* o governo incorporar esse debate e criar estratégias para a implementação de políticas que façam esse enfrentamento, na tentativa de instituir uma nova

[90] Em 30 de junho de 2005, a Lei 11.129 institui o Pró-jovem - Programa Nacional de Inclusão de Jovens -. O Pro-jovem, é destinado a jovens de 15 (quinze) a 29 (vinte e nove) anos, com o objetivo de promover sua reintegração ao processo educacional, sua qualificação profissional e seu desenvolvimento humano.

organização dos serviços que possam dar conta das necessidades da população. As discussões e enfrentamentos colocados em pauta passam necessariamente pela

> [...] cultura instituída para a negação do SUS e a mercantilização do sistema de saúde sustentada por grupos da elite conservadora; a própria luta com a corporação médica com discursos, quase exclusivos, contra a proposta da residência para outros profissionais não médicos; e o 'jogo' de interesses dos ministérios da Saúde e da Educação para formulação de políticas públicas (ROSA; LOPES, 2010, p.487).

O jogo de interesses está para todos os âmbitos das políticas públicas e em meio ao processo de dar novos contornos à política de educação na saúde. O contexto político e econômico do governo, que havia sido iniciado com uma expectativa de fortalecimento do SUS constitucional, não se desenvolve conforme o esperado, pelo menos para os *universalistas* como afirma Bravo (2006). Desde o primeiro mandato desse governo instalou-se um embate sobre a orientação macroeconômica, considerada continuista, em referência ao governo FHC. Para Pasche *et al* (2006) o desfecho desse embate apontou para o fortalecimento das orientações da área econômica em detrimento a proposição *universalista* que está cada dia mais longe de ser atingida, "[...] sendo substituídos pelos valores individualistas que fortalecem a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema" (BRAVO, 2006, p.20).

No âmbito da educação esse jogo de interesses torna-se mais explícito a partir dos anos 2000, pois argumenta Cislaghi (2010) que a *reforma* do ensino superior vem acontecendo desde o governo Collor, passando pelo governo de FHC, Lula e acrescenta-se mais recentemente o governo Dilma Roussef. Cislaghi (2010) defende que as mudanças de um governo para o outro pouco se diferenciaram e que a maioria levou ao fortalecimento da diretriz mercadológica.

> Toda essa profusão de programas, planos, decretos, projetos de lei que vêem se sobrepondo, mudando de nome e de discurso, fazem, na nossa visão, parte do mesmo processo de contra-reforma universitária operada para adequar o ensino superior às necessidades de formação de força de trabalho, de ciência e tecnologia e de ideologia às necessidades do capital pós anos 1970, período do neoliberalismo, tendo as propostas do Banco Mundial como matriz (CISLAGHI, 2010, p.123).

Nessa perspectiva, com o contexto histórico marcado por contrarreformas, observa-se a produção dos efeitos na dinâmica e direcionamento dos hospitais universitários. A **13ª CNS** ocorreu **no ano de 2007** - com o tema "Saúde e Qualidade de Vida:

Políticas de Estado e Desenvolvimento", marcada pelo início do segundo governo Luiz Inácio Lula da Silva – (tinha como Ministros da Saúde: José Gomes Temporão e da Educação: Fernando Haddad) - postula crítica ao processo em andamento pelas ações que estavam em curso no governo. A Conferência reafirma o compromisso constitucional com o Sistema de Saúde - ***Não privatizar o SUS -*** combater o ideário de racionalização neoliberal, economicista e privatista na operacionalização das políticas do setor Saúde e diz que ***a 13ª Conferência Nacional de Saúde se posiciona contra o projeto de Fundação Estatal de Direito Privado*** *e/ou organização social, e/ou Oscip em qualquer esfera do governo (federal, estadual e municipal), tendo em vista ferir os princípios do SUS e do controle social (BRASIL, 2007, p.78).*

Quanto aos HUS essa Conferência defende: - *Que os hospitais universitários das instituições federais de ensino superior sejam 100% públicos, devendo ser financiados pelos ministérios da Educação, Saúde e Ciência e Tecnologia, para atuação como hospitais de ensino, pesquisa, extensão e assistência [...] (BRASIL, 2007, p.42).*

O cenário no qual os Hospitais Universitários estão inseridos só agrava no sentido do quadro de precarização em que se encontram. Drago (2011) apresenta um diagnóstico que inclui um quadro de servidores insuficientes, fechamento de leitos e serviços, sucateamento, contratação de pessoal via fundação de apoio (terceirizados e estagiários) e a subutilização da capacidade instalada para alta complexidade. Além disso,

> [...] o MEC aponta que apenas os HUs federais acumulam um déficit total de 30 milhões/ano (diferença entre o produzido e o pago),crescem as propostas de gestores locais e governantes políticos para a flexibilização da captação de recursos, como também para a desvinculação dos Hospitais de Ensino das universidades, já que o Ministério da Educação (MEC) não considera a função de "assistência" como sendo de sua alçada. A via de "salvação" dos HUs – argumenta o governo federal – seria a criação das Fundações Estatais de Direito Privado, defendidas inicialmente pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) e, em seguida, pelo MS como unidades gestoras dos hospitais (DRAGO, 2011, p. 106).

Tais propostas foram rejeitadas e expressas na 13ª Conferência Nacional de Saúde (2007), contrariando, portanto, ao contexto histórico, cuja concepção do ensino

superior brasileiro conduz ao entendimento dos HUs na lógica de produção e não da qualidade. “Perde-se nessa perspectiva a missão do hospital universitário, enquanto anexo das faculdades de saúde, optando por caracterizá-lo apenas como simples espaços de prestação de serviços” (DRAGO, 2011, p. 93).

Na mesma Conferência, entretanto, o papel das instituições formadoras e em especial os hospitais de ensino, encontra-se destacado quanto à sua função de formação, pois no Eixo II- Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde **– Inéditas -** foram considerados a necessidade de regulamentar os programas de residência multiprofissional *em Saúde em consonância com o processo histórico e político do debate sobre a formação do trabalhador da saúde (BRASIL, 2007,* p. 127)*.*

A Lei 11.129 de 2005 instituiu 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” (BRASIL, 2005, sp). Em 2006 a SGETS cadastrou novos programas de residências em medicina da família e Multiprofissionais, conforme Quadro 4.

UF	INSTITUIÇÃO	PROJETO
BA	Fundação de Pesquisa e Extensão - FAPEX	Especialização Multiprofissional em Saúde
BA	Universidade Estadual da Bahia - UNEB	Especialização Multiprofissional em várias áreas
BA	Instituto de Saúde Coletiva Especialização Multiprofissional em	Medicina Social
MG	Fundação de Apoio ao Desenvolvimento de Ensino Superior do Norte de Minas - FADENOR	Residência Multiprofissional (integrada) em Saúde da Família 2006/2007
MG	Fundação de Apoio e Desenvolvimento ao Ensino, Pesquisa e Extensão FADEPE/UFJF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
MG	Universidade Federal de Minas Gerais UFMG- FUNDEP - Belo Horizonte	Residência Em Medicina de Família e Comunidade turma 2006/2007
PE	IMIP - Instituto Materno Infantil de Pernambuco	Especialização Multiprofissional em Saúde da Família
PR	Universidade Estadual de Londrina - UEL	Especialização Multiprofissional em Saúde de Família - Modalidade Residência turma 2006/2007
RO	Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESCO - UFRO	Especialização Multiprofissional em Saúde da Família
RS	Grupo Hospitalar. Conceição	Residência em Saúde da Família Turma 2006/2007

RS	PUC Rio Grande do Sul	Especialização Multiprofissional em Saúde da Família
SC	FURB	Residência em Saúde da Família Turma 2006/2007
SC	Centro de Ciências da Saúde-Universidade Federal de Santa Catarina	Residência Integrada em Saúde da Família
SE	Prefeitura Municipal de Aracajú	Especialização em Saúde Coletiva Turma 2006/2007
SP	Santa Casa de Saúde de Santa Marcelina	Residência em Saúde da Família Turma 2006/2007
SP	Instituto UNI-FAMEMA/OSCIP	Residência Multiprofissional em Saúde de Família e Comunidade turma 2006/2007
SP	Universidade Federal de São Carlos	Residência Multiprofissional em Saúde de Família e Comunidade turma 2006/2007

Quadro 4 - Demonstrativo das residências multiprofissionais em saúde da família e outras residências financiadas em 2006.
Fonte: SGTES - BRASIL (2006e)[91]

No entanto, apenas o marco legal e o investimento da ordem de quase 50 milhões de reais pelo financiamento de 1.558 bolsas, liberado pela SGTES a esses e outros programas por área profissional (BRASIL, 2006), não foram suficientes por garantir um processo instituinte carregado de possibilidades contra-hegemônicas, no sentido do que está posto como modelo vigente.

Esses espaços perpassam um jogo de interesses antagônicos e a política de saúde é definida em meio ao jogo de forças. Foi assim que a 14ª Conferência de Saúde foi protagonizada, como uma arena de conflitos**. A 14ª Conferência** com o tema "Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro" **realizada em 2011 no governo Dilma Roussef** – (tendo como Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha e da Educação Fernando Haddad) - chegou a fazer importantes deliberações como a defesa do SUS ser 100% público e estatal e rejeitou todas as formas de gestão privatizante por meio das Organizações Sociais, Fundações Estatais de Direito Privado, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) e das Parcerias Público-Privadas. Também aprovou a necessidade de mais recursos para a saúde, entre outras deliberações em prol do fortalecimento do SUS. Só que

> [...] apesar de a grande maioria dos delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 30 de novembro a 4 de dezembro, ter rejeitado todas as formas de privatização da saúde, o governo, ao final do evento, apresentou uma "carta síntese" que não condiz com o teor das propostas aprovadas. A denúncia é feita pela Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, em nota assinada por diversas entidades (ANDES, 2011, sp).

[91] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_gestao2006cgu2_sgtes.pdf

Todo esse contexto social de estímulo às privatizações tem delineado no país não somente o sistema de saúde, mas também a educação. As universidades e diretamente os HUs com a proposta no Governo Lula de transformar esses Hospitais em Fundação Estatal de Direito Privado e sua concretização no governo Dilma Roussef, passam por um momento importante quanto ao seu papel na sociedade, não só por fazerem parte de uma universidade pública. Analisa Severino (2008) que para além da busca pela materialização do princípio da indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão, há uma função importante dos hospitais universitários como parte da formação dos profissionais de saúde e do atendimento à população. Completa ainda o autor que esse espaço de formação "[...] é um local privilegiado para a promoção de estratégias objetivando a realização de ações que levem à materialização dos princípios constitucionais" (SEVERINO, 2008, p. 39).

As RMS emergem, assim, nesse cenário histórico em que a proposta foi posta em ação, em um campo carregado de tensões entre diferentes poderes em disputa, exigindo dos envolvidos movimentos de avanços e recuos. Assim, tratar de um tema multifacetado, como é a Residência Multiprofissional, é sempre um desafio. Como Ceccim (2010, p. 17)

> [...] lemos sobre o assunto coisas com as quais concordamos, das quais discordamos e coisas que, inclusive, nada nos dizem. Pode-se argumentar que toda operação "inaugural", que transforma uma prática *original* e *emergente* em um objeto de conceitualização e regulamentação definido, tende à redução e, mesmo, à deformação de seu percurso. O melhor a fazer seria "deixar vir".

No próximo capítulo, ***o deixa vir*** é correr o risco de falar das RMS e o que elas representam. É um risco, pois falar de dentro e de fora é algo que suscitará discordâncias, dúvidas, entendimentos, mas com o propósito de contribuição com o processo que está em curso.

4 - A HISTÓRIA NA MÃO: RMS COMO UM PROGRAMA DA POLÍTICA PÚBLICA DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Os amores na mente
As flores no chão
A certeza na frente
A história na mão
Caminhando e cantando
E seguindo a canção
Aprendendo e ensinando
Uma nova lição (Geraldo Vandré).

A intenção neste capítulo é compreender a Residência Multiprofissional como um Programa interministerial, buscando identificar suas *possibilidades* para afirmar-se como modelo de formação de trabalhadores para o SUS no contexto atual, marcado pelo fim do governo Lula e início do governo Dilma Roussef. O interesse está na aproximação deste tempo em movimento, acompanhando os emergentes históricos e sociais que produzem os modos de conceber e operar a Residência na atualidade, inserida como um Programa no interior de uma política pública.

Como foi visto, é inserida na Política de Educação na Saúde – não mais recursos humanos - que se encontram as RMS como educação pós-graduada, cuja modalidade é formação especializada e realizada em serviço, desde 2005. A RMS é apresentada pelo governo Lula como um programa de cooperação intersetorial (Ministério da Saúde e da Educação) inserida pela lei n.º 11.129 de junho de 2005, justificando-se como proposta de Bolsas de Educação no Trabalho. Essa lei "Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude" (BRASIL, 2005, sem paginação). Esta Lei institui, em seu artigo 13°, "a Residência em Área Profissional da Saúde [...] voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, **excetuada a médica"** (BRASIL, 2005, sem paginação, grifos nossos).

Inicia-se, dessa maneira, o processo instituinte do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde sob orientação e condução dos Ministérios da Educação e da Saúde. O Programa conduz o processo de formação em Residência Multiprofissional em Saúde de modo a rever o quadro já existente de **modelos de formação heterogêneos**, com programas de residência com **ausência de diretrizes gerais** para a formação nessa modalidade. Traz, assim, a **necessidade de avaliação e monitoramento** dos cursos, estabelecendo eixos norteadores, os quais deverão estar em consonância com o SUS, com as diretrizes curriculares, com

o desenvolvimento do trabalho em equipe, com critérios de equidade regional. As dificuldades estruturais das residências multiprofissionais, como a manutenção do **financiamento e a certificação** são determinadas pelos Ministérios como necessárias para a sua legitimação como modalidade de formação de trabalhadores para o SUS, pois as Residências nas diversas áreas profissionais **não tinham legislação específica**.

Busca-se aqui entender que são questões que se colocam para o processo que se inicia, pois a configuração dos marcos normativos expressam ao mesmo tempo limites e possibilidades à implantação e implementação das RMS. O limite está na contenção do processo criativo que ora se desenhava pelos Programas, com sua própria lógica e estrutura, e que pode acabar aprisionado pela lei. Por outro lado está a possibilidade de contestação à lei instituída, reafirmando-a na direção da legitimidade desse espaço político e pedagógico da formação.

Com uma nomenclatura e marcos normativos novos, a RMS enfrentará esses desafios com pressões a favor e contra sua implementação. O discurso oficial e as legislações do governo apresentam a RMS não apenas como uma iniciativa de formação técnica. Como abordado no capítulo anterior, a Residência faz parte de um importante movimento político para garantia da consolidação do SUS que privilegia a formação como um dos seus aspectos estruturantes. Não obstante, como dispositivo de formação de profissionais de saúde, a RMS para se instituir precisa requerer e ganhar espaço no cenário de discussões políticas e pedagógicas em busca de sua legitimação. A busca começa pela própria Lei 11.129/2005 que trata de uma diversidade de questões afetas à juventude e, ao mesmo tempo da criação de um tipo de Residência **não médica.** O processo começa pela diversidade de interesses que se entrecruzam, como a falta de evidência da criação da RMS e os significados por trás da menção **não médica.** Polariza-se aqui a discussão: de um lado a formação médica e de outro um conjunto de profissões *não médicas* da área da saúde.

A proposta inicial da SGTES era de criação de uma Comissão de Residências em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, que abrigaria a Comissão Nacional de Residências, entretanto, tal proposta encontrou forte resistência na área médica e não se concretizou (BRASIL, 2006). Tal assertiva sustenta-se no documento

“Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios” publicado em 2006 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Em novembro de 2005, o governo federal editou a portaria 2117 que instituiu, de forma mais clara, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde, para a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho destinado às categorias profissionais que integram a área da saúde, porém, permanecendo sem êxito a participação da categoria médica.

Nesta análise não se pode desconsiderar as forças políticas que estão em jogo, ou seja, a questão corporativa tem que ser destacada:

> [...] os processos históricos e culturais que permitiram a legitimação da medicina, e, portanto, dos médicos, para determinar as políticas de intervenção no campo da saúde, a produção de conhecimento e de verdades sobre a saúde-doença, bem como o poder de ação do profissional médico sobre o sujeito ‘doente’. De novo, há um jogo de interesses para a manutenção do *status quo* da especialidade médica e do papel que esse ator exerce na ordem social brasileira (ROSA; LOPES, 2010, p.490)

O principal sujeito político nesse processo de resistência se deu dentro da CNRM, que é composta pelos Ministérios da Saúde, da Educação (MEC), do CONASS, CONASEMS, além de entidades médicas, como o CFM. O SGTES conseguiu estabelecer parceria com a CNRM com apoio da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), que juntos, no final de 2005, aprovaram 438 novas vagas de Residência Multiprofissional de Família e Comunidade. Porém, enquanto a Residência Médica tinha certificação assegurada pela CNRM, as demais profissões que integravam a Residência Multiprofissional, quando vinculadas a uma universidade, tinham sua certificação como especialização, mas não na modalidade residência (BRASIL, 2006).

Essa situação, desde o nascedouro da normativa, gerou distorções. Um desdobramento era o não reconhecimento dessa formação em processos seletivos da área da saúde.

> [...] enquanto a **Residência Médica tem sua certificação assegurada pela CNRM**, as demais profissões que integram a **Residência Multiprofissional**, quando vinculadas a uma universidade, **têm sua certificação como especialização**, mas não na modalidade residência, com as especificidades que a caracterizam. [...]. Embora os trabalhadores formados nesses programas de residência recebam certificação de curso de especialização, a carga horária cumprida, bem como o custo da modalidade residência são bem maiores (BRASIL, 2006, p. 7).

Essa situação colocou um impasse, pois “[...] como pode o Governo justificar o alto investimento em uma modalidade de pós-graduação que ele próprio não reconhece e não certifica?” (BRASIL, 2006, p. 7).

Refletindo sobre o processo de constituição da modalidade Residência como modelo formativo, Dellegrave e Kruse (2010) abordam a asserção da *Residência como coisa de médico.* As associações entre as palavras que compõem este enunciado e os processos históricos, culturais e econômicos permitiram a legitimação dessa verdade como um discurso imperativo. No discurso dos médicos, portanto, está a estratégia objetiva de manutenção do *status* médico e da medicina como profissão melhor, mais completa e mais importante na área da Saúde (DELLEGRAVE; KRUSE, 2010). O ensino em serviço advindo desta lógica relaciona-se com a divisão do trabalho, apontando limitações para cada especificidade profissional e determinando a forma de atuação e legitimação do conhecimento pela capacidade reprodutiva das práticas (SILVA; CABALLERO, 2010).

Pensando nos movimentos de transformação na produção de um conhecimento sobre a conformação e as formas de estruturação da concepção de saúde, há uma produção de conhecimento que passa pelo direito e acesso universal, com as modificações da compreensão de saúde e doença, como abordado no capítulo anterior. Por esse lado, os grupos que falam a favor das mudanças dos paradigmas médicos foram aos poucos adquirindo espaços.

Esse processo foi urdido lentamente. Em 1998 a Resolução CNS nº 287 já havia definido as categorias de profissões para a área de saúde[92] e logo depois, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) indica que o termo “paramédico” seja eliminado dos documentos oficiais, sendo substituído por “profissional de saúde”[93] (PASINI,

[92]O CNS reconhece como profissões da área da saúde a: Medicina, enfermagem, odontologia, nutrição, psicologia, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, educação física, medicina veterinária, serviço social, terapia ocupacional, biomedicina e biologia (Resolução do CNS nº 287 de 1998).

[93] Aqui não será problematizado o histórico do uso do termo paramédico na área da saúde e a subalternidade nele inscrita e imposta aos *não médicos*. Destacar-se-á toda a pressão resultante do aumento do contingente de profissionais de saúde e da constante necessidade de reversão dos modelos relacionais no interior da área da saúde.
O trabalho de Dellegrave e Kruse (2010) aprofundam alguns questionamentos, como: são profissionais de saúde ou os chamados não médicos? De onde surgiu essa denominação? Médico é quem tem graduação em medicina, sendo, portanto, possuidor de um diploma de médico. E o não-médico? Quem é? A quem se endereça esse dito? As oposições binárias, quando impressas nas identidades dos trabalhadores da saúde, ou seja, aquilo que a mídia chama de médicos e não médicos (incluindo nesta categoria todas aquelas profissões que não *cabem* na primeira), um termo como positivo e o outro como negativo. No entanto, essa mesma identidade, muitas vezes, é conferida pela oposição, ou seja, não há um limite único e fronteiriço; ela é flutuante e cambiante. Entendemos este binarismo como exercício do poder, o lugar por onde ele espalha-se, entranha-se, capilariza-se e vincula-se, de maneira inseparável, ao saber. Ao mesmo tempo, declara separação nítida de saberes, de projetos de cuidado, de objetos e de sujeitos articulados no trabalho.

2010). O Ministério da Saúde no panorama da educação em serviço, e assumindo seu papel como responsável por ordenar essa formação, elenca os aspectos legais envolvidos na regulamentação educacional e aponta, entre outras coisas, como prerrogativa aberta pela legislação, segundo Pasini (2010), o desaparecimento da organização privativa da profissão médica para a especialização profissional realizada em serviço.

As propostas de novos desenhos técnico-assistenciais buscam consolidar novos campos de ações a partir da ressignificação das práticas e da formação de trabalhadores, tendo como referência os processos de inserção nos serviços. Em meio a esses processos de mudanças, apesar do percurso histórico da Residência Multiprofissional, a falta de clareza quanto à sua existência, somada às discussões políticas mais atuais sobre os modelos organizativos para a formação profissional, abriram passagem para a necessidade de sua legitimação em conjunto à CNRMS. Os posicionamentos foram a favor de um espaço para uma escrita implicada com questões do campo de atuação da residência e suas possibilidades de inserção no campo das políticas de formação de trabalhadores.

Não foram apenas as iniciativas de governo, que se articulou através da SGETS e do CNS, especialmente com a CIRH, mas a emergência de um movimento organizado de residentes, preceptores e coordenadores de programas multiprofissionais que trouxeram materialidade à construção da regulação institucional dos programas de residência em saúde[94]. Em dezembro de 2005, foi realizado, em Brasília, o 1º Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, com o apoio do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, com participação de entidades da área, como o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde – Fentas e Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde – Fnepas.

Este Seminário é um marco inicial das discussões e diretrizes para as RMS e ressalta o protagonismo do movimento dos residentes que dinamizou o processo de regulamentação das Residências Multiprofissionais em Saúde. As proposições levantadas nos diferentes grupos de trabalho do 1º Seminário Nacional foram sistematizadas a partir dos seguintes itens: a) estratégias para a construção de

[94]Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS Exercício 2007/2009.

multidisciplinaridade, visando atender ao preceito da integralidade; b) construção de diretrizes nacionais para as residências multiprofissionais em saúde; c) composição da CNMRS; d) criação do sistema nacional de residências multiprofissionais em saúde[95]. O Seminário determinou uma agenda nacional com indicativo de realização do **2º Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde** junto ao Congresso da ABRASCO (Agosto/2006 no Rio de Janeiro); indicativo de composição e regulamentação da **Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde** (CNRMS); e da criação de um **Grupo de Trabalho Nacional** para propor a operacionalização da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde.

Neste mesmo ano, em 2006, já havia um total de 516 vagas de Residentes apoiados pela SGETS, distribuídas em vários Programas e por diversas áreas de formação profissional, conforme pode ser observado no quadro 5.

Região	Vagas															
	Medicina	Enfermagem	Odontologia	Psicologia	Nutrição	Serviço Social	Fisioterapia	Terapia Ocupacional	Educação Física	Farmácia	Medicina Veterinária	Biologia	Biomedicina	Fonoaudiologia	Ciências Sociais	Total Apoiadas
Norte																14
Rondônia	–	8	3	–	–	–	–	–	–	3	–	–	–	–	–	14
Nordeste																125
Bahia	–	30	8	2	3	6	–	5	3	–	–	–	–	3	1	64
Maranhão	–	2	2	2	2	2	–	–	–	2	–	–	–	–	–	12
Pernambuco	–	6	6	–	–	6	6	–	–	–	–	–	–	–	–	24
Sergipe	5	5	5	5	–	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	25
Sul																171
Paraná	–	5	2	2	–	1	2	–	1	1	–	–	–	–	–	13
Rio Grande do Sul	–	24	9	8	8	10	12	1	–	7	–	–	–	–	–	79
Santa Catarina	12	16	16	10	7	9	1	–	1	7	–	–	–	–	–	79
Sudeste																206
Minas Gerais	33	33	26	–	–	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	99
São Paulo	16	23	20	10	6	10	10	6	6	6	–	–	–	–	–	107
Total	**66**	**152**		**39**	**26**	**56**	**31**	**12**	**11**	**26**	**0**	**0**	**0**	**3**	**1**	**516**

Quadro 5: Distribuição das vagas de RMS apoiados pela SGETS/MS – 2006
Fonte: DEGES/SGETS/MS (BRASIL, 2006).

[95]Documento: Texto-Base do Seminário Regional Sul/Sudeste de Residências Multiprofissionais em Saúde - realizado nos dias 16 e 17 de junho de 2006, em Curitiba/PR, junto ao Congresso Nacional da Rede Unida. Elaborado pelo coletivo de residentes e militantes da saúde proponente do Projeto de organização dos seminários regionais e nacional e da parceria junto ao Ministério da Saúde.

O Programa se concentrava, em grande parte, nas regiões de sudeste (206 vagas), Sul (171), e Nordeste (125), com apenas 14 vagas na região Norte. Os estados com maior números de vagas eram: São Paulo (107); Rio Grande Sul e Santa Catarina (79); Minas Gerais (99) e Bahia (64). Entre as profissões a enfermagem possuía o maior número de vagas (152), seguida da Medicina (66) e do Serviço Social (56). Com um número crescente de adesão ao Programa também foram se intensificando os processos de organização dos sujeitos políticos e conformando uma identidade política aos movimentos instituintes, como o Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS) (CLOSS, 2010).

A Residência Multiprofissional torna-se parte de um conjunto de ações que busca instituir um projeto de mudança na formação em saúde. Trata-se de um processo que inclui projetos políticos gestados no campo da articulação de movimentos da sociedade civil e da esfera pública, que passam a adquirir espaços nas agendas governamentais, através de atores ligados ao Movimento Sanitário no interior do Estado, atuando nesse cenário de intensas negociações (LUCCHESI, 2011). Um desses cenários foi o 2º Seminário Nacional. A mobilização desse encontro permitiu que a SGTES/MS e a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESu/MEC) criassem um Grupo de Trabalho[96] para elaborar proposta de composição, atribuições e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (GT-CNRMS). Foi integrado por representantes do Ministério da Saúde – MS; Ministério da Educação – MEC; Residentes Multiprofissionais em Saúde; Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS; Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde - FENTAS; Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde – FNEPAS e representante dos Coordenadores de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Coube ao GT a sistematização do relatório do Seminário e elaboração da portaria de criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

Ocorreram mudanças, nesse mesmo momento, no interior do Ministério da Educação que foram passíveis de intensas críticas relativas ao processo instituinte

[96] Grupo de Trabalho da Residência Multiprofissional em Saúde foi instituído pela Portaria Interministerial nº 2.538, de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2011b).

das Residências Multiprofissionais. Cabia ao **Departamento de Residências e Projetos Especiais na Saúde**, da Secretaria de Educação Superior do **MEC**, a formulação e operação dos assuntos da formação cujo foco era a Residência, Especialização em área profissional realizada em serviço e Projetos Especiais, decorrentes da integração ensino-serviço. Em 2007 houve uma alteração na estrutura do MEC que mudou o conceito de Departamento e criou as Diretorias. Os assuntos do antigo Departamento do qual a Residência fazia parte passou a ser de domínio da **Diretoria de Hospitais Universitários e Residências de Saúde**, mantendo, segundo Ceccim (2008), a evidência da Educação e Ensino da Saúde tendo os hospitais como privilégio do ensino universitário. Este assunto abre um debate que será aprofundado mais a frente, pois a partir de 2010 novas mudanças ocorreram.

Para o DEGES/MS a vinculação da CNRMS ao Departamento de Hospitais e Residências (DHR) da Secretaria de Educação Superior (SESu), mesmo departamento ao qual se vincula a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), decorre do aprofundamento do espaço interinstitucional "[...] criado na atual gestão, de interface entre os Ministérios da Educação e da Saúde, como base para a consolidação da política nacional de educação na saúde, conduzida pelo Ministério da Saúde" (HADDAD, 2009, p.226). O Departamento rebate as críticas observando que a Residência estaria sendo pautada em múltiplos espaços para sua consolidação.

> Tendo a educação permanente (Portaria n. 1996/2007) como eixo estruturante, há um consistente movimento no âmbito dos estados, tendo como referência as comissões de Integração Ensino Serviço (CIES), vinculado aos Colegiados de Gestão Regional (CGR), pela integração das ações de educação na saúde, e isso envolve a RMS (HADDAD, 2009, p.228).

Em meio a esses embates houve intensa mobilização com mudanças também no quadro da gestão da SGETS e do DEGES/MS. Segundo Closs (2010) essas mudanças chegaram a configurar momentos de incertezas sobre a continuidade do processo de instituição das RMS desde a afirmação de uma base que estava sendo construída pelos diversos atores representantes do processo até a articulação política junto ao Conselho Nacional de Saúde. O momento político configurava a transição do governo Lula, mesmo sendo de um mandato (2003 a 2006) para outro

(2007 a 2010), as mudanças permeavam todos os setores envolvidos com as políticas públicas.

Como observado no início desse trabalho, para a área da saúde, o contexto político e econômico do governo, que havia sido iniciado com uma expectativa de fortalecimento do SUS, não se desenvolveu conforme o esperado, prevalecendo a orientação macroeconômica considerada continuista, em referência ao governo FHC. Para Bravo e Menezes (2011, p. 20), apesar de alguns avanços, o Ministério da Saúde **não tem enfrentado** questões centrais como a "[...] concepção de Seguridade Social, **a Política de Recursos Humanos e/ou Gestão do Trabalho e Educação na Saúde** e a Saúde do Trabalhador". Para além de não enfrentar, o governo apresentou proposições que vão na contra mão do projeto defendido pela Reforma Sanitária, com rebatimentos para a política de educação na saúde como a adoção de um novo modelo jurídico-institucional para os hospitais universitários, ou seja, a criação de Fundações Estatais de Direito Privado - PL nº 92 de 2007[97] (BRAVO; MENEZES, 2011)[98].

Em meio a esse contexto prevaleceu a articulação dos diversos atores envolvidos com a RMS, contando com a participação do Conselho de Saúde, que a Portaria Interministerial nº 45 finalmente instituiu a Comissão Nacional que daria legitimidade e regulação participativa às residências em saúde. Porém, a Comissão passou a funcionar somente a partir de setembro de 2007, quando a Portaria Interministerial MEC/MS nº 698 nomeou os membros da CNRMS, que realizou sua primeira reunião plenária em agosto do mesmo ano (FNRS, 2010).

Nos dois primeiros anos de funcionamento (de 2007 a 2009), Haddad (2009) informa que, apesar das dificuldades do processo instituinte, a CNRMS estabeleceu seu Regimento Interno de funcionamento, abriu cadastramento para os programas existentes, selecionou e iniciou a capacitação de um banco de avaliadores de

---

[97] O projeto de lei complementar (PL) 92/07 que propôs a criação de fundações estatais de direito privado para gerenciar nove áreas do serviço público, entre elas a da saúde, foi enviado pelo Poder Executivo em julho de 2007 ao Congresso Nacional. A atitude do governo federal de encaminhar uma proposta de mudanças essenciais no modelo de gestão da saúde pública sem antes discuti-la com os movimentos sociais organizados foi contestada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

[98] A 13ª CNS, realizada em 2007 teceu crítica ao processo em andamento pelas ações que estavam em curso no governo. A ***13ª Conferência Nacional de Saúde se posicionou contra o projeto de Fundação Estatal de Direito Privado*** *e* defendeu que os hospitais universitários das instituições federais de ensino superior sejam 100% públicos (BRASIL, 2007, p.78). Bravo e Menezes (2011) observam que a Conferência só foi realizada em 2007 face à determinação do Conselho Nacional de Saúde, apesar das dificuldades enfrentadas e do pouco envolvimento do Ministério da Saúde, demonstrando o mesmo envolvimento que teve com a 3ª CNGTES.

programas, estabeleceu critérios para dar início ao credenciamento provisório dos programas já existentes. Também se estabeleceu um canal de comunicação com os Conselhos Profissionais das 14 profissões da saúde, com os quais pactuou uma nova conformação de Câmaras Técnicas, não mais por profissão, mas por linha de cuidado[99], "[...] sinalizando mais um passo importante para a construção da integralidade do cuidado na formação em saúde" (HADDAD, 2009, p. 227).

Ainda em 2008, foram realizados o 3º Seminário Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde e a Oficina de Capacitação de 100 avaliadores para programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Em 2009, a Portaria Interministerial nº 1.077 regulamentou, apesar das controvérsias, a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu o Programa Nacional de Bolsas para essas residências (BRASIL, 2009). Todo esse movimento permitiu a consolidação de um arcabouço jurídico-institucional a partir de 2005, destacando Leis e portarias para materialização e sustentabilidade das RMS como pode ser observado no quadro 6.

[99] No 1º. SNRMS a organização de câmaras técnicas foi determinada por profissão. A partir do 3º Seminário Nacional as Câmaras técnicas passaram a ser constituídas por áreas temáticas sob a lógica da linha de cuidados e com desenho de composição multiprofissional. Há no interior dessa discussão um debate acerca das representações e da composição da estrutura dos Programas, que aqui não será aprofundado. O IV Seminário Nacional desenvolve um pouco mais sobre essa temática.

BASE LEGAL DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE – de 2005 a 2013			
LEGISLAÇÃO	**DESTAQUE/CONTEÚDO**	**OBSERVAÇÕES/COMENTÁRIOS**	**SITUAÇÃO**
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 nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências	No Art. 13 ficou instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, **excetuada a médica.** § 1º A Residência a que se refere o caput deste artigo constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a **inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde**. § 2º A Residência a que se refere o caput deste artigo será desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde. Art. 14. Fica criada, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, cuja organização e funcionamento serão disciplinados em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.	A lei institui o ProJovem, mas tem grande ênfase na normatização da concessão de Bolsas. **Assim no Art. 15 ficou instituído o Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho**, destinado aos estudantes de educação superior e aos trabalhadores da área da saúde, visando à vivência, ao estágio da área da saúde, à educação profissional técnica de nível médio, **ao aperfeiçoamento e à especialização.** Avalia-se que seja por esta razão que houve a inserção dos Programas de Residência, assegurando o pagamento de bolsas, uma vez que o Programa começa a se estruturar.	VIGENTE
PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 2117 DE 3 DE NOVEMBRO DE 2005 Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências	Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, **a Residência Multiprofissional em Saúde**, do Programa Nacional de Residência Profissional na Área de Saúde, **para a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho** destinado às categorias profissionais que integram a área da saúde, **excetuada a médica.**	Essa Portaria surgiu após a SGTES ter proposto a criação da **Comissão de Residências em Saúde**, no âmbito do Ministério da Saúde, que abrigaria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRM), a ser também criada, incluindo todas as Residências. No entanto, a proposta encontrou fortes resistências e não se concretizou. O SGTES conseguiu estabelecer parceria com a CNRM com apoio da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), que juntos, no final de 2005, aprovaram 438 novas vagas de Residência em Medicina de Família e	Revogada pela Portaria Interministerial nº 1077 - de 12 de novembro de 2009

		Comunidade. **Porém, enquanto a Residência Médica tinha certificação assegurada pela CNRM**, as demais profissões que integravam a Residência Multiprofissional, quando vinculadas a uma universidade, **tinham sua certificação como especialização,** mas não na modalidade residência.	
PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 2118 DE 3 DE NOVEMBRO DE 2005 Institui 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.	Estabelece no Art. 2º que o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde constituirão uma **Comissão Técnica Interministerial**.	Dentre os objetivos da cooperação está: - desenvolver projetos e programas que articulem as bases epistemológicas da saúde e da educação superior, visando à formação de recursos humanos em saúde coerente com o Sistema Único de Saúde (SUS), com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES);	
DECRETO DE 20 DE JUNHO DE 2007. Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências	**Institui no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**, com função consultiva em relação à ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, de acordo com as competências estabelecidas no art. 2º, em conformidade com as políticas nacionais de educação e saúde e os objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS.	Dentre as atribuições dessa Comissão está no Artigo 2º a competência de subsidiar a definição de diretrizes para a política de formação profissional, tecnológica e superior, incluindo a especialização na modalidade residência médica, **multiprofissional** e em área profissional da saúde	VIGENTE (?)
PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 45, DE 12 DE JANEIRO DE 2007 Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área	Definiu que a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde 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**.	**Essa Portaria Instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.** A CNRMS foi instituída, **no âmbito do Departamento de Residências e Projetos Especiais da Saúde do Ministério da Educação**. Definiu eixos orientadores para os Programas de	Revogada pela Portaria Interministerial nº 1077 - de 12 de novembro de 2009

Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.		Residências Multiprofissionais, **a composição e as atribuições da CNRMS.**	
PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 698, DE 19 DE JULHO DE 2007	Art. 1º - Nomeou os integrantes da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.	Possibilitou que a CNRMS iniciasse oficialmente seus trabalhos. Perdeu seu efeito considerando a Portaria Interministerial nº 1077, que instituiu uma nova CNRMS.	Perdeu seu efeito, considerando as publicações da Portaria Interministerial nº 1077 e a Portaria Interministerial nº 143 de 09 de fevereiro de 2010.
PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 593 de 15 de maio de 2008. Dispõe sobre a organização, estrutura e funcionamento da CNRMS.	A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional-CNRMS, foi reconhecida como **órgão deliberativo de caráter colegiado**. Coube à CNRMS, entre outras atribuições, a elaboração do seu **regimento de funcionamento**, aprovado por essa Portaria.	Ficou definido que os membros titulares e suplentes da CNRMS **seriam indicados pelas respectivas instituições, órgãos e segmentos** que a compunha. A CNRMS ficou estruturada da seguinte forma: I - Plenário; II - Coordenação-Geral; III - Secretaria Executiva; IV - Subcomissões; e V - Câmaras Técnicas.	Revogada pela Portaria Interministerial nº 1320 - de 11 de novembro de 2010.
PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.077, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2009 Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área	Art. 1º A Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde constituem modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu destinado às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, **com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 2 (dois) anos**. No Art. 3º **Ficou instituído o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais** e em Área	Considerando o término da vigência da Portaria Interministerial nº 698, de 19 de julho de 2007. **Estabeleceu uma nova composição para a CNRMS.** A deliberação das 60 horas semanais foi motivo de muitas discussões entre coordenadores de programas, tutores, preceptores e residentes, pois, havia um intenso debate sobre a carga horária do	VIGENTE

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.	Profissional da Saúde, a ser normatizado por meio de editais específicos. No Art. 4º Ficou instituído, que a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde **permanece no âmbito do Departamento de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde** do Ministério da Educação.	Programa. A maior repercussão concentrou-se para além da composição dos representantes da Comissão na forma como esta passou a ser definida. O aspecto regressivo consistiu na indicação de lista tríplice para indicação de três segmentos: representante das Instituições de Ensino que desenvolvam Programa; representantes dos Programas e dos Residentes. Nos diversos debates considerou-se a mudança de uma condução baseada no diálogo e numa formação colegiada para um novo direcionamento, cuja lógica de organização hierárquica prevalece.	
PORTARIA CONJUNTA Nº 1.016, DE 11 DE AGOSTO DE 2010	Nomeou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde	A portaria nº 143 foi alterada para a Portaria 1016 no mesmo ano, 2010, que encontra-se em vigor.	VIGENTE
PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.320, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2010 **Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS.**	No Art. 1º Ficou instituída a estrutura, organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS	Foi justificada pela necessidade de revisão do Regimento Interno da Comissão, em decorrência de análise e deliberação do referido órgão. Art. 3º São instâncias componentes da estrutura da CNRMS: I - Plenário; II - Coordenação-Geral; III - Secretaria-Executiva; IV - Subcomissões; e V - Câmaras Técnicas	VIGENTE
PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.224, DE 3 DE OUTUBRO DE 2012 **Altera a Portaria Interministerial no 1.077, de 12 de novembro de 2009,**	A Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, sofre alterações na composição dos membros da CNRMS.	A principal alteração está no Art. 4º - que instituiu, no âmbito da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. O Secretário de Educação Superior do Ministério da Educação, membro nato, passou a presidir a CNRMS. - Coordenador-Geral de Hospitais Universitários	VIGENTE

e a Portaria Interministerial no 1.320, de 11 de novembro de 2010, que dispõem sobre a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS.		Federais e Residências em Saúde do Ministério da Educação, como Coordenador-Geral da CNRMS e o Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, a função de Coordenador Adjunto da CNRMS.	

Quadro 6 – Sistematização das bases legais das Residências Multiprofissionais em Saúde
Fonte: (BRASIL, 2009b); MEC

Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, aprovada junto ao CNS e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, ainda em 2003, embora em funcionamento, não eram, até então, reconhecidos como residência (BRASIL, 2011c). A criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde permitiu o reconhecimento e o credenciamento, consolidando a Residência como modalidade de formação pós-graduada[100] em serviço. Dessa forma tem-se, resumidamente, a partir da **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005** a criação os Programas de Residência em Saúde, mas somente depois de dois anos houve a publicação da **Portaria Interministerial nº45/MEC/MS** de janeiro de 2007 **que instituiu a CNRMS**, que passou a credenciar os Programas, sendo depois **substituída pela Portaria Interministerial nº 1077** de novembro de 2009.

Ocorreram mudanças também na forma em que vinham sendo processado o financiamento. Até 2008 os pagamentos de bolsas eram por meio de convênios por 2 anos, com possibilidade de prorrogação. Do total do orçamento do DEGES/SGTES destinado à implementação da política de educação na saúde, o investimento nesta modalidade de formação aumentou, segundo o CONASS, de 11% (2005) para 35% (2007). Entre 2006 e 2008, foram investidos 133,5 milhões da SGTES nas Residências Multiprofissionais. A partir de 2009 a nova modalidade de financiamento das Residências em Saúde pelo Ministério da Saúde passou a ser por edital de seleção de projetos e pagamento direto das bolsas de estudo aos residentes, e não mais por convênio (BRASIL, 2011c).

Tendo por base esses históricos marcados por alguns avanços, o FNRS (2010) manifesta que os primeiros dois anos de funcionamento da CNRMS, apesar das dificuldades operacionais que prejudicaram o andamento dos trabalhos, vinha sendo possível manter o espírito democrático de negociação para a construção das residências. Havia, segundo o Fórum, um permanente diálogo com os movimentos

[100]Destaca-se que os cursos de pósgraduação *lato sensu* distinguem-se dos cursos de graduação em geral e das pós-graduações *stricto sensu* (mestrados e doutorados). À diferença das graduações (bacharelados, licenciaturas, cursos de formação de tecnólogos) e dos mestrados e doutorados, que expedem diplomas e conferem grau a seus formandos, as Residências Médicas e Multiprofissionais, como os demais cursos de pós - graduação *lato sensu* , concedem **certificados** (e não diplomas) aos profissionais que cumprem o programa de curso integralmente e que são aprovados o título de ESPECIALISTA, reconhecido tanto pelas devidas Comissões Nacionais (Médica e Multiprofissional) quanto pelo Sistema Federal de Ensino e pelo mercado de trabalho em geral.

sociais e profissionais da área da saúde por meio de Seminários e das entidades representadas dos Fóruns Nacionais.

O Programa de Residência começava, assim, a ter um contorno e uma conformação presumida pelas discussões e apontamentos que foram objetos das plenárias das principais Conferências de Saúde e de Recursos Humanos, como um alinhamento com as Legislações que versam sobre a Formação de Profissionais para o SUS, como a LOS, as DCN e a NOB/RH.

Foram desenvolvidos extensos debates e proposições acerca da integração do ensino com o SUS, de forma que todos os atores do campo da saúde e da educação sejam corresponsáveis pelo processo formativo e pela organização da atenção, gestão, participação e educação no sistema de saúde. O ordenamento da formação de recursos humanos, conforme define a Lei Orgânica da Saúde e a NOB/RH, está posto para a organização de um sistema educativo que reconhece a prerrogativa do Conselho Nacional de Saúde de discutir e aprovar as iniciativas de ordenamento da formação técnica, de graduação e de pós-graduação voltadas aos profissionais da saúde.

Dessa forma, entre outros aspectos, um processo amplo de mudanças no trabalho e na formação em saúde passou a exigir estratégias em direções distintas no campo da assistência e da gestão. Ganhou destaque a importância da adoção e ampliação das políticas de Recursos Humanos em Saúde, dentre as quais se situa a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), como uma modalidade de formação que comporta possibilidades de contribuições para a consolidação do SUS.

Dentre as formulações que vinham se processando, destaca-se àquelas em consonância com a Política de Educação na Saúde que estavam se estruturando concomitantemente ao processo de constituição do Programa das Residências:

- *A **residência** deve buscar se relacionar com os níveis legalmente estabelecidos para a gestão do SUS (**Comissões Intergestores e Controle Social**) para viabilizar o processo de estruturação, execução, avaliação e manutenção das Residências Multiprofissionais em Saúde;*

- *Observar no cenário nacional as demandas de formação em saúde sob a ótica da regionalização dos processos de atenção e descentralização dos processos de gestão em conjunto com o* ***Pacto pela Vida****, da Portaria MS n° 1996 de 2007, aprovada por unanimidade no CNS, na qual se estabelecem novas diretrizes para a* ***Política Nacional de Educação Permanente no SUS****.*
- *Acompanhar a regionalização e a criação dos Colegiados de Gestão Regional, como instância de articulação dos atores envolvidos na política de educação na saúde – as* ***Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), conforme previsto na Lei n° 8080/1990****.*
- *Formar* ***parceria com os conselhos de saúde e educação****, para viabilizar o processo de estruturação, execução, avaliação e manutenção das Residências Multiprofissionais em Saúde* (BRASIL, 2009b).

Na figura 6 é possível verificar uma primeira aproximação com a lógica político-organizativa da qual a RMS começa a fazer parte.

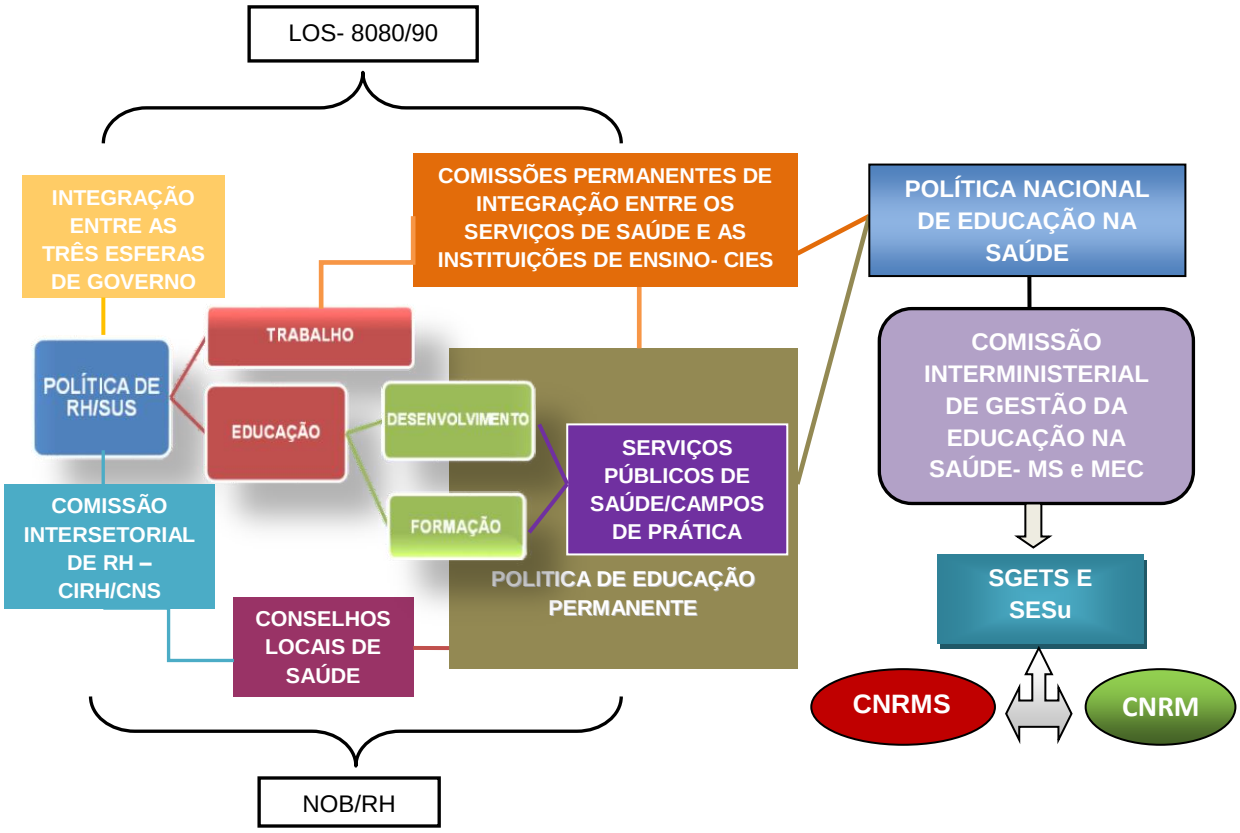


Figura 6: Quadro político-organizativo da RMS na Política Nacional da Educação na Saúde, (Estruturado pela autora).

O Programa de RMS está pautado pela estrutura político-organizativa a partir da Lei n. 8.080/90 que definiu para a área de formação, principalmente nos artigos 12, 14, 27 e 30, os pressupostos para a política de Política Nacional de Educação na Saúde que deve ser formalizada e executada articuladamente pelas diferentes esferas de governo. A partir da 10ª Conferência Nacional de Saúde, a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), do CNS, apontou as diretrizes da NOB/RH-SUS. Essa Norma passou a definir a Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, em consonância com as discussões das Conferências Nacionais de Saúde e Recursos Humanos (1986, 1993 e 2006). As Residências passaram a ser orientadas por propostas apresentadas e deliberadas pelos Conselhos e pelas Conferências de Saúde, baseadas no:

- ✓ Estabelecimento de mecanismos de **negociação intersetorial – saúde/educação** - com o estabelecimento e a definição de responsabilidades conjuntas;

A parceria interinstitucional[101] foi fortalecida com a criação em 2007 da **Comissão Interministerial MEC/MS de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**, com objetivo de ordenar a formação de recursos humanos para a saúde. Dentre as atribuições dessa Comissão está no Artigo 2º a competência de subsidiar a definição de diretrizes para a política de formação profissional, tecnológica e superior, incluindo a especialização na modalidade residência médica, **multiprofissional** e em área profissional da saúde (BRASIL, 2007b).

- ✓ Trabalho conjunto das instituições de ensino para a revisão e avaliação dos currículos dos cursos da área de Saúde, **fundamentando-os na articulação ensino-serviço,** tendo como referência a situação epidemiológica e demográfica da região.

No Ministério da Saúde, a SGTES, especificamente o Departamento Gestão da Educação na Saúde, assumiu objetivos como os de motivar e propor a mudança na formação técnica, de graduação e de pós-graduação e de instituir um processo de

[101]Articulação Interministerial MEC e MS: Portaria Interministerial nº. 2.118 de 03/11/2005 que estabelece cooperação técnica entre MEC e MS na formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde e Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007 que institui a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde.

educação permanente dos trabalhadores, a partir das necessidades de saúde da população e de fortalecimento do SUS (BRASIL, 2011b).

- ✓ **Trabalho como referência e eixo central do processo ensino/aprendizagem.**

A concepção da rede de serviços do SUS como *lócus* de ensino-aprendizagem, onde se situam as RMS, implica, fundamentalmente, em diferentes iniciativas de mudanças na formação dos profissionais de saúde por meio da articulação de instituições de ensino e movimentos sociais. A construção política e conceitual significou uma importante mudança de perspectiva na abordagem dos serviços de saúde: "[...] estes como espaços de geração de novos conhecimentos e práticas voltados para a inovação assistencial" (CLOSS, 2012, p.36).

Assim, as disposições político-institucionais foram adquirindo materialidade. Paulatinamente as *direcionalidades* da política de educação na saúde foram aplicadas à Residência Multiprofissional em saúde, reconhecendo a prerrogativa do Conselho Nacional de Saúde de discutir e aprovar as iniciativas de ordenamento da formação técnica, de graduação e de pós-graduação voltadas aos profissionais da saúde, por meio da articulação de instituições de ensino. Consideraram-se os efeitos que essa modalidade de ensino produz na formação e no trabalho, assim como sua compatibilidade com as políticas aprovadas nas últimas conferências de saúde (BRASIL, 2011c).

No entanto, - como diria Drumond: *"Nunca me esquecerei que no meio do caminho tinha uma pedra*[102]" – a partir de 2009, segundo vários documentos sobre a Residência (PASINI, 2010; ABRASCO, 2009; CLOSS, 2010; FNRMS, 2010) os Ministérios da Saúde e da Educação deixaram de convocar as plenárias da Comissão, "[...] suspendendo negociações públicas e agravando as tensões e dúvidas em relação à regulamentação, credenciamento e financiamento de atuais e novos programas" (FNRMS, 2010). Houve a revogação, em 13 de novembro de 2009, da Portaria Interministerial nº 45/2007, substituída pela **Portaria Interministerial nº 1077**(BRASIL, 2009a) que alterou a composição e o funcionamento da CNRMS. Segundo os documentos, essa decisão foi deliberada sem que a CNRMS tenha considerado nem consultado os diversos coletivos

[102] No Meio do Caminho – poema de Carlos Drummond de Andrade.

envolvidos com as Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais da Saúde.

> Este fato gera grande descontentamento por parte dos fóruns que estão envolvidos com os Programas de Residência, pois a Portaria nº 45 é construída e pactuada amplamente com todos os setores, movimentos sociais, governo e instituições formadoras. Diversos fóruns (como o de residentes, preceptores, coordenadores, das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde – FENTAS e de Educação das Profissões da Área da Saúde – FNEPAS) se mobilizaram no sentido de construir um movimento de rediscussão desta medida (PASINI, 2010, p. 68)

Essa Portaria reafirmou como carga horária para a formação as 60 horas semanais, manteve os eixos norteadores para a constituição e funcionamento dos programas, instituiu o Programa Nacional de Bolsas para as Residências, porém alterou a composição da CNRMS. Em meio ao turbilhão de questionamento que essa Portaria causou, a discussão da carga horária semanal das Residências se apresenta carregada de sentidos, tanto do ponto de vista conceitual/metodológico quanto da perspectiva político/ideológico da condução do Programa. Cabem muitas indagações, como muito bem observa Pasini (2010), pois a questão se coloca como "[...] mais do que simplesmente incluir horas aos programas, implica discutir que objetivos temos com essa formação" (2010, p. 67). O Art. 1º da Portaria Interministerial nº 1077, sob a alegação da necessidade de equiparar as cargas horárias entre as Residências Médicas e Multiprofissionais/em Área Profissional de Saúde, define que a carga horária – que anteriormente poderia ser entre 40 e 60 horas semanais – passa a ser de 60 horas semanais.

Identifica-se nessa discussão algo que por um lado se discute pela isonomia da legislação que garante as bolsas e por outro aquilo que distingue as residências - médica e *não médica*s – unificadas pela carga horária. O que mais justifica a existência de duas Residências: a médica e a multiprofissional, para que elas funcionem com os mesmos princípios, de forma separada ou integrada, pois "na primeira proposta da Residência o modelo era esse". Dallegrave e Kruse (2009, p. 45) levantam muitas questões que se encontram ainda aprisionadas pelo limite do tempo das experiências em curso: *Será que reunir tais modalidades de formação seria o mais adequado? Ou iria borrar a ordem anteriormente estabelecida? A que interesses servem estes programas de formação quando (não) aparecem juntos?*

Muitas discussões entre coordenadores de programas, tutores, preceptores e residentes ocorreram, pois, mais do que simplesmente discutir a carga horária, o debate explicita a preocupação com o Programa que vem sendo considerado como *iniciativas interessantes, experiências inovadoras*. Dallegrave e Kruse (2009) alertam que apesar de todas as vantagens apresentadas, a residência multiprofissional constitui um projeto em construção que precisa de ações e mudanças para acontecer na prática, no cotidiano dos serviços, e não se deve restringir a discursos sobre o tema, pois também corre o risco da captura, da repetição.

Isso se deve, sobretudo, ao espaço que as Residências vêm buscando ocupar, moldando-se aos requisitos exigidos pelas corporações profissionais que as compõem, mas contrapondo-se à conjuntura hegemônica de formação de profissionais da saúde, que se vinculam a um modelo sobre o qual busca-se romper[103]. A maioria das profissões não segue uma carga horária que inclui plantão, portanto não justificando 60 horas semanais, sendo esta uma realidade em grande parte da Medicina. No Relatório do IV Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, realizado em setembro de 2011, não houve um consenso sobre esse tema, porém foi ressaltado, também sem consenso, que a compreensão das especificidades da CNRMS devem se diferenciar do acúmulo produzido pela Comissão Nacional de Residência Médica (BRASIL, 2011d).

Quanto às mudanças na composição da CNRMS, vinculada à Diretoria dos Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde do Ministério da Educação, a Portaria 1077 apresentou uma maior representação de gestores dos Ministérios (membros natos); os coordenadores dos programas deixaram de ter representação específica, passando a fazer parte, nos dizeres de Closs (2010, p. 48), de um "[...] vago segmento de representantes de programas de residências". Nessa nova disposição os Fóruns (de residentes, de preceptores e de coordenadores) perderam espaço, sendo substituídos pela representação das entidades das profissões em saúde (associações de ensino e conselhos federais).

Este fato foi motivo de intensos debates por parte dos fóruns que estavam envolvidos com os Programas de Residência, pois demonstra uma mudança na condução desse processo. A Portaria nº 45 foi construída e pactuada amplamente

[103]Esse debate está posto até hoje e constitui-se em um dos desafios atuais do Programa.

com vários setores, movimentos sociais, governo e instituições formadoras. Os fóruns (como o de residentes, preceptores, coordenadores, das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde – FENTAS e de Educação das Profissões da Área da Saúde – FNEPAS[104]) foram protagonistas até então desse processo. Houve uma grande manifestação no sentido de construir um movimento de rediscussão desta medida. São apresentadas várias cartas de protesto em vários encontros dos coletivos envolvidos com a Residência[105].

No Quadro 7 é possível identificar as principais alterações.

[104] Segundo relatório do III Seminário Nacional da RMS, o FNEPAS foi destacado pelo seu papel na Comissão, contribuindo na discussão dos diferentes modelos de residência. O FNEPAS defende que a sua função é de garantir a multiprofissionalidade e tem se pautado por não fazer defesas isoladas das categorias. Destacou-se, nesse Seminário, a importância do FNEPAS, que com experiência acumulada contribui com o processo de articulação das profissões.

[105]Domingo, 30 de maio de 2010: Porque o Fórum Nacional de Residentes (FNRS) não pactua com a atual Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS)? (FNRMS, 2010); Carta da Oficina do GT "Trabalho e Educação em Saúde" Aos participantes do IX Congresso da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva (ABRASCO, 2009); Carta em defesa da Residência Multiprofissional: Em defesa da participação livre e democrática dos movimentos sociais na formulação de políticas! Assinatura dos Fóruns
Fórum Nacional de Trabalhadores (Fentas), Fórum Nacional de Residentes, Fórum Nacional de Coordenadores de Programas de Residência, Fórum Nacional de Preceptores e Tutores de Residência (FNRMS, 2010).

<table>
<tr><th colspan="4">COMPOSIÇÃO</th></tr>
<tr><th>ENTIDADES</th><th>PORTARIA Nº 45 de junho de 2007</th><th>PORTARIA Nº 1077 de novembro de 2009</th><th>OBSERVAÇÕES/COMETÁRIOS</th></tr>
<tr><td colspan="4">GESTORES FEDERAIS, ESTADUAIS E MUNICIPAIS</td></tr>
<tr><td>Ministério da Educação</td><td>1 Representante: Departamento de Residências e Projetos Especiais da Saúde</td><td>3 Representantes:
- Diretor do Departamento de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde;
- Coordenador Geral das Residências em Saúde;
- Coordenador Geral dos Hospitais Universitários Federais</td><td rowspan="5">Aumento de 02 para 05 o número de representantes do governo federal;
Presença significativa da área Hospitalar;
Aumento de 2 para 4 o nº de gestores estaduais e municipais;
No total, os representantes da gestão (Federal, Estadual e Municipal) passam de 04 para 09.
A Portaria 1077 foi alterada pela Portaria Interministerial nº 1.224, de 3 de outubro de 2012
Alteração: Art. 4º - Fica instituída, no âmbito da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, que será integrada pelos seguintes membros:
I - Secretário de Educação Superior do Ministério da Educação, membro nato, que a presidirá;
II - Diretor da Diretoria de Desenvolvimento da Rede de Instituições Federais de Ensino Superior, membro nato;
III - Coordenador-Geral de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde do Ministério da Educação, membro nato;</td></tr>
<tr><td>Ministério da Saúde</td><td>1 Representante: Diretor do Departamento de Gestão e Educação na Saúde</td><td>2 Representante:
- Diretor do Departamento de Gestão e Educação na Saúde;
- Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde.</td></tr>
<tr><td>CONASS</td><td>1 Representante</td><td>2 Representantes</td></tr>
<tr><td>CONASEMS</td><td>1 Representante</td><td>2 Representantes</td></tr>
<tr><td colspan="4">COORDENADORES E EDUCADORES (PRECEPTORIA/TUTORIA)</td></tr>
<tr><td>Coordenadores dos Programas de Residência</td><td>1 Representante</td><td>Ausente</td><td rowspan="3">A representação dos Coordenadores e Preceptores fica diluída de forma vaga, passando a serem dois representantes dos Programas, sem especificação.</td></tr>
<tr><td>Educadores (preceptores/tutores) de Programas de Residência</td><td>1 Representante</td><td>Ausente</td></tr>
<tr><td>Instituições de Ensino Superior que desenvolvam Programas de Residência</td><td>1 Representante</td><td>2 Representante</td></tr>
<tr><td colspan="4">RESIDENTES E ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO</td></tr>
</table>

Fórum Nacional de Residentes	2 Representante	Ausente	Não considera os Fóruns e não inclui a representação estudantil da graduação.
Residentes	Eram representados pelo FNRMS	2 Representantes	
Fórum das Executivas de Estudantes de Cursos da Área da Saúde	1 Representante	Ausente	
TRABALHADORES E PROFESSORES			
Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde - FENTAS	1 Representante	Ausente	Não considera a representação do FNEPAS e FENTAS
Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde - FNEPAS	2 Representante	Ausente	
Associações de Ensino das profissões da saúde	Ausente	1 Representante	
Conselhos Profissionais das profissões da saúde	Ausente	1 Representante	
Entidades sindicais nacionais representativas de trabalhadores da área da saúde	Ausente	1 Representante	
Há um aumento de 13 para 18 membros, com implicação na autonomia da escolha da representação por parte das categorias não integrantes da Gestão. O Governo passa a coordenar o processo de indicação dos demais membros e seleciona por lista tríplice os membros dos Programas.			

QUADRO 7: COMPARATIVO DAS PORTARIAS 45/2007 e 1077/2009
FONTE: Adaptado a partir de Adib (2012); Brasil (2007); Brasil (2009a); Brasil (2010b).

A maior repercussão concentrou-se para além da composição dos representantes da Comissão na forma como esta passou a ser definida. O aspecto regressivo consistiu na indicação de lista tríplice para escolha de três segmentos: representante das Instituições de Ensino que desenvolvam Programa; representantes dos Programas e dos Residentes. Coube, assim, aos membros natos a escolha desses representantes, restringindo a escolha por parte das entidades envolvidas. Nos diversos debates considerou-se a mudança de uma condução baseada no diálogo e numa formação colegiada para um novo direcionamento, cuja lógica de organização hierárquica prevalece.

Do mesmo modo, um ano depois a Portaria 1077 foi alterada pela Portaria Interministerial nº 1.224, de 3 de outubro de 2012. A principal alteração está no Art. 4º - que instituiu, no âmbito da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. O Secretário de Educação Superior do Ministério da Educação, membro nato, passou a presidir a CNRMS, porém como instância *recursal* da CNRMS. Coube ao Coordenador-Geral de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde do Ministério da Educação, membro nato; exercer a função de Coordenador-Geral da CNRMS e ao Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, a função de Coordenador Adjunto da CNRMS.

Durante o IV Seminário da RMS a Representante do CNS[106] foi enfática em ressaltar o "[...] papel cartorial da CNRMS, considerando que havia uma desregulamentação total e **atualmente há excessiva e centralizada regulamentação**" (BRASIL, 2011d, p. 11). Já estava em curso uma reestruturação pelo MEC, tendo em vista a nova gestão que se iniciava sob o comando do governo Dilma Rousseff. Os tensionamentos desse processo em curso não se restringiam, portanto, às disputas internas à construção e funcionamento do Programa.

Os enfrentamentos e desafios passavam também pela conjuntura político-econômica e as heranças dos governos anteriores. As transformações do modelo de atenção, a expansão acelerada e em grande escala dos serviços de saúde, a

[106] Paullete Cavalcanti (CNS) - Expositora da Mesa 3: *Política de Residência Multiprofissional em Saúde: Gestão, Financiamento e Participação Social*

implementação da política de saúde nas esferas de governo estaduais e municipais, até a “desrresponsabilização” da esfera federal em relação à manutenção da força de trabalho, acarretaram limites e contradições significativas na composição e na estruturação do SUS (BRASIL, 20011b).

O contexto, ao final do segundo mandato do governo Lula, era de *despolitização* da questão da saúde consoante, como analisa Menicucci (2011), à falta de um debate sobre o financiamento na agenda pública, como a regulamentação da EC-29 que não se tornou prioridade nesse governo, o que reforçava os impasses estruturais do sistema de saúde. Trata-se, assim, de questões que atravessam o debate político, porém permeadas por diversos interesses e que quando introduzidas no debate técnico e/ou acadêmico *podem (ou não)* desvelar suas contradições.

Para as Residências esses desafios, limites e contradições foram colocados e se refletiram nas análises sobre algumas propostas defendidas e construídas nos espaços de participação social, como foi a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (em 2006). O relatório dessa conferência continha proposições da gestão do trabalho e muitas definições quanto à defesa de implementação das Residências Multiprofissionais, porém não foi divulgado pelo governo e as ações necessárias para a viabilização da política encontraram dificuldades para serem efetivadas. Nos vários espaços coletivos de discussão, como no Seminário da ABRASCO (2009); Relatório da CNRMS/Exercício 2007/2009, surgiram avaliações que expressaram o momento e as complexas situações para implementação da proposta do Programa. Dentre tantas, destaca-se algumas abaixo:

- **Necessidade da construção de consensos** para construir uma agenda nacional;

- **Dificuldades estruturais das residências multiprofissionais**: manutenção do financiamento, avaliação dos programas, docentes para parte teórica e garantia de preceptoria em serviço;

- **Necessidade da retomada dos trabalhos da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde**;

- Modelos de formação heterogêneos, com programas de residência determinados pelas características dos departamentos, **ausência de diretrizes gerais para a formação**;

- **Reconhecimento dos Fóruns de Coordenadores, de Preceptores e Tutores** e de Residentes Multiprofissionais em Saúde - criados no bojo do movimento social pela expansão e implantação das Residências em Saúde – como interlocutores necessários na valorização da política de condução das Residências em Saúde;

- **Necessidade de avaliação e monitoramento** dos cursos de graduação e pós-graduação, os quais deverão estar em consonância com o SUS, com as diretrizes curriculares, com o desenvolvimento do trabalho em equipe, com critérios de equidade regional;

- **Implementação de dispositivos de indução da reorientação do processo formativo**, de construção do SUS escola, da integração ensino-serviço e da modelagem tecnoassistenciais pautados na (re)organização permanente das práticas de educação e da saúde revendo programas pontuais, fragmentados e periféricos como PET-saúde e Pró-saúde;

- **Estratégias de formação em serviço** e as residências em áreas profissionais da saúde com a participação de todos os atores e sob regulação do SUS, ampliando o protagonismo do Conselho Nacional de Saúde na condução das políticas para essas estratégias. (ABRASCO, 2009; BRASIL, 2009b).

Em meio a esse contexto de impasses no campo político/metodológico da condução do programa, o MEC fomentou a modalidade de formação Residência Multiprofissional, inserida no contexto hospitalar. Em maio de 2009, durante o III Fórum dos Dirigentes dos HUs[107], realizado em Brasília, foram apresentadas as diretrizes básicas do projeto de implantação dos programas de residência multiprofissional em saúde nos hospitais universitários federais, com o seguinte objetivo:

> [...] **incentivar a implantação de programas de residência integrada multiprofissional em todos os hospitais universitários federais**, de forma a atender às **demandas por profissionais de saúde especialistas em áreas prioritárias para o SUS**, no escopo de um modelo de atenção integral e do desenvolvimento do processo de trabalho integrado entre os profissionais da saúde (BRASIL, 2010c, sp, grifos nosso).

O conteúdo do documento divulgado pelo MEC caracteriza o objetivo da relação dos HUs com as RMS, ressaltando *o processo integrado entre os profissionais da saúde*, com base em um *Modelo de Atenção Integral*. As reflexões remetem à complexidade das discussões em torno dos Hospitais universitários quanto ao presente e ao futuro incerto dessas instituições[108].

---

[107]Ver Gestão de Educação 2003-2010 em: http://gestao2010.mec.gov.br/o_que_foi_feito/program_125.php.

[108] Hospitais universitários: presente caótico e futuro incerto. Disponível em: http://www.apufpr.org.br/artigos/hus.pdf. (CISLAGHI, 2010b).

Conforme elaborado e defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária os HUs, como espaços privilegiados da formação em saúde são destacados e defendidos por sua integração e seu caráter público ao Sistema de Saúde. Nas principais Conferências de Saúde, como exposto nesse trabalho, as universidades são convocadas a assumirem seu papel na formação de profissionais de forma a haver uma maior articulação com o SUS e com o Controle Social. Essas instituições são cobradas pela formação estar desconectada da leitura das necessidades sociais em saúde.

No entanto, as instituições de ensino encontram-se entre os dilemas de necessidade de adequação às políticas públicas e as exigências das necessidades de uma formação voltada para as especializações, como exigência de um mercado de trabalho ascendente que absorve profissional tanto para a saúde pública como para a privada. Os dados demonstram um crescimento vertiginoso de profissionais na saúde nas últimas décadas, o mercado privado e o público absorvem quase que proporcionalmente os profissionais. No Brasil, a força de trabalho na saúde compreende **mais de um milhão de profissionais de nível superior**. Houve um aumento de 144,7% passando de 451.303 para 1.104.340 profissionais, entre 1992 a 2009 (IBGE, 2009)[109]. Nesse contexto, os HUs representam um importante *lócus* de formação, sendo considerado um espaço privilegiado para formação de profissionais para esse mercado.

Para os HUs o ensino, que era o maior foco de atenção desses hospitais, passou a dividir a função da assistência como importante espaço na gestão, uma vez que estes passaram a integrar a rede SUS com a missão de hospital de ensino e assistência como referência em assistência secundária e terciária, a gestão tornou-se ainda mais complexa e dependente de uma série de fatores que exigem o envolvimento de diversos atores e sujeitos. Nesse contexto, o que será discutido a seguir é o cenário atual dos HUs concomitantemente à implementação das Residências Multiprofissionais.

[109] Fonte: DATASUS/IBGE - Pesquisa Assistência Médico sanitária/2009.

4.1- As Residências Multiprofissionais nos HUs – *Existirmos a que será que se destina*[110]

Os HUs ocupam papel específico de assistência especializada, de ensino e de pesquisa. São instituições cuja gestão está subordinada, pela função do ensino e pesquisa, à Universidade Federal do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e pela vinculação ao sistema de saúde pública, ao Ministério da Saúde (MS) representando importante porta de entrada do SUS. Ligados ao Ministério da Educação, mas atendendo abertamente à demanda do SUS, sua posição tornou-se um problema para os Ministérios. Segundo Drago (2011, p. 104)

> [...] o HU é colocado como entre dois senhores: o MEC desejoso por repassar ao MS essa estrutura cara em sua análise, e o MS, na avaliação do CONASEMS e do CNS, não deve ficar com uma estrutura que é da Educação. Nessa disputa, os HUs são inseridos na rede de saúde.

O Ministério da Educação vem reduzindo os recursos para esses hospitais. O orçamento do Ministério da Educação, em 1999 apresentou que somente o Hospital Universitário de Porto Alegre[111] teria recebido verbas do Ministério; além disso, dos R$ 574 milhões de corte para esta pasta, R$ 411 milhões seriam nos recursos para os HUs (LOBATO, 2000). Ao serem pagos por serviços prestados pelo Ministério da Saúde, estes provedores têm que concorrer com os recursos em igualdade de condições com estados e prefeituras. A realidade demonstra, segundo os próprios dados do Ministério da Educação, que apenas os HUs federais acumulam por ano um déficit total de 30 milhões entre o que é produzido e o que é pago, problema que se origina nos valores defasados da tabela SUS, levando a uma dívida acumulada de 425 milhões de reais (CISLAGHI, 2010b).

Para combater os elevados custos da alta complexidade dos procedimentos realizados por esses hospitais, trabalhos realizados para o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) – apontam possíveis soluções, pois "[...] o Banco Mundial vem no Brasil capitaneando esse processo com a organização de seminários além

[110] ***Existirmos***
A que será que se destina
Pois quando tu me deste a rosa pequenina [...]. Cajuína – Elba Ramalho

[111] Cislaghi (2010b) relata que em um evento recente que aconteceu em março de 2010 e reuniu o Ministério do Planejamento, da Saúde e da Educação, os gestores dos 46 hospitais universitários além do Banco Mundial e representantes da Espanha, de Portugal e dos Estados Unidos, expondo seus modelos locais, no Brasil foram considerados exemplares as experiências de São Paulo baseadas em organizações sociais e do Hospital das Clínicas de Porto Alegre que é uma empresa pública de direito privado (CISLAGHI, 2010b, sp).

de financiamento das iniciativas de mudanças (CISLAGHI, 2010b, sp). Uma delas seria o modelo de atenção integral e do desenvolvimento do processo de trabalho integrado entre os profissionais da saúde e as redes locais de saúde, para deslocar a atenção e diminuir recursos no excesso de uso de tecnologia nesses hospitais. Esse direcionamento, segundo Cislaghi (2010b, sp) "[...] apesar de não comprovada, estaria de acordo com a filosofia do SUS e dos defensores da saúde pública".

Nesse mesmo sentido caminharia a necessidade da formação dos profissionais de saúde, devendo esta não ser restritamente em hospitais de alta complexidade, o que reforça uma prática centrada no hospital e ainda hegemônica na formação. Da mesma forma essa também é uma "[...] afirmação comum aos defensores da saúde pública e do SUS, e que pode ser resolvida da mesma forma com uma maior integração entre os hospitais universitários e a rede de saúde" (CISLAGHI, 2010b, sp).

Mas, a realidade vem demonstrando outro caminho, pois a implementação do Modelo de Atenção Integral não se restringe aos HUs e as ações dos últimos governos têm contribuído pouco para reverter esse quadro, apesar do favorecimento das ações de atenção básica, foco do governo federal, em detrimento da atenção terciária, com o objetivo de reverter a lógica da atenção à saúde centrada no aparato hospitalar. Sem uma estruturação adequada da rede de atenção a saúde em todos os seus níveis, os hospitais e os serviços de urgência e emergência continuam sendo uma importante porta de entrada do SUS para usuários. Para entender a complexidade desse processo é preciso considerar que essas situações passam por vários interesses, dentre eles os cortes dos gastos públicos em nome da economia e da reforma do estado. Há, assim, uma imensa fragilidade no que está posto como função para os HUs, com os encaminhamentos relativos à gestão e ao financiamento que essas instituições têm sido submetidas.

A situação dos HUs só veio se agravando, pois o espaço ocupado por essas instituições não se encontra entre as prioridades da política de saúde. Na educação o mesmo ocorre com o MEC gradativamente repassando a educação superior à iniciativa privada, por meio do não investimento e sucateamento das instituições de ensino (DRAGO, 2011). Com os HUs, especificamente, o processo de não reposição da força de trabalho leva a um a quadro de servidores insuficientes, somado ao

fechamento de leitos e serviços, sucateamento, contratação de pessoal via fundação de apoio (terceirizados e estagiários) e a subutilização da capacidade instalada para alta complexidade.

A falta de concurso público para contratação, pelo MEC, de recursos humanos vem gerando uma enorme terceirização da mão-de-obra dos HUs. Um longo processo de terceirização de funcionários[112] se efetivou (DRAGO, 2011). Dos 46 hospitais universitários federais, todos ligados ao Ministério da Educação, dos 70.373 profissionais 26.500 são terceirizados, segundo estudo da Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes) (CEBES, 2013). Tal situação tem sido considerada ilegal pelo Tribunal de Contas da União (TCU), por isso o MEC vem sendo questionado sucessivamente por esse órgão. Em levantamento de 2009, o MEC reconhecia que 59,03% do total eram servidores federais concursados e contratados por regime jurídico único; os demais trabalhavam pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), sendo terceirizados, autônomos ou cedidos por outros órgãos (CEBES, 2013).

Esse quadro reproduz a **submissão das políticas do trabalho e da formação da força de trabalho**, tanto do sistema de ensino quanto da prestação da assistência. As consequências são uma série de problemas apontados na fragilidade das propostas de mudanças diversificadas e desarticuladas das políticas de saúde e educação, dificultando a convergência e interação das questões relativas aos dois campos. As Conferências contribuíram para que, junto com Lei Nº 8.080/90 e a NOB/RH explicitassem a necessidade de articulação entre as esferas de governo para a formalização e execução da política de recursos humanos. Os dispositivos legais apontaram para responsabilidades, competências e necessidade de discussão e pactuação para melhor regulamentação, no sentido **de garantir adequada formação profissional, direitos trabalhistas e, ao mesmo tempo, instrumentos de gestão do trabalho.**

No entanto, nos HUs, as disputas quanto à gestão e ao financiamento, fez com que o prognóstico piorasse e fortalecesse com isso o movimento liderado por gestores e agentes políticos rumo ao projeto de privatização. A proposta é a

[112] A contratação precária dos trabalhadores pelas fundações de apoio foi condenada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) em 2008.

> [...] a flexibilização da captação de recursos, como também para a desvinculação dos Hospitais de Ensino das universidades, já que o Ministério da Educação (MEC) não considera a função de "assistência" como sendo de sua alçada. **A via de "salvação" dos HU's – argumenta o governo federal – seria a criação das Fundações Estatais de Direito Privado**, defendidas inicialmente pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) e, em seguida, pelo MS como unidades gestoras dos hospitais (DRAGO, 2011, p. 107).

Mais uma vez tais propostas foram rejeitadas pelas entidades que se articulam na defesa do projeto histórico do SUS e expressas nas últimas Conferências de Saúde. Enquanto isso, as experiências de São Paulo baseadas em organizações sociais e do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, que é uma empresa pública de direito privado, foram considerados exemplares pelo diretor de Hospitais Universitários e Residências em Saúde da Secretaria de Educação Superior do MEC[113], que observou ser esse um modelo a ser considerado para o processo de reestruturação dos HUS, referindo-se ao REHUF - Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais. O REHUF foi decretado pelo governo federal em 27 de janeiro de 2010, trazendo, entre suas prerrogativas, o discurso de "criar condições materiais e institucionais para que os HUs federais possam desempenhar plenamente suas funções na dimensão de ensino, pesquisa, extensão e na dimensão de assistência à saúde" (BRASIL, 2010, sp).

O alcance da proposta do REHUF era o alcance da reestruturação determinada por alterações voltadas para a área tecnológica, a estrutura física, o quadro de pessoal, o processo de avaliação e a participação de atores externos à instituição. Tratou-se de mudanças consideráveis para o processo de gestão dos HUs. Permaneceu a determinação da partilha entre MEC e MS, nesse sentido houve, por parte do governo, o estabelecimento de um modelo de hospital escola que ampliou "[...] o aspecto da assistência, enquanto reduziu o papel da formação, do ensino e da pesquisa. O ensino mantém-se esfacelado enquanto a assistência é utilizada como moeda de troca" (DRAGO, 2011, p. 117).

Nesse processo, entre um emaranhado de questões, os ministérios envolvidos têm lançado propostas com características políticas e técnicas para os Hospitais Universitários e para as universidades. O REHUF estabelece que um dos objetivos

[113] Segundo Cislaghi (2010b, sp), tal posicionamento ocorreu em um evento que aconteceu em março de 2010 e reuniu o Ministério do Planejamento, da Saúde e da Educação, os gestores dos 46 hospitais universitários além do Banco Mundial e representantes da Espanha, de Portugal e dos Estados Unidos, expondo seus modelos locais.

da função ensino-aprendizagem e treinamento em serviço para a formação de pessoas seja o desenvolvimento de novas abordagens que aproximem as áreas acadêmicas e de serviço no campo da saúde. No plano de reestruturação do hospital universitário está a RMS como um dos objetivos específicos, ou seja: - *implementar a residência multiprofissional nas áreas estratégicas para o SUS, estimulando o trabalho em equipe multiprofissional e contribuindo para a qualificação dos recursos humanos especializados, de forma a garantir assistência integral à saúde* (BRASIL, 2010).

Com interesses e funções ao mesmo tempo distintas e complementares, Saúde e Educação vêm se articulando nos últimos anos para estabelecerem um diálogo e ações conjuntas no que tange à formação de recursos humanos para a saúde. Essa dinâmica pode ser ilustrada através do trabalho desenvolvido pelas secretarias de ambos os Ministérios, no que tange aos principais programas para a formação de nível superior. Observa-se, ainda no governo Lula, ações relacionadas à formação dos profissionais, além da mudança na gestão do Ministério com a criação da SGTES. Projetos como Aprender-SUS[114], Política de Educação Permanente[115], Pró-Saúde[116] e mais recentemente o incremento das Residências[117], as médicas e as por área específica e Multiprofissional, através de uma ação interministerial com o MEC (Ministério da Educação) são iniciativas governamentais direcionadas à formação dos trabalhadores em saúde que reforçam a relação de ensino/serviço.

Há necessidade de se avançar no nível da problematização, pois há o risco desse recurso metodológico ficar na *centralidade do aluno e na idéia do professor facilitador*. Na conjuntura do país, a saúde, bem como os demais serviços sociais de cunho público, vem sofrendo as conseqüências de um Estado mínimo e mantenedor dos acordos firmados junto à órgãos internacionais com Banco Mundial e FMI (DRAGO, 2011) – o que na prática impede a execução das propostas das Conferências Nacionais referidas nesse trabalho, pois há um tensionamento na

[114] Deflagram-se, em 2004, dois processos integrados: o dos Pólos de Educação Permanente e o Aprender SUS. Consultar: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aprendersus.pdf

[115] Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007: dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.

[116] Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde. PORTARIA INTERMINISTERIAL No- 3.019, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2007.

[117] **Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=36172&janela=1**

articulação que dificulta um nível de coerência suficiente para provocar mudanças mais efetivas de indução do processo formativo.

O estabelecimento de uma política de formação profissional para a saúde esteve na pauta desses encontros, sempre embasada pelo modelo de atenção de forma coerente com princípios da Reforma Sanitária. Esse modelo tem como referência o campo do conhecimento na ordem da intersetorialidade, em plena consonância com o conceito de saúde, bem como da integralidade das ações. No entanto, as ações dos ministérios envolvidos não estão deslocadas do projeto societário neoliberal vigente e é nesse cenário de restrição financeira e queda no desempenho dos HUs que se encontram os Programas de Residências. Segundo análise de Drago (2011, p. 105) nos HUs

> [...] ultimamente, o público estaria sendo relegado ao segundo plano, de tal maneira que **a assistência nesses hospitais passou a ser realizada predominantemente por residentes**; e o ensino diretamente supervisionado por professores, em conseqüência, tenderia a recuar para aulas expositivas ou discussões semanais de casos clínicos. Em regra geral, a convivência diária do professor com o aluno reduziu-se em qualidade e quantidade.

Feuerwerker (1998) aponta estudos sobre o processo de institucionalização da Residência Médica que consideram os riscos das Residências tornarem-se instrumento de prestação de serviços de saúde, pois há graves críticas à ocupação de espaços nos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, de residentes como prestação de mão de obra barata. O mercado de trabalho passou a assumir uma direcionalidade comprometendo a Residência Médica "[...] como processo educacional, já que a lógica da organização dos estágios obedeceria muito mais às necessidades dos serviços do que às de aprendizagem" (FEUERWERKER, 1998, s.p.). Situação essa que se constitui atual em meio ao cenário de precarização dos recursos humanos nos HUs. Os médicos residentes, face ao processo que vivenciam, assumem posições reivindicatórias em torno de melhores condições para o processo formativo.

Na dimensão do Ensino, representado nos hospitais que se constituem em espaço de ensino-aprendizagem das diversas profissões de saúde, não apenas a médica, em geral se reproduz o modelo médico-assistencial hegemônico. A ordenação universitária – por departamentos –, potencializada pela lógica médica de

organização por especialidades, desfavorece a relação com os serviços. Há um hiato, como considera Feuerwerker (1998), nessa dimensão onde se situa o enorme desafio de mudança na formação dos trabalhadores da saúde, que vem sendo problematizado de diversas formas, desde o debate sobre as reformas curriculares até a introdução de inovações pedagógicas no processo de ensino-aprendizagem.

As RMS, não como inovação, mas como uma *"reinvenção"* faziam parte da Secretaria de Educação Superior (SESu), no Departamento de Residência e Projetos Especiais, colocando em evidência a integração ensino-serviço. Quando o Ministério traz as Residências para dentro da Diretoria de Hospitais Universitários, junto com as duas Comissões, a Médica e a Multiprofissional, traz também um campo de formulação e operação sobre a formação, que justifica perguntar: para qual direcionamento caminha o Programa? Essa diferenciação, segundo Ceccim (2008), corre o risco de manter os hospitais como privilégio do ensino universitário e a especialização em área profissional por meio das residências médicas, e

> [...] agora, também por meio das residências para as demais profissões da saúde. Departamento ou Diretoria desdobram a concepção flexneriana de educação médica ou "pedagogia médica", onde **o hospital universitário e a especialização médica ocupam o centro do ensino** (CECCIM, 2008, p. 11).

No IV Seminário Nacional, nos debates[118], Ceccim defendeu o argumento de que não faz nenhum sentido as residências estarem necessariamente vinculadas às Instituições de Educação Superior (BRASIL, 2011d). O debate girou em torno da questão em que as residências podem ser da Universidade, mas não podem deixar de ser dos serviços, em especial os do SUS. Esses questionamentos reverberam nos fóruns e nos espaços de formação não ligada as IES. As RMS trazem possibilidades que se diferenciam das Residências Médicas.

Nas Residências Médicas a Instituição formadora é a Instituição de Ensino Superior que oferece o programa de residência em parceria com instituições executoras, porém são de responsabilidade dos Departamentos de Ensino. Para as RMS, no

[118]**Mesa 2: Política de Formação em Saúde: A Residência em Área Profissional de Saúde**. Expositores: Armando Raggio (CONASS –DRH/MEC), Ricardo Burg Ceccim (UFRGS – CNS) e Ana Paula Cerca (SGTES/MS). Debatedores: Ana Paula Nunes (Residente do Programa Multiprofissional Integrado em Sistema Público de Saúde - Atenção Básica/ Estratégia de Saúde da Família da UFSM) e Fernanda Amaral Rodrigues Chaves (Residente do Programa de Residência da UFMG) (BRASIL, 2011d).

caso dos Hospitais Universitários, estes são executores e responsáveis pelo processo de formação em parceria com os Departamentos de ensino. O aspecto diferencial é tornar os serviços potências para a reformulação do processo pedagógico. Uma vez atravessados pela proposta problematizadora da educação permanente, o objetivo é que os profissionais sejam formados não apenas para compreender o seu papel individual como membro da equipe de saúde, mas, principalmente, atuar coletivamente na gestão do sistema, na sua organização e controle (LIMA, 2008, p. 11).

A formação como desenvolvimento de uma ação educativa, busca aspectos pedagógicos que diferenciam a prática de treinamento como repetição de uma lógica instituída. As ações estão relacionadas ao trabalho e constituem-se numa forma metodológica de demonstrar o processo que vislumbra a indissociabilidade dos papéis de gestão e de formação. Essa concepção tem sua base no pensamento reformista e aparece na forma da lei dos órgãos gestores do SUS (LOS nº 8080, NOB/RH, DCN) com mecanismos de atuação para dar conta de ambas as funções.

As condições para o desenvolvimento desse projeto político/pedagógico são questões que se colocam para o processo, tendo a configuração dos marcos normativos como limites e possibilidades para a implantação e implementação das RMS. Os questionamentos são muitos nesse contexto de transição do modelo de HU que está sendo gestado, em detrimento dos posicionamentos das esferas de controle e participação social, uma vez que essa instituição deveria seguir a prerrogativa de manter as frentes de ensino e assistência em andamento, de forma articulada e indissociada.

Nesse quadro, em 2009 os HUs foram *convocados* pelo MEC a apresentar projetos por instituição, envolvendo diferentes áreas de concentração e profissões de saúde. Foi proposto que o objetivo do programa deveria oferecer o desenvolvimento das atividades de aprendizagem aos residentes através da vivência de linhas de cuidado “[...] articuladas aos diversos níveis de atenção à saúde, possibilitando a continuidade e a produção da integralidade” (PASINI, 2010, p. 67), compondo, assim, o cenário atual das Residências.

4.2 – Cenário atual da Residência Multiprofissional

Em fevereiro de 2010, durante reunião da Comissão Intergestores Tripartite foi divulgado o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde 2010/2011 (BRASIL, 2011c). As instituições foram selecionadas por meio do Edital nº 24/2009. Instituições de várias regiões do país e de 16 (dezesseis) estados foram contempladas com bolsas para residentes, num total de 486 bolsas, em 2010.

Figura 7: Cobertura de Bolsas concedidas para Residência Multiprofissional e em área profissional de saúde, em 2010.
Fonte: Brasil (2012)

As bolsas tinham à época o valor mensal de R$ 1.916,45, equiparado ao valor da bolsa de Residência Médica, fixado pela Lei n. 11.381, de 1° de dezembro de 2006. Ao longo dos dois anos de duração da bolsa, o investimento estava previsto em aproximadamente 21 milhões de reais, segundo informação do CONASS (BRASIL, 2011c).

A iniciativa contemplou bolsas para programas desenvolvidos em especialidades e áreas temáticas consideradas prioritárias, pelo MEC/MS, para financiamento, como por exemplo: Atenção Básica/Saúde da Família, Atenção Especializada em Saúde, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde da Criança, Reabilitação Física, Urgência/Trauma e Apoio Diagnóstico e Terapêutico (BRASIL, 2011c, p. 73). Em 1º

de fevereiro de 2010, tiveram início 35 programas desenvolvidos em 40 hospitais universitários federais. Entre os projetos apresentados foram aprovadas vagas com destinação de bolsas para diferentes HUs do país, conforme Relatório da CNRMS.

> O Ministério da Educação acaba de lançar o projeto de implantação do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da rede de Hospitais universitários Federais, para os quais serão disponibilizadas 500 bolsas, a um custo anual previsto de R$11.500.000,00 (onze milhões e quinhentos mil reais) em 2010 e de R$23.000.000,00 (vinte e três milhões de reais) a partir de 2011 (BRASIL, 2009b, sem paginação).

Foram concedidas 486 bolsas somente para os HUs através desse incentivo. Fazendo uma comparação entre as profissões contempladas em 2010 com aquelas que obtiveram as primeiras bolsas em 2006, tem-se um aumento de 32 bolsas. Nessa avaliação há que ser considerado que as bolsas de 2006 eram ampliadas para várias instituições.

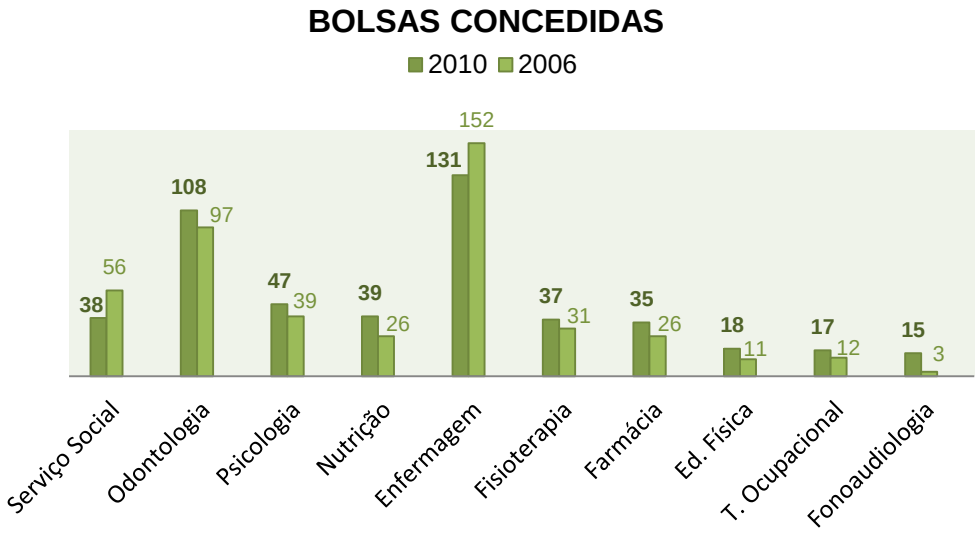


Gráfico 1: Nº de Bolsas concedidas, 2006 e 2010. Recurso do edital 24/2009, para Residência Multiprofissional e em área profissional da saúde, por profissão, em 2010, comparado com o nº de bolsas concedidas no ano de 2006.
Fonte: (BRASIL, 2006); (BRASIL, 2012)

O financiamento das bolsas de Residência provém de diferentes fontes. Enquanto o Ministério da Educação (MEC) financia as bolsas das instituições do sistema público federal de ensino superior como os hospitais universitários, o Ministério da Saúde responsabiliza-se por aquelas bolsas vinculadas a programas estratégicos em sua área. Estados e municípios financiam diretamente os programas desenvolvidos em hospitais e instituições de suas respectivas redes, tanto quanto os mantenedores

privados incumbem-se do pagamento das bolsas de residência nos hospitais e instituições de saúde privados (BRASIL, 2011c).

O financiamento e a certificação dos programas pelos Ministérios somente para aquelas que são das Instituições de Ensino superior (IES) transformaram-se em tema para muitos discursos, discussões e posicionamentos de descontentamento dos sujeitos envolvidos com esse processo. Nesse contexto, os hospitais universitários, como parte das IES, tornam-se uma categoria em evidência diante da proposta formativa da Residência e centro das atenções, sobretudo devido ao direcionamento que vem sendo dado pelos últimos governos sobre os rumos do financiamento e da gestão dessas instituições.

O processo de implantação e implementação dos programas segue avançando, com estratégias para a construção da residência multiprofissional em saúde na gestão do sistema. O MS e MEC garantiram a manutenção do financiamento para novas turmas no caso dos programas aprovados em edital. Em 2011 no programa de financiamento de bolsas de Residência Multiprofissional nos HUs Federais pelo MEC constavam:

- 740 bolsas (R1) + 500 bolsas (R2) = investimento anual de R$ 40 milhões
- 41 HUs
- 38 Programas

Na avaliação do MEC, durante o IV Seminário Nacional (2011d) o Programa de Residência Multiprofissional é considerado um programa bem sucedido, sendo previsto aumento de vagas com distribuição equilibrada e regional. Foram relatadas as ações de apoio do MEC em conjunto com o Ministério da Saúde para a residência como a implantação de sistema informatizado de acompanhamento dos programas; implantação do processo de avaliação para autorização e reconhecimento dos programas em funcionamento, implantação do programa de residência integrada multiprofissional em saúde na rede de Hospitais Universitários federais. Segundo o Ministério, em 2012 o investimento foi de R$ 54.000.000, 800 bolsas para R1, 780 bolsas para R2, num total de 1580 bolsas (BRASIL, 2011d).

Segundo o MEC, os programas passam a ter mais adesão com a participação dos gestores estadual e municipal e as perspectivas, articulado com o MS, é de cadastramento e adesão de demais programas de residência multiprofissional

(BRASIL, 2011d, p. 09). Em 2013, a SGETS avalia, numa perspectiva panorâmica, que há um envolvimento dos vários segmentos que integram a composição dos programas em RMS. Segundo o Ministério da Saúde, houve um aumento, entre 2011 a 2013, de 152% na oferta orçamentária para bolsas em residência multiprofissional, um investimento da ordem de R$ 36, 3 milhões (BRASIL, 2013). A ampliação de 499, em 2011, passou para 1270 bolsas em 2013. Veja quadro 8 abaixo:

ANO	AMPLIAÇÃO 2011	AMPLIAÇÃO 2012	AMPLIAÇÃO 2013	TOTAL
BOLSAS PAGAS	499	335	1.270	2.104

Quadro 8: Ampliação do número de Bolsas das RMS.
Fonte: Brasil, (2013)

É preciso ressaltar a dificuldade na obtenção de informações e dados sobre a Residência. Os dados são apresentados de forma fragmentada, na maioria das vezes aparecem em discursos dos representantes da gestão nos espaços coletivos de atuação, por isso guardam a necessidade de uma avaliação mais profunda quanto a própria informação. O processo de instituição das RMS passa por muitos desafios, um deles é a consolidação dessas informações. O MEC tem apresenta o Sistema da Comissão nacional da Residência Multiprofissional em Saúde – SisCNRMS. No entanto, ainda há muita dificuldade no acesso às informações. Como uma faceta desse processo considera-se os impasses ocorridos para a formação da gestão atual da Comissão Nacional, desde a Portaria 1077.

Nessa perspectiva, no II Encontro Nacional de Residências em Saúde, em novembro de 2012, em Porto Alegre, o objetivo principal foi *articular o Movimento Nacional de Residências em Saúde e os segmentos* (ABRASCO, 2012). As discussões foram retomadas a partir das discussões do IV Seminário, incluindo a revogação da portaria atual. Muitas questões pendentes foram postas para os debates, como:

✓ A redefinição da composição da CNRMS;

- ✓ Fomento às Comissões Estaduais, considerando-se as especificidades locorregionais, reconhecendo os Fóruns de coordenadores, residentes, preceptores e tutores e aproximando das instâncias do controle social;
- ✓ Compreensão das especificidades da CNRMS diferenciada do acúmulo produzido pela Comissão Nacional de Residência Médica;
- ✓ Constituição de um GT organizado pelo CNS para criação de nova portaria que regulamente a CNRMS, garantindo maior participação e diálogo democráticos.
- ✓ Definir o papel, a partir das CIES (Comissão Integrada de Ensino e Serviço) dos gestores, das IES, trabalhadores e usuários;
- ✓ Definir os financiamentos assegurando plena liberdade aos programas para que se manifestem democraticamente sobre a política de residências, uma vez que o financiamento atual, de forma instável, impede que se posicionem de forma divergente do governo por temerem ter seu financiamento cortado.
- ✓ *Garantir pontuação diferenciada na titulação do residente em processos contratação para o SUS (processos seletivos e concursos públicos);* entre outros.

A discussão caminha na direção para que essa proposta não fique retida apenas à fase de formação e possa ser pensada em suas múltiplas dimensões, que inclui a continuidade desse processo. Isso implica estabelecer mecanismos de acompanhamento dos egressos, visando avaliar se esses ingressam no SUS.

Após esses últimos encontros (IV Seminário e II Encontro Nacional), em 02 de maio de 2013, por meio de Nota explicativa[119] sobre a nomeação e eleição de membros componentes da CNRMS, o Ministério informa que após acordo com o Grupo de Trabalho instituído no IV Seminário Nacional, que o processo de escolha dos Coordenadores de Programa, Residentes, Tutores e Preceptores de Programas de RMS, será realizado por meio de eleição. Conclui que o processo está em tramitação para adequação da legislação pertinente. Volta-se aos caminhos pelo fio da história que conduz o Programa da RMS, destacando-se as possibilidades de contestação à lei instituída, reafirmando-a na direção da legitimidade desse espaço político e pedagógico da formação.

Contestação e legitimidade são palavras de ordem também no caminho por esse fio que conduz o processo de implementação das RMS no quadro da reestruturação

[119] Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12501&Itemid=86

dos hospitais, que seguem com medidas de contenção e segregação entre ensino e assistência, marcando a continuidade desse cenário nos HUs, principalmente após a **criação das Fundações Estatais de Direito Privado**. Contra, mais uma vez, aos posicionamentos dos fóruns que discutem o SUS como uma política pública a ser priorizada como função do Estado, assim, o IV Seminário da RMS se manifesta contra a EBSERH. Está posto, portanto, a área do trabalho e da formação em saúde permeada pelos interesses de projetos políticos distintos da sociedade, porém marcada pela manutenção e, por vezes, o aprofundamento da implementação das políticas neoliberais.

Nesse sentido, o governo Dilma Roussef assumiu a implantação de um "novo" modelo jurídico institucional legal para os institutos federais de ensino. A presidente regulamentou a criação da fundação pública de direito privado para gestão dos hospitais universitários, por meio da lei 12.550, autorizando a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH, empresa com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio. Permanece a tensão entre o ideário reforma sanitária e o projeto real em construção pautado pelas condições impostas pela concepção neoliberal, mantendo aspectos político-econômicos e ideológicos em disputa, como as propostas de redução do Estado, de individualização da sociedade, de focalização das políticas sociais (BRAVO; MENEZES, 2011).

Nessa tensão está a criação/organização das RMS e a sua inserção no quadro da política de saúde no Brasil. Política essa que por um lado está sustentada pela idéia da saúde como direito social de cidadania, via responsabilização do Estado, garantida legalmente como direito na Constituição Federal (BRASIL, 1988). Por outro sofre as consequências dos discursos e das ações de caráter neoliberal, que "[...] advogam a necessidade de se instalar um amplo programa de atenção à saúde baseado nas privatizações de serviços públicos e na abertura do setor para a atuação do mercado" (ROSA; LOPES, 2010, p.488).

Nesse contexto, a Residência *per si* não assegura processos instituintes, como diz Silva e Caballero (2010). Então, o que fica considerado como proposição para formar trabalhadores em saúde – especialmente no contexto da Saúde e dos HUs? Uma indicação, a partir da construção feita até então nesse trabalho, são as possibilidades contra-hegemônicas de invenção, de tensionamento, de mudanças

dos processos de trabalho e formação em saúde, construídas, autorizadas e ampliadas pelo processo político, social e democrático, constituído nos fóruns de participação social.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS – ESPERANÇA EQUILIBRISTA

Azar!
*A **esperança equilibrista***
Sabe que o show
De todo artista
Tem que continuar...
O Bêbado e a Equilibrista - Elis Regina

Como no início desse trabalho, novamente me vejo como num poema de Sérgio Blank, “Solidão esferográfica”, que é aquela que se sente em frente ao verso que insiste em ser criado[120], só que agora a página em branco espera receber considerações acerca de um trabalho que se constituiu numa tarefa árdua. Foram dois anos, e mais um pouco, de um percurso que teve de tudo: frustrações, descobertas, surpresas, satisfações, descontentamentos e dúvidas, muitas. São elementos que compõem essa trajetória, que diz ao mesmo tempo de algo simples e complexo, que é discorrer sobre o processo de constituição das Residências Multiprofissionais em Saúde, como uma estratégia de formação de profissionais para o Sistema de Saúde, dentro de uma Política de Educação na Saúde preconizada pelo Estado. Parti da minha inserção na RMS e agora retorno a ela modificada.

O foco de luz, determinado para iluminar o caminho que a Residência Multiprofissional percorre e o processo de legitimação e institucionalização que a sustenta, leva ao problema de pesquisa circundar o universo de duas políticas públicas: saúde e educação[121]. Inseridas no contexto de contrarreforma do Estado, estas políticas seguem a tendência da política social no contexto de desrresponsabilização do Estado com ênfase em programas sociais de caráter focalizado, com aumento de atuação das organizações não governamentais. Essa conjuntura interfere na articulação ensino/serviço, onde se entrecruzam as políticas de saúde e educação e onde se localiza a discussão das Residências.

Porém, para reconhecer e expor essa conjuntura, com intuito de debater a formação profissional de saúde, foi necessário remontar ao processo histórico dos anos 1970 e 1980. Esse processo histórico assumiu contornos que permitiu que o Movimento pela Reforma Sanitária (MRS), mesmo com seus dilemas, fluxos e refluxos, se ampliasse, liderando a pressão por mudanças nas políticas de saúde na sociedade e

[120]Trecho subtraído do poema “Solidão esferográfica” do livro Sol, Solidão: análise da obra de Sérgio Blank de Sinval Paulino: Graf.Jep, 2007, 160p.
[121] Prioritariamente demos mais luz à saúde, campo de intervenção profissional.

no âmbito do Estado. As lutas e as disputas possibilitaram a construção do projeto contrahegemônico para a saúde através dos avanços da militância e de uma estratégia política de caráter popular, que sofreram reveses ao longo das últimas três décadas.

A defesa de uma proposta alternativa de um modelo da saúde tornou possível o SUS, enquanto projeto político diferenciado, discutido nos mais diversos espaços públicos, tendo como pano de fundo a democratização, a participação popular; a universalização dos serviços de saúde; a relevância do sistema público. Apesar do legado constitucional, construído numa perspectiva democrática, a Saúde tem na prática as medidas adotadas pelo MS, como empecilhos de sua concretização. O SUS tem, sobretudo nos aspectos de financiamento e de gestão, seu maior obstáculo. O sucateamento dos serviços públicos de saúde – resultado do não investimento governamental e de medidas legislativas que induzem ao desvio de recursos da saúde a outras áreas –, aliado ao descrédito ofertado ao SUS, tem exaltado os serviços privados, aproximando a desestatização de áreas estratégicas como os hospitais de ensino.

Os últimos governos mantiveram o processo de privatização delineada nos anos de 1990 no âmbito das políticas públicas, com graves repercussões nas políticas sociais, entre elas a educação, alcançada também pelos efeitos da relação *público-privada*. Na educação, dentro da proposta bresseriana de reforma do Estado, tem havido uma redução considerável de investimentos. O ensino vive uma reforma universitária que toma a educação como uma mercadoria, organizando-se a formação do aluno como preparação para o mercado, com um conteúdo do ensino utilitário e instrumental. Do mesmo modo, inserido na realidade das universidades públicas, os hospitais universitários sofrem com a precarização física de suas instalações, o déficit de recursos humanos, a sobrecarga de trabalhos dos funcionários, a flexibilização dos muitos contratos temporários, bem como a redução ou mesmo ausência de investimentos em pesquisas e projetos de extensão.

Essa conjuntura social, política e econômica determina as transformações e direciona a formação dos profissionais de saúde no Brasil, pois esse processo *instituinte* abriga questões importantes sobre as fundamentações que norteiam as propostas de educação no âmbito da saúde. Cabe aqui ecoar as indagações feitas

na 2ª CNRS (1993): ***quem** está formando? **para quem** está formando? **para o quê** está formando? (BRASIL, 1993, p. 14).*

Nas conferências nacionais de saúde e de recursos humanos, esse debate permeou a conformação e o delineamento do processo de construção da Política de Recursos Humanos para a Saúde. No interior desse processo, uma política de educação em saúde se constituiu como princípio norteador para a formação de trabalhadores para o SUS, servindo, portanto, de fio condutor da formação em Residência Multiprofissional e demarcando seu espaço como modalidade de formação ensino/serviço no âmbito da educação em saúde. A existência de uma lógica organizativa do ensino em saúde permanece, porém, mediada por elementos de tensão existentes na fronteira do ensino com os serviços de saúde.

Há uma subordinação das políticas do trabalho e da formação da força de trabalho, tanto do sistema de ensino quanto da prestação da assistência, à lógica do sistema econômico, que não seguem o mesmo projeto societário. As consequências são uma série de problemas apontados na fragilidade das propostas de mudanças diversificadas e desarticuladas das políticas de saúde e educação, dificultando a convergência e interação das questões relativas aos dois campos. As Conferências, junto com Lei Nº 8.080/90 e a NOB/RH, construíram a articulação entre as esferas de governo para a formalização e execução da política de recursos humanos. Os dispositivos legais apontaram para responsabilidades, competências e necessidade de discussão e pactuação para melhor regulamentação, no sentido de garantir adequada formação profissional, direitos trabalhistas e, ao mesmo tempo, instrumentos de gestão do trabalho.

Entretanto, a compreensão teórico-conceitual e político-ideológico do projeto reformista, como conteúdo do processo de luta por mudanças, continua como desafio para construção e implementação da saúde como uma política pública. Trata-se da discussão da formação profissional, cuja consolidação de uma política nacional de saúde e de educação para essa saúde, fundamenta-se na integração ensino/serviço e no trabalho multiprofissional e tem na modalidade Residência Multiprofissional uma de suas expressões. No entanto, recuperar a proposta das Residências Multiprofissionais como formação em saúde, nesse trabalho, foi trazer, não só suas potencialidades, mas também suas fragilidades e seus desafios nesse

processo, que vivencio no meu cotidiano profissional, como preceptora do Programa.

É evidente o tensionamento que as RMS fazem à existência do modelo de formação baseado na doença e na fragmentação do cuidado. Sabia-se desde então, que um novo Sistema de Saúde implicava na desconstrução dessas formas instauradas. A formação de um novo profissional tornou-se uma das questões chaves, postas para o projeto de saúde em construção. Porém, esse processo é tenso assim como a inscrição das RMS, marcada por disputas.

O marco dessas disputas foi iniciado nos anos 2000 com a implementação de Residências Multiprofissionais pautadas no Programa Saúde da Família, financiado pelo Banco Mundial. Embora já existissem experiências das residências que demonstravam a viabilidade e a importância dessa estratégia de formação no âmbito do SUS, havia muitas dúvidas se tal estratégia se reverteria de fato em ganhos para o SUS, assim como havia dúvidas quanto ao próprio Programa de Saúde da Família. Questões importantes surgem para a condução desse processo, em meio ao incentivo pelo Ministério da Saúde para a criação de novos programas. Surgem propostas de residências, conformadas pelo discurso dos princípios do SUS, no entanto, havia, e há divergências quanto à formatação e execução desses programas.

Muitas das questões pesam no quadro de referência das Residências. Essas nasceram sobre o discurso da formação médica como “padrão ouro de formação”, e tiveram como parâmetro a presença consolidada das Residências Médicas, instituídas nos anos 1970, para atender os interesses da formação especializada e tecnológica. Isso vai rebater nas propostas das RMS dos anos 2000, como por exemplo, a imposição das 60 horas semanais e a centralidade da lógica da formação médica, determinando o encaminhamento e a direção na centralidade nos modos de fazer. É preciso considerar e construir as especificidades desses processos, pois nesta análise aparecem as forças políticas que estão em jogo, ou seja, a questão corporativa destaca-se entre os processos históricos e culturais que permitem e legitimam a medicina. Há um jogo de interesses para a manutenção do *status quo* da especialidade médica e do papel desse modo de produção de saúde.

Para subsidiar a sustentação das propostas, e dar possibilidades a esses enfrentamentos, destaca-se a organização da política nacional de educação na saúde. Na primeira metade dos anos 2000, assiste-se, na defesa da formação das RMS, o surgimento de inúmeros atores (fóruns de residentes, coordenadores e preceptores) que estiveram presentes na luta para estruturação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e depois também na disputa acirrada da composição e da luta pelo reconhecimento das RMS, a partir de 2005.

Há um campo que coloca interesses em confronto e por onde caminha a definição da base legal para institucionalização do Programa que passou por momentos recentes de enfrentamentos. Como a alteração da Portaria 45/2007, que instituiu e regulamentou o funcionamento da Comissão Nacional e representava uma condução baseada no diálogo e numa formação colegiada. Um novo direcionamento da Portaria 1077/2009, quanto ao processo de escolha dos representantes, tanto na forma quanto na definição dos atores, marcou uma lógica de desregulamentação total e excessiva centralização mudando a condução do processo.

Esse quadro aprofundou a formação política com diversos atores com posicionamento nos espaços coletivos de discussão das Residências, como os Seminários Nacionais e os Encontros Nacionais em Residência Multiprofissional, para fazer frente a essas deliberações. Ao mesmo tempo em que essa participação política foi efetiva, ela exige uma maior reflexão acerca das disputas e da legitimidade do processo de participação dos atores sociais no interior da CNRMS. Há uma necessidade de aprofundamento da discussão por onde passa a representação e a representatividade dos órgãos envolvidos, como os Fóruns, os Conselhos das profissões, as Associações de ensino, enfim toda a gama de setores envolvidos com a formação profissional para a área da saúde[122].

Nessa efervescência de acontecimentos, se construíram e continuam se construindo diferentes propostas nessa trajetória de avanços, mas também de retrocessos se considerarmos o acirramento dos corporativismos e o avanço e fortalecimento do

[122] Nesse sentido, observa-se que o Serviço Social tem realizado um movimento de articulação dos profissionais envolvidos com a formação na modalidade residência multiprofissional. Apesar de desenvolver residência em área profissional, a institucionalização do Programa de RMS representa um processo que requer uma manifestação da categoria em defesa de um projeto que esteja em coerência com os dispositivos do projeto ético-político dessa profissão. Para isso, estão sendo realizados encontros com intuito de fomentação do debate sobre a inserção do Serviço Social nos programas multiprofissionais de formação em saúde e promoção de espaços de articulação de docentes, tutores, preceptores, residentes e estudantes inseridos nesses programas de formação em saúde.

das medidas que vem sendo cada vez mais atingida com as coordenações da contrarreforma do Estado. O desmonte do SUS, através da restrição do financiamento público e do acelerado processo de privatização, aponta a importância dos resultados, da produtividade como parâmetros de organização, formando um conjunto de fatores que vêm impactando no campo da formação em saúde e particularmente nas RMS.

Muitos acontecimentos dos últimos tempos têm referência nesses modelos. Ganha força nesse contexto acontecimentos como o Ato Médico, perpetuando o corporativismo indo contra aos pressupostos do perfil profissional para a saúde, construído pelo projeto que defende o SUS. Ao mesmo tempo observa-se o esvaziamento das RMS na atenção básica e o movimento do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação para implantar as RMS nos Hospitais Universitários Federais, direcionando especialmente aos serviços de alta complexidade. Posicionamentos importantes foram expressos em documentos, pelos atores políticos que se posicionam em defesa das Residências Multiprofissionais. Nesse período, a Carta em Defesa das RMS, do ano de 2009, constituiu-se numa importante manifestação e contraposição a essa situação. A participação do Conselho Nacional de Saúde contribuiu para o posicionamento quanto à interrupção dos trabalhos e a alteração da composição da Comissão Nacional das RMS.

Em 2010 as RMS se inserem nos Hospitais Universitários, no mesmo ano em que o Ministério da Educação institui o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais– REHUF- e a RMS aparece nesse quadro. O REHUF reitera o formado de fragmentação da assistência e do ensino, face às disputas entre Ministério da Educação e Saúde sobre o financiamento, contrapondo a principal diretriz das Residências que é a integração ensino/serviço. A criação da fundação pública de direito privado para gestão dos hospitais universitários, em 2012, autorizando a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, sem resolver o emaranhado de questões que envolvem o HU, o MEC e MS, demonstra a proposta de reestruturação das instituições de ensino e saúde, onde a situação dos HUs permanece fragmentada perante a partilha entre MEC e MS.

Outro desafio se estabeleceu para as RMS, com o deslocamento e o incremento no campo da alta complexidade com formatos a partir do campo das especialidades, na lógica da organização dos hospitais. Porém, não só nos hospitais ocorre uma predominância da lógica racional de priorização na gestão dos serviços de saúde, de resultados e processos, de intensificação, controle e precarização do trabalho. É nesse contexto que observamos os riscos da conformação da formação em saúde no plano da tarefa do fazer.

Torna-se necessária uma intensa defesa e afirmação dos residentes enquanto profissionais em formação e não profissionais de serviço. Isso demonstra a expectativa que se tem do residente. Para completar esse contexto de precarização do trabalho, há uma fragilização da presença dos residentes, destacando-se a necessidade de atenção para não serem absorvidos para cobrir o déficit de trabalhadores nas instituições de saúde.

Com essas proposições, acirra-se o debate quanto ao papel das residências, uma vez que o contexto em que ela se desenvolve está aprofundado por um hiato na lógica entre o ensino e a assistência, dificultando a superação da formação hegemônica ainda existente. Principalmente num plano mais recente onde observa-se um movimento do MEC em associar os programas de residências com os mestrados profissionais e de condução dos Programas pelos Centros de Ensino, expondo dessa forma a condução para um processo em que se volta para o ensino, em detrimento do trabalho. Toda a condução da proposta da RMS, passando pela Educação Permanente, está na potência da problematização dos processos de trabalho para a reformulação, discussão frente às concepções teóricas. Diante de tais condições, paira as dúvidas quanto às possibilidades da RMS fazer frente a esse processo.

Por outro lado, a observação dos vários aspectos vinculados à residência, tem demonstrado também que elas, contraditoriamente, tem sido, ou podem ser, também um reduto importante de resistência à sucumbência dos novos contornos que vêm sendo desenhado no próprio SUS. As experiências demonstram que as Residências Multiprofissionais cumprem um importante papel enquanto estratégia de formação em serviço, e que elas têm sido importantes como qualificação dos

serviços e dos profissionais. Há um consenso em torno da importância das presenças dos residentes e dos tutores nos serviços, pois, impulsionados pelas discussões dos processos de trabalho, questionam as práticas. Mesmo com tantos empecilhos, com risco dessa proposta se inviabilizar política ou financeiramente, há rupturas em relação aos modos de se pensar o cuidado em saúde e a potência do trabalho em equipe reverberam.

A importância dos residentes nas equipes multiprofissionais assume essa posição de enfrentamento às práticas consolidadas. Para tanto, pensar a inserção dos profissionais de saúde tanto no espaço de assistência como nos espaços de formação profissional requer a necessidade de uma maior articulação das categorias profissionais e, aí está a esperança equilibrista, apontando as residências multiprofissionais em saúde no âmbito do SUS como um agente potencializador dessa articulação através da formação, para que se continue caminhando pelo fio dessa história, e não se deixe capturar pela ordem instituída.

Assim, como é um caminho... não encerro. Apenas reitero a importância de se ter clareza sobre a racionalidade que orienta o processo nas RMS, pois enunciam determinadas apostas feitas na produção de profissionais de saúde. Nesse percurso questionamentos pertinentes, tangenciaram esse trabalho e que merecem a menção para aprofundamento em novos estudos: em que medida vem sendo trabalhado esse debate nos espaços específicos das diversas categorias profissionais? Quais são as possibilidades de articulação das diversas categorias em defesa das Residências Multiprofissionais? Como se dará a inserção dos profissionais formados na Residência nos espaços de atuação do SUS? Qual é o debate atual sobre as formas de representação na Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais? Como será o processo de institucionalização das RMS nos HUs, após a entrada da EBSERH?

Enfim, questões que inquietam, mas permanecem alimentando o desejo de constituir novos diálogos, a partir do olhar investigativo para a experiência nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, pois percebi que há sempre versos querendo ser criados...

Referências

ALBURQUERQUE V.S; GIFFIN, K.M. Globalização capitalista e formação profissional em saúde: uma agenda necessária ao ensino superior. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 3, nov.2008/fev.2009, p. 519-537.

ABRASCO. IX Congresso Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**. Relatório da Oficina "Desafios e Perspectivas das Residências em Saúde Coletiva**: RMPS e Residências Multiprofissionais em Saúde Coletiva". Recife, novembro 2009.

_____. Rede Unida. **II Encontro Nacional de Residências em Saúde**: das histórias ao desafio das articulações na sociedade. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS – Porto Alegre/RS, 13 e 14 de novembro de 2012.

ADIB, L. T.; **"Caminhando contra o vento..."**: a história das Residências Integradas e Multiprofissionais em Saúde. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva. Porto Alegre, 2012. 55p.

AMANCIO-FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface** - Comunic, Saúde, Educ, v8, n15, mar/ago 2004, p.375-80.

ANDES-SN. Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior. **Frente contra a Privatização da Saúde denuncia manobra do governo na 14ª CNS**. 2011. Disponível em http://www.andes.org.br:8080/andes/print-ultimas-noticias.andes?id=5063. Acesso em: fevereiro de 2013.

ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.P.; SÁ-SILVA, J.R. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. Ano I - Número I - Julho de 2009. Acesso em: outubro de 2012. Disponível em: www.rbhcs.com. Acesso em: setembro de 2012.

ALMEIDA, D. C. S. **A formação superior e as conferências nacionais de recursos humanos em saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) − Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2008.

ALMEIDA-FILHO, N. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. In: **Revista The Lancet. Saúde no Brasil** - maio de 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf. Acesso em: abril de 2012.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. O método nas ciências sociais. In: ALVES-MAZZOTTI, A. J; GEWANDSZNAJDER, F**. O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004, p. 109-187.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 3ª Ed. São Paulo, Cortez, 1995.

BARBOSA, R. H. S. A “teoria da práxis”: retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 9-26, mar./jun.2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEHRING, E. R. **Política social no capitalismo tardio**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 1ª **Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde**. Relatório final. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1986b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília**, DF, Senado,1998.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **9ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041. Acesso em: setembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **10ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041. Acesso em: setembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041. Acesso em: setembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041. Acesso em: outubro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação- Geral da Política de Recursos Humanos. **Política de Recursos Humanos para o SUS**: balanço e perspectivas - Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2ª ed, rev. e atual., 2ª reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **13ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041. Acesso em: setembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Decreto de 20 de junho de 2007b. Institui a **Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde** e dá outras providências. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Decreto%20de%2020062007.pdf. Acesso em: novembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2ª **Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde**. Relatório final. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf. Acesso em: setembro de 2012.

_____. Lei nº11. 129 de 30 de junho de 2005. **Institui a residência por Área Profissional em Saúde e dá outras providências**. Disponível em: http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11129.htm. Acesso: junho de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial** nº 2.118, de 03 de novembro de 2005 (b). Institui 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. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2118.pdf. Acesso em: setembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 3ª **Conferência Nacional da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Documentos preparatórios. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília. 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Relatório das atividades – Ano 2006e. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_gestao2006cgu2_sgtes.pdf

_____. Lei 8.080 de setembro de1990a. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____. Formação Superior em Saúde: tendências da graduação no período de 1985 a 1991. **Cadernos de RH em Saúde**, ano 1, vol 1, nº2. Brasília: Ministério da Saúde, novembro de 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/resoluções/1998/Reso287.doc. Acesso em: abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, v. 141, n. 32, 2004. Seção 1, p.37-41.

_____. **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. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf. Acesso: junho de 2012.

_____. **Portaria Interministerial nº1077** de 12 de novembro de 2009a. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em: http://www.redeunida.org.br/noticia/portaria-interministerial-no1077-de-12-de-novembro-de-2009. Acesso: junho de 2012.

_____. MEC/MS. **Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS** Exercício 2007/2009 - Brasília, DF Outubro/2009b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3_b_relatorio_atividades_cnrms_261109b.pdf. Acesso: junho de 2012.

_____. Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde. **Decreto nº 7.082 de 27 de janeiro de 2010. Institui o**

Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). Brasília, 196 2010a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm. Acesso em: maio de 2013.

_____. **Portaria Interministerial nº1320** de 11 de novembro de 2010b. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. Disponível em: http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=12&data=12/11/2010. Acesso: maio de 2013.

_____. MEC. **Gestão de Educação 2003-2010**. Brasília: Ministério da Educação, 2010c. Disponível em:http://gestao2010.mec.gov.br/o_que_foi_feito/program_125.php. Acesso em junho de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **14ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf

_____. Ministério da Saúde; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Decreto nº 7.530 de 21** de julho de 2011a. Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%207.530-2011?OpenDocument. Acesso em: junho de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - **SGETS: políticas e ações** – Brasília: 2011b. 32p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília: CONASS, 2011c. 120 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v.9).

_____. MEC/MS. CNRMS. **Relatório do IV seminário nacional de residência multiprofissional em saúde**. Brasília, DF Setembro/2011d. Disponível em: http://sonurno.blogspot.com.br/2011/09/documentos-iv-seminario_21.htm.

----------. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde** - SGETS: políticas e ações. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. MS/SGTES/DEGES. A Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do SUS. **V encontro de secretários municipais de saúde.** DEGES, Fortaleza, janeiro de 2013.

BRAVO, M.I.S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. et.al.(orgs.).**Serviço social e saúde:** Formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, MS, p. 01-24, 2006.

_____. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M.I.S; PEREIRA, P.A.P (orgs). **Politica Social e Democracia**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2007, p.197-215.

BRAVO, M.I.S; OLIVEIRA, R. de O. Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. In: **Revista Ágora**: Políticas Públicas e Serviço Social, Ano 1, nº 1, outubro de 2004. Disponível em: www.assistentesocial.com.br/agora1/bravoesouza.doc. Acesso em: março de 2013.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Organizadoras: Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. – 1ª ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.76 p.

CAMPOS, G.W.S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema único de Saúde no Brasil. In FLEURY, Sônia (org). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil & Espanha, Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, p. 417-42.

_____. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(Sup): 1865-1874; 2007.

CAMPOS, C. E. A.; IZECKSOHN, M. M. V. Análise do Perfil e da Evolução dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Revista de APS**, Vol. 13, Nº 2, 2010. Disponível em: http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/732/0. Acesso em fevereiro de 2013.

CAMPOS, F.E; PIERANTONI, C.R; MACHADO, M.H. Conferências de saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde: a expectativa do debate. In: **Cadernos RH Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol.3, n. 1 (mar. 2006) - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, G. **Análise de conjuntura do financiamento público federal de saúde no Brasil.** Março de 2012. Disponível em: http://www.portalfne.com.br/downloads/documentacao/analise-da-conjuntura-do-financiamento-publico-federal-de-saude-no-brasil.pdf. Acesso em setembro de 2012.

CARVALHO, Y.M, CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ Editora Fiocruz; 2006, p. 137-70.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES A. L. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino/Serviço. **Caderno FNEPAS**, Volume 1, Dezembro 2011.

CEBES. **Terceirização ilegal ameaça hospitais universitários**. Boletim do dia 18/4/13. Acesso em maio de 2013. Disponível em: http://cebes.iphotel.info/?p=4854

CECCIM, R.B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008.

CECCIM, R.B et al. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** 7(2):373-383, 2002.

CECCIM, R.B. “Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra" a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. In: **Interface** (Botucatu) vol.13 no.28 Botucatu Jan./Mar. 2009.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**. vol.14 nº1 Rio de Janeiro/2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312004000100004&script=sci_arttext. Acesso em setembro de 2012.

CECCIM, R.B. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde**: fazeres & saberes na formação em saúde. FAJARDO, A. P; ROCHA, C. M. F; PASINI, V. L. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. 260 p.

CISLAGHI, J. F. **Análise do REUNI**: uma nova expressão da contra-reforma universitária brasileira. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Rio de Janeiro, UERJ. 200fls. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) 2010.

_____. **Hospitais universitários**: presente caótico e futuro incerto. 2010b. Disponível em: http://www.apufpr.org.br/artigos/hus.pdf. Acesso em maio 2013.

CLOSS, T. T; **O Serviço Social nas residências multiprofissionais em saúde na atenção básica**. Formação para a integralidade? Porto Alegre: PUCRS, 2010. Dissertação de Mestrado.

_____, T. T. Inserção do serviço social nas residências multiprofissionais em atenção básica: formação em equipe e integralidade. In: BELLINI, M. I. B.; CLOSS, T. T.(orgs). **Serviço social, residência multiprofissional e pós-graduação**: a excelência na formação do assistente social. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2012. 191 p. Disponível em: http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/Ebooks/Pdf/978-85-397-0192-6.pdf. Acesso em: Janeiro de 2013.

CHAUÍ, M. A universidade pública sob nova perspectiva. **Revista Brasileira de Educação**, v. 24, p. 5-15, 2003.

COBERTURA VACINAL: Referência no controle e eliminação de doenças. **RADIS comunicação em saúde,** nº104, abril/2011. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/104/reportagens/cobertura-vacinal-referencia-no-controle-e-eliminacao-de-doencas. Acesso em: março de 2012.

COHN. A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**: revista de cultura e política. nº 19. São Paulo. Nov. 1989. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64451989000400009&script=sci_arttext. Acesso em: março de 2012.

CORREA, M. V. Controle Social na Saúde. In: MOTA, A.E. et.al.(orgs.). **Serviço social e saúde**: Formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, MS, p. 01-24, 2006.

CNS (**Conselho Nacional de Saúde**): http://conselho.saude.gov.br/webec29/index.html. Acesso: maio de 2012.

DAGNINO, E. OLVERA, A.J.; PANFICHI, A.(orgs.). Para uma outra leitura da disputa pela construção democrática na América Latina. In: _____. **A disputa pela construção democrática na América Latina**. São Paulo: Paz e Terra; Campinas: Unicamp, p. 13-91, 2006.

DAGNINO, E. Construção democrática, neoliberalismo e participação: os dilemas da confluência perversa. **Política & Sociedade**, nº5,p. 139–164, outubro de 2004.

DELLEGRAVE, D; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface** (Botucatu) vol.13 nº. 28 Botucatu Jan./Mar. 2009.

DELLEGRAVE, D; KRUSE, M. H. L. A invenção da residência multiprofissional em saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde**: fazeres & saberes na formação em saúde. FAJARDO, A. P; ROCHA, C. M. F; PASINI, V. L. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. 260 p.

DRAGO, L.M.B. **"Servindo a dois Senhores"**: a gestão do HUCAM entre o ensino e a assistência. Vitória: UFES, 2011. Dissertação de Mestrado.

ELIAS, P.E. **Políticas de saúde**: reforma ou contra-reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil. Disponível: http://www.saudepublica.bvs.br/itd/legis/curso/pdf/a08.pdf. Acesso em: março de 2012.

FERRAZ, A. T. R. O movimento popular de saúde de Campinas- São Paulo e sua contribuição para a política local de saúde. **SER Social**, Brasília, v. 11, nº 25, p. 103-130, jul/dez2009.

FERREIRA, S. R. **Residência Integrada em Saúde**: uma modalidade de ensino em serviço. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008. 117f.

FLEURY, S. (org). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. Disponível em: http://www.cebes.org.br/internaEditoria.asp?idConteudo=90&idSubCategoria=22. Acesso em março de 2012.

FEUERWERKER, LCM. Mudanças na educação médica & residência médica no Brasil. **Interface** (Botucatu) vol.2 nº.3 Botucatu, Ag. 1998. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000200005. Acesso em maio de 2012.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. In: **Interface - Comunic., Saúde, Educ**., v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005. Disponível em: http://artigocientifico.uol.com.br/uploads/artc_1142013023_37.pdf. Acesso em: abril de 2012.

FISCHER, R.M.B. Foucault e a análise do discurso em educação. UFGRS: **Cadernos de Pesquisa**, nº 114, p. 197-223, novembro/ 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/%0D/cp/n114/a09n114.pdf. Acesso em maio de 2012.

FNRS. **Fórum Nacional de Residentes em Saúde**. Porque o Fórum Nacional de Residentes (FNRS) não pactua com a atual Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS)? Domingo, 30 de maio de 2010. http://forumresidentes.blogspot.com.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **Educação e a crise do capitalismo real**. 6ª Ed. São Paulo, Cortez, 2010.

GALLO; NASCIMENTO. Hegemonia, bloco histórico e Movimento Sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. (Org). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 4ª Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011.

GIRARDI, S.N. O perfil do "emprego" em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**; vol.2 nº 4. Rio de Janeiro Oct./Dec. 1986. Acesso em: janeiro de 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

GOULART, F. A. de A. **A burocracia e outros atores sociais face ao Programa Saúde da Família**: alguns apontamentos. Revista APS, v.9, n.2, p. 180-189, jul./dez. 2006.

HADDAD, A. E. Sobre a residência multiprofissional em saúde. **Interface**. Comunicação saúde e educação. V.13, nº.28, p.213-37, jan./mar. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a19.pdf. Acesso em: março de 2013.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. 6ª Ed. Edições Loyola, São Paulo, 1992.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso: maio de 2012.

____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Assistência Médico-Sanitária/AMS**, 2009. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia. Acesso: maio de 2012.

IAMAMOTO, M.V. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

LIMA, J.C.F. Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde. **Trabalho necessário**. Ano 5. Número 5. 2008. http://enefar.files.wordpress.com/2008/06/neoliberalismo-e-formacao-profissional-em-saude.pdf. Acesso em setembro de 2012.

LOBATO, L.V.C. **A Reforma Sanitária e a reorganização do sistema de saúde**: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2000. Tese de Doutorado. Disponível em: http//teses.icit.fiocruz.br/pdf/lobatolvcd.pdf. Acesso em março de 2012.

LOWY, M. **Ciências sociais e ideologias**. São Paulo: Cortez, 1986.

LUCCHESI, G. Burocracia e política de saúde: arena ou ator? In: TEIXEIRA, S. F. (Org). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 4ª Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011.

MACHADO, M. H.; SCHRAIBER, L. B. Trabalhadores da Saúde: uma Nova Agenda de Estudos sobre Recursos Humanos em Saúde no Brasil. In: FLEURY, S. (org). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. Disponível em: http://www.cebes.org.br/internaEditoria.asp?idConteudo=90&idSubCategoria=22. Acesso em março de 2012.

MACHADO, M. H. **Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária**. Cad. RH Saúde, 2006; 3(1):12-26.

MASSUDA, et al. Uma chama que se apaga: residência de medicina preventiva e social. **Rev. bras. educ. med**. [online]. 2009, vol.33, n.4 pp. 633-643. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: janeiro de 2013.

MATTA, G. C. (org.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 410 p, 2008.

MENDES, Á. N.; MARQUES, R. M. A saúde pública sob a batuta da nova ordem. In: Rosa Maria Marques; Mariana Ribeiro Jansen Ferreira. (org.). **O Brasil sob a nova ordem**: a economia brasileira contemporânea - uma análise dos governos Collor a Lula. São Paulo: Saraiva, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MENICUCCI, T. M. G. A Política de saúde no governo Lula. **Saúde e Sociedade**. vol.20, nº2, São Paulo, junho de 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902011000200022&script=sci_arttext

MOURÃO ET AL. A formação dos trabalhadores sociais no contexto neoliberal. O projeto das residências em saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional, 2, 2007, 352-380. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-8.pdf

NUNES, T. C. M. **A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989**. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1998. 194 p.

OLIVEIRA ET AL. Análise de conteúdo e pesquisa na área da educação. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 4, n.9, p.11-27, maio/ago. 2003.

OLIVEIRA, P.S. (org.) Caminhos de construção da pesquisa em ciências humanas. In: **Metodologia das ciências humanas**. São Paulo: HUCITEC/UNESP, 2001, p.13-26.

OLIVEIRA, C. F. de. **A residência multiprofissional em saúde como possibilidade de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Pós Graduação em Psicologia, Faculdade de Psicologia, PUCRS. Porto Alegre, 2009. 105 f.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz, 2008.

PAIM, J.S et al.O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**.** In: **Revista The Lancet. Saúde no Brasil** - maio de 2011. Disponível em: http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf. Acesso em: abril de 2012.

PASCHE, D. F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. Opinion y análisis • Opinion and analysis. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health,** v.20, n.6, 2006.Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v20n6/a08v20n6.pdf. Acesso em 14 de março de 2012.

PASINI, V. L. **Residência Multiprofissional em Saúde**: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS. Tese (Doutorado) Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PIERANTONI, C. R**. Reformas da Saúde e Recursos Humanos:** novos desafios x velhos problemas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2000. Tese de doutorado.

PIERANTONI, C. R; VARELLA, T.C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. In: **Cadernos RH Saúde** / Ministério da

Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol.3, n. 1 (mar. 2006) - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PIRES-ALVES, F.; PAIVA, C. A. **Trabalho e educação em saúde na agenda do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/cap_10.pdf

RIBEIRO, R. de S**.** O trabalho do assistente social e sua inserção no processo de Trabalho em saúde: um olhar sobre a atenção primária e a Estratégia saúde da família. **Libertas**, Juiz de Fora, v.8, n.1, p. 91 - 109, jan-jun / 2008.

RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde**: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

RODRIGUES, R. M.; CALDEIRA, S. Movimentos na educação superior, no ensino em saúde e na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2008, vol. 61. Disponível em Internet: http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=267019604016. ISSN 0034-7167. Acesso em 23 de setembro de 2012.

ROSA, S. D.; ROSELI, E. L. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 479-498, nov.2009/fev.2010.

ROSSONI, E; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o sistema único de saúde e as diretrizes curriculares. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre: Volume 18, Número 1, Jan./Jun. 2004.

SANTOS *el al* . Novo (?) Modelo Assistencial de Saúde.**Rev. Pol. Públ**. São Luis, v. 12, n. 1, p. 73-81, jan./jun. 2008.

SANTOS, N. R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009.

SAVIANI, D. A expansão do Ensino Superior no Brasil: mudanças e continuidades. **Poíesis Pedagógica** - V.8, N.2 ago/dez.2010; pp.4-17.

SEVERINO, A. J. O ensino superior brasileiro: novas configurações e velhos desafios. Editora UFPR. **Educar**, Curitiba, n. 31, p. 73–89, 2008.

SILVA, S. F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 38-46, jan./abr. 2009.

SILVA et al. Revisitando a Formação de Recursos Humanos de Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, volume 13, Número 3, p. 23-30 2009. Acesso em janeiro/2013. Disponível em: http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs.

SILVA, Q. T. A. da; CABALLERO, R. M. da S. A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde**: fazeres & saberes na formação em saúde. FAJARDO, A. P; ROCHA, C. M. F; PASINI, V. L. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. 260 p.

SINVAL, P. **Sol, Solidão**: análise da obra de Sérgio Blank: Graf.Jep, 2007, 160p.

TEIXEIRA, S. F. (Org). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 4ª Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011.

TONET, Ivo. **Educação e concepções de sociedade**. Universidade e Sociedade. v. 9, n. 19, SP, 1999.
http://www.ivotonet.xpg.com.br/arquivos/MARXISMO_E_EDUCACAO.pdf

YASBEK, M. C. Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade. In: **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS (2009).

APÊNDICES

APÊNDICE A

EVENTO/ DOCUMENTO	PROCEDÊNCIA	DATA	CONTEÚDO	OBS
8ª CNS	CNS/MS	1986	Marco histórico para a confirmação do Sistema único de Saúde (SUS)	
9ª CNS	CNS/MS	1992	Apresenta como tema central a Municipalização. Entre seus objetivos estavam a discussão da Lei n.º 8.080/90 e da Norma Operacional Básica que viria a ser publicada em 1993 (NOB 01/93). Os temas abordados foram: sociedade, governo e saúde; seguridade social; implementação do SUS e controle social.	
10ª CNS	CNS/MS	1996	Teve como tema central "Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida" debateu questões relacionadas à administração dos trabalhadores de saúde, no tocante à qualificação dos mesmos.	Como o processo de descentralização já havia avançado bastante, propôs que fossem atribuídas às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a responsabilidade de implantar e de manter técnica e financeiramente as escolas de formação.
11ª CNS	CNS/MS	2000	Reafirma os princípios e as diretrizes da NOB/RH e recomenda 3ª CNRH.	Foi nessa Conferência que se aprovou os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS)
12ª CNS	CNS/MS	2003	Reafirma 3ª CNRH e a Política de Gestão do Trabalho e da Educação para a Saúde, com os objetivos de propor diretrizes nacionais para a implementação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, e ampliar a participação e a co-responsabilidade.	
13ª CNS	CNS/MS	2007	A saúde como sinônimo de bem-estar norteou os debates. O tema escolhido foi Saúde e	Um dos temas debatidos foi o SUS na seguridade

			qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento.	social e o pacto pela saúde
14ª CNS	CNS/MS	2011		
I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS).	MS	1986	Tema central a "Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária". O tema foi desenvolvido em cinco partes: valorização profissional, preparação de recursos humanos, órgãos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, organização dos trabalhadores de saúde e relação dos trabalhadores de saúde com usuários dos serviços.	
2ª CNRH	MS	1993		
CIRH		1997		
3ª CNRH	MS	2006		
RH (NOB – RH)	CNS/MS	2003	A NOB/RH/SUS (Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS) faz parte de uma recomendação do Conselho Nacional de Saúde para a gestão do trabalho e da educação no SUS.	Década de 1990 - poucos resultados foram alcançados com a NOB – RH, uma vez que a política que imperou neste período foi a antipolítica de Recursos Humanos, priorizando a privatização por meio da terceirização de serviços, da flexibilização das relações e do *laissez-faire* na abertura de novos cursos na área da Saúde (MACHADO, 2006).
SGTES/DGES	MS	2003	Criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do MS.	Trata especificamente da gestão dos recursos humanos na dimensão do trabalho e da educação na saúde no âmbito do MS.
Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	MS	2004	Estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor de saúde.	Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 4 de setembro/2004 de 2003, e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de

				2003,
Lei das Diretrizes Curriculares - LDB	MEC	2001		Discurso que as universidades precisavam reorientar seu percurso na direção de formação de pessoal com alta resolutividade clínica, críticas reflexivas, humanistas e voltadas para os interesses de um sistema cidadão, justo, equânime... Enfim, pessoas para trabalhar o SUS.
Criadas 19 residências multiprofissionais em Saúde da Família	MS	2002	As propostas de funcionamento destas tinham formatos diversificados, mas havia claramente uma intenção de que pudessem trabalhar integradamente TODAS as profissões da área da Saúde. O Ministério da Saúde em contato com o MEC tentava criar uma comissão nacional de residências que serviria de "chapéu" para todas as residências, inclusive a médica. As residências multiprofissionais seriam resultado de uma articulação entre essa representação dentro do MEC.	Tal pretensão não aconteceu e não se conseguiu regulamentar essas residências. Havia uma pressão para que a parte médica se adaptasse às regras do CNRM, em especial aos critérios da SBMFC.
Fórum de Residências Médicas		2004	Com o produto dessa reunião, houve uma franca rejeição pela categoria médica e por parte do MEC para a Residência conjunta com TODAS as profissões. A forma possível e admitida de ser reconhecida passava a ser uma Residência em Medicina da Família e Comunidade, trabalhando integradamente com uma Residência Multiprofissional para todas as outras profissões. Mesmo assim, havia outro problema a resolver que era o reconhecimento pelo MEC de residências de outras profissões.	

Documentos e eventos relacionados à formação profissional as Residências Multiprofissionais em Saúde.

APÊNDICE B - LEGISLAÇÃO SOBRE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

ANO 2003	PRESIDENTE FERNANDO HENRIQUE CARDOSO	MINISTROS		LEGISLAÇÃO NOB/RH/SUS
		SAÚDE HUMBERTO COSTA	EDUCAÇÃO	

Residências	Integração ensino/serviço	Universidades/HU	Formação em saúde/gestão setorial
4.1.5 Do Ministério da Educação: *4.1.5.1 regulamentar, manter, reestruturar e ampliar as residências já existentes na área da Saúde e criar novos programas adequados às necessidades do SUS e das equipes multi e transdisciplinares de saúde. As propostas de cada curso devem ser apresentadas e deliberadas pelos Conselhos de Saúde da respectiva área de abrangência*	**4 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO DO TRABALHADOR DO SUS p.53** **4.1 Das Atribuições e Responsabilidades dos Gestores de Saúde Municipais, Estaduais e Federal e do Ministério da Educação sobre a Política de Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS p.53** **4.1.1 Dos gestores do SUS das três esferas de gestão: p.53** ***4.1.1.1*** *estabelecer mecanismos de negociação intersetorial – saúde/educação – com os respectivos gestores da educação ou dirigentes de escolas, para um progressivo entendimento, com vistas a uma ação integrada e cooperativa que busque ajustar, qualitativa e quantitativamente, a instituição formadora às demandas e necessidades do SUS em âmbito dos sistemas municipais, estaduais e federal de saúde com o*	**4.1 Das Atribuições e Responsabilidades dos Gestores de Saúde Municipais, Estaduais e Federal e do Ministério da Educação sobre a Política de Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS p.53** **4.1.1 Dos gestores do SUS das três esferas de gestão: p.53** ***4.1.1.5*** *garantir e incentivar a formação dos trabalhadores do SUS de nível básico, técnico e superior, em especial naquelas áreas prioritárias para o funcionamento do Sistema, utilizando a metodologia, experiência e infra-estrutura das escolas de governo vinculadas às*	**3 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO TRABALHO NO SUS p.35** **3.1 Das Atribuições e Responsabilidades dos Gestores Municipais, Estaduais e Federal sobre a Gestão do Trabalho no SUS** ***3.1.3.3*** *acompanhar, em sua esfera de gestão, as atividades de formação e capacitação promovidas pelo gestor federal, tais como a realização de cursos, a formação pedagógica de instrutores, o desenvolvimento das escolas técnicas e a criação de sistema de certificação de competências; p. 40* **.1 Das Atribuições e Responsabilidades dos Gestores Municipais, Estaduais e Federal sobre a Gestão do Trabalho no SUS** ***3.1.1.25*** *indicar representantes para participar da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) do respectivo Conselho de Saúde;* **6.3 Impacto na Qualidade das Ações e Serviços de Saúde** ***6.3.3*** *Os Conselhos de Saúde devem propor a organização do processo de trabalho de forma multiprofissional, conforme necessidades apontadas pelos orçamentos ou planos de saúde (nacional, estaduais e municipais), como forma de garantir projetos de promoção, proteção e recuperação da saúde para o cuidado integral da população.* **4 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO DO TRABALHADOR DO SUS p.53** *A qualidade da atenção à saúde exige a formação de pessoal específico, com domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva. Os novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da Saúde passam a exigir novos perfis*

(do município ou do estado), de acordo com as necessidades locais; p.58	*estabelecimento e a definição de responsabilidades conjuntas*; ***4.1.1.11*** *qualificar a capacidade instalada e preparar os trabalhadores dos serviços para receberem os estagiários. Os profissionais do quadro permanente com cursos de especialização, mestrado, dentre outros, deverão ser aproveitados como formadores; p. 55* ***4.1.1.12*** *buscar a incorporação e a participação das instituições de ensino em programas institucionais multidisciplinares e transdisciplinares que tenham como objetivo a melhoria da qualidade de vida; p.55* *4.1.1.13 buscar, junto às instituições de ensino, a revisão e avaliação dos currículos dos cursos da área de Saúde, fundamentando-os na articulação ensino-serviço, tendo como referência a situação epidemiológica e demográfica da região. Como eixo nucleador permanecerá o compromisso ético e político dos profissionais com a população, valorizando na formação e qualificação dos trabalhadores de saúde a ampliação do conceito de saúde, a humanização, a ética, o trabalho, o ambiente, a ecologia e a cidadania, utilizando as diversas áreas de conhecimento como a filosofia, a sociologia, a antropologia, a psicologia, a ciência política, a economia, dentre outras. Valorizar*	*Secretarias Municipais e de Estado de Saúde, escolas técnicas federais e universidades da localidade ou de sua região; p.54* ***4.1.1.9*** *favorecer a mudança dos currículos universitários, incluindo a abertura de campos de estágio para a formação dos trabalhadores do SUS, tendo o trabalho como referência e eixo central do processo ensino/aprendizagem. Os convênios entre os gestores, as escolas técnicas e universidades devem ser vinculados aos princípios e aos objetivos do SUS, construindo juntos, também, a metodologia pedagógica; p.54* ***4.1.1.16*** *estabelecer, juntamente com as escolas de saúde, diretrizes para programas de pós-graduação (especialização) adequados para o SUS; p.55*	*profissionais. É imprescindível e obrigatório o comprometimento das instituições de ensino em todos os níveis, desde o ensino fundamental, com o Sistema Único de Saúde e com o modelo assistencial definido nas Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, por meio da formulação de diretrizes curriculares que contemplem as prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico das regiões do País; da implementação de política de capacitação de docentes orientada para o SUS; da formação de gestores capazes de romper com os atuais paradigmas de gestão; e da garantia de recursos necessários ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão. Essa formação deverá se dar, prioritariamente, nas instituições públicas de ensino. P.53* **4.1 Das Atribuições e Responsabilidades -Política de Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS p.53** **4.1.2 Do gestor federal do SUS:** ***4.1.2.1*** *ordenar a formação dos trabalhadores para o setor Saúde, juntamente com o Ministério da Educação;* ***4.1.2.2*** *propor diretrizes curriculares nacionais para o ensino fundamental, técnico e superior;* ***4.1.2.4*** *promover a articulação entre os órgãos educacionais e os de fiscalização do exercício profissional e de entidades representativas de formação de trabalhadores na área de Saúde (associações);* ***4.1.2.6*** *criar mecanismos para a implementação de estágio obrigatório nos serviços de saúde do SUS que deve fazer parte dos critérios de definição de qualidade* ***para a certificação ou acreditação institucional das escolas de saúde****;* **4.2 Da Educação Permanente para o Processo de Trabalho no SUS** *Considerando-se a necessidade de se implementar o SUS, com base em novos modelos assistenciais e de gestão, é imprescindível que o modelo de educação permanente seja baseado nas atribuições e competências institucionais dos três âmbitos de gestão do sistema, bem como nas atribuições e competências definidas para os diferentes trabalhadores do SUS e para as equipes de trabalho, conforme sua localização no Sistema de Saúde, que facilite uma interlocução permanente entre educação, trabalho e regulação.p.58* ***4.2.1.1*** *Os Programas Institucionais de Educação Permanente deverão assegurar a formação e a capacitação dos trabalhadores em Saúde para que se desenvolvam na carreira e atuem de forma a*

	conteúdos específicos como os de política de saúde e os que contemplem o pleno desenvolvimento dos trabalhadores enfatizando o processo de trabalho em saúde (no SUS), as questões de gênero e raça e as práticas não convencionais; p.55 **4.1.2 Do gestor federal do SUS:** ***4.1.2.3*** *viabilizar, de forma descentralizada, a realização de cursos sobre o gerenciamento de serviços, de forma conjunta, entre o Ministério da Educação e Ministério da Saúde, por meio das escolas da área de Saúde, observando-se as peculiaridades locais, o perfil epidemiológico, a territorialidade e o nível de escolaridade dos participantes;* **4.1.5 Do Ministério da Educação:** *4.1.5.2 propiciar e viabilizar a participação das instituições de ensino nos serviços de saúde do SUS, mediante a realização de atividades conjuntas com as Secretarias de Saúde nas áreas de ensino fundamental, médio, superior (incluindo a graduação e a pós-graduação) e educação permanente; pesquisas e extensão; avaliação de serviços e programas de Saúde.*		*propiciar um atendimento de qualidade para o usuário, proporcionando a elevação da auto-estima dos próprios trabalhadores. p. 58* **6 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES PARA O CONTROLE SOCIAL DA GESTÃO DO TRABALHO NO SUS p.75** ***6.1.6*** *a definição do modelo de atenção e do processo de trabalho;* **6.2 Fóruns de Deliberação sobre a Política de Gestão do Trabalho no SUS** *As Conferências e os Conselhos de Saúde são as instâncias legítimas de participação popular e controle social do SUS e, conseqüentemente, são também os fóruns apropriados para as discussões e as deliberações referentes à Política de Gestão do Trabalho em cada esfera de gestão do SUS.p.76* ***6.2.1*** *Deverão ser constituídas, no âmbito dos estados e municípios, as Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos dos Conselhos de Saúde para acompanhar a implementação das deliberações dos Conselhos acerca do trabalho no SUS, na respectiva instância de gestão. Os serviços conveniados e contratados devem propor uma agenda de discussão e ações ao Plenário dos Conselhos p.77.* *6.2.2 As Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos dos Conselhos de Saúde deverão propor intercâmbios entre os órgãos gestores e órgãos técnico-científicos e formadores para realizar a capacitação permanente, a atualização e a formação dos trabalhadores do SUS e a capacitação e o assessoramento aos conselheiros de saúde.p.77*

APÊNCDICE C - AS POLÍTICAS E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

ANO	PRESIDENTE	MINISTROS		LEGISLAÇÃO
		EDUCAÇÃO	SAÚDE	
1990	Fernando Collor	Carlos Alberto Gomes Chiarelli.	Alceni Guerra	LOS

CONTEÚDO

CAPÍTULO I
Dos Objetivos e Atribuições
Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS:
III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

CAPÍTULO III
Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

IV - recursos humanos;

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.
Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à

CAPÍTULO IV
Da Competência e das Atribuições
Seção I
Das Atribuições Comuns
IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
Seção II
Da Competência
Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde - SUS compete:
IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

TÍTULO IV
DOS RECURSOS HUMANOS
Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:
I - 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;

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde - SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.
Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de

cooperação técnica entre essas instituições.	acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.