

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Camille Correia Santos

O PRECARIADO ESCONDIDO SOB O VÉU DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL:
o caso das residências em área profissional da saúde

Rio de janeiro

2018

Camille Correia Santos

O PRECARIADO ESCONDIDO SOB O VÉU DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL:
o caso das residências em área profissional da saúde

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Mônica Vieira

Coorientadora: Prof.^a Dra. Filippina Chinelli

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

S237p

Santos, Camille Correia

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

169 f.

Orientadora: Mônica Vieira

Coorientadora: Filippina Chinelli

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

1. Formação Profissional. 2. Residência Não Médica Não Odontológica. 3. Trabalho. 4. Precarização do Trabalho. I. Vieira, Mônica. II. Chinelli, Filippina. III. Título.

CDD 370.113

Camille Correia Santos

O PRECARIADO ESCONDIDO SOB O VÉU DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL:
o caso das residências em área profissional da saúde

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 29/03/2018

BANCA EXAMINADORA

Mônica Vieira (Fiocruz / EPSJV)

Marise Nogueira Ramos (Fiocruz / EPSJV)

Katia Rejane de Medeiros (Fiocruz PE / CPqAM)

*Dedico este trabalho as (os) filhas (os)
da classe trabalhadora.
Nunca foi e será fácil, mas não desistiremos!
Não deixaremos acabar com o pouco de
democracia que temos, defenderemos um
sistema de saúde público, totalmente estatal e
de qualidade!
FORA TEMER!
FORA BARROS!*

AGRADECIMENTOS

Em meio a esta conjuntura completamente difícil, ou até mesmo diria nebulosa e pouco animadora, finalizo esse ciclo. Foi necessário reunir energias, tranquilidade e paciência (mesmo não sendo meu forte rs). E por isso, venho primeiramente agradecer a todas aquelas que me antecederam, que lutaram e romperam barreiras, para que aqui estivéssemos, as mulheres lutadoras, principalmente as que compõem o campo da saúde. E claro, agradeço a luta construída na residência que me fez chegar até aqui, e as (os) residentes entrevistadas (os) que contribuíram para a concretização desse trabalho.

Agradeço à três grandes mulheres, fonte de inspiração, minha mãe, Maridalva, minhas avós, Valdinha e Margarida, com elas rompendo barreiras, driblando as dificuldades, foi possível estar aqui, superando desafios, e tentando ocupar espaços antes negados historicamente a nós mulheres. Mesmo com muitos sacrifícios, dores, solidão....possa ser que esteja valendo a pena. Gratidão sempre pelo amor e incentivo!

E claro a lista de mulheres maravilhosas continuam, à todas aquelas da imensa família que sempre me incentivaram. Assim, como as amigas irmãs, que mesmo à distância, doava energia e otimismo, gratidão Vanessinha! À Juju, que por nossos caminhos se cruzarem pela história em comum, duas baianas nesse Rio de Janeiro. Trocamos as dores e as delícias do viver no mestrado e conquistar sonhos! Dani, uma amiga que o mestrado me deu de presente, gratidão por construir juntas esta caminhada, nos fortalecendo sempre!

Neste sentido também, o mestrado me proporcionou conhecer grandes mulheres, as minhas orientadoras, Mônica e Pina, gratidão pela paciência (sei que não fui fácil rs), pela sabedoria de conduzir esse processo com tamanha tranquilidade, gratidão pelo aprendizado. À Marise e Kátia gratidão por contribuírem com reflexões para finalização deste trabalho.

Agradeço ter escolhido esse mestrado, que possibilitou conhecer o Poli, me possibilitou momentos de muito aprendizado e com certeza me deixou mais instigada a continuar. Agradeço a turma maravilhosa que tive o prazer de conviver, aos docentes, coordenação e funcionárias, em especial à Michele, que contribuíram de maneira sempre compromissada, gentil e disponível para minha formação!

Por fim, agradeço por ter trilhado esse caminho...

*“A residência é um trabalho,
que pode até ter um certo caráter de ensino”
(Fala de um gestor, de uma prefeitura
municipal,, em uma reunião em que eu estava
presente)*

*“É o que podemos denominar
de despersonalização do homem que trabalha.
É a redução da pessoa àquilo que o filósofo
Martin Heidegger (em “Ser e Tempo”)
denomina de das Man (segundo ele, das Man
esquece-se de sua liberdade de escolha no
mundo das possibilidades e passa a viver no
"É", as propriedades que o mundo lhe atribui.
"É", no conformismo da massa, mais uma
"ovelha no rebanho")”
(Giovani Alves, 2001, p.26).*

RESUMO

Acredita-se que o Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, é uma estratégia de (re)orientação profissional, com formação orientada pelo e para o trabalho. No entanto, pode ser um processo contraditório: para os gestores a formação oferecida está “(re)orientando” a formação dos profissionais, para os residentes caracteriza uma condição de qualificação para ingressar no mercado de trabalho. Desta forma, a presente pesquisa tem como objetivo, analisar os sentidos atribuídos à formação profissional, ao treinamento em serviço e ao trabalho nos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde e suas possíveis relações com a precarização do trabalho em saúde. A pesquisa tem como referencial teórico as concepções do materialismo histórico-dialético. Desenvolvida em uma perspectiva qualitativa, utilizando como procedimento metodológico as técnicas de análise documental e entrevistas semi-estruturada, além de levantamento bibliográfico pertinente ao tema. Os dados foram categorizados pelos núcleos temáticos que emergiram e posteriormente analisados. Foi constatado em primeiro momento a escolha da residência como formação, mas apontada também como o mínimo para o mercado de trabalho e por dificuldades de inserção logo após a graduação. Configurando a residência enquanto prolongamento da escolarização versus estreitamento do mercado de trabalho. Relatos que estão submetidos as condições de trabalho precárias, como jornadas extensas de trabalho, com relações precárias e sem garantias de direitos trabalhistas. Sendo, a residência foi considerada como um trabalho híbrido, por vezes, repetitivo, alienado e sem reflexões. Os residentes estão submetidos a forma mais recente da precariedade. Considerada trabalho para além do seu sentido ontológico, como trabalho no sentido econômico adquirido no modelo capitalista. Essa hibridez do trabalho/formação, sendo uma máscara do caminho do aprendizado pelo e para trabalho que justifica a reprodução de um modelo precarizado de trabalho na saúde, indo na contramão da formação e do trabalho potencializador do SUS.

Palavras-chave: Formação. Residência em Saúde. Trabalho. Precarização do Trabalho.

ABSTRACT

It is believed that the program the residences in a area professional health, is a strategy of, (re) vocational professional, with targeted training by and for job. However, can be one contradictory procedure: for managers the training offered is “(re) guiding” the training of professionals, for residents characterizes a condition qualification for to enter the market of job. Thus, this research has as goal, analyze the senses attributed to qualification professional, to in-service training and job at the program the residences in a area professional health and their possible relationships with the precariousness of job in a health. The research has as theoretical reference the conceptions of materialism historical-dialectical. Developed in a qualitative perspective, using as methodological procedure the techniques of documentary analysis and semi-structured interviews, besides a bibliographical survey pertinent to the theme. The data were categorized by the nuclei themes that emerged and subsequently analyzed. It was first noticed the choice of residence as training, but also pointed out as the minimum for the job market and difficulties of insertion soon after graduation. Setting up residence while extending schooling versus narrowing the labor market. Reports that are submitted to the precarious working conditions and without guarantees of labor rights. Being, the residence was considered as a hybrid work, sometimes repetitive, alienated and without reflection. Residents are subject to most recent form of precariousness. Considered work beyond its ontological sense, how to work in the economic sense acquired in the capitalist model. This hybridization of work/formation being a mask of the path of the learning by and for work that justifies the reproduction of a precarious model of health work, going against the training and the empowering work of the SUS.

Key words: Formation. Residency in Health. Work. Precariousness of Work.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Principais Pautas dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde pelos diferentes fóruns.....	60
Quadro 2: Perfil das (os) residentes	74
Quadro 3: Origem das (os) residentes	76
Quadro 4: Percurso formativo das (os) residentes	78
Quadro 5: Percurso de trabalho das (os) residentes	81
Quadro 6: Perfil dos preceptores e coordenadores	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BM	Banco Mundial
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CGRs	Colegiados de Gestão Regional
CIES	Comissões de Integração Ensino/Serviço
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
CNRMS	Comissão Nacional de Residências Multiprofissional da Saúde
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DAB	Departamento de Atenção Básica
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
ENRS	Encontros Nacionais de Residências em Área Profissional em Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
FEDP	Fundações Estatais de Direto Privado
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FNEPAS	Fórum Nacional de Entidades Profissionais da Área da Saúde
FNRS	Fórum Nacional de Residentes em Saúde
FNPT	Fórum Nacional de Preceptores e Tutores
FNC	Fórum Nacional de Coordenadores
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições Ensino Superior
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação e da Cultura
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
NOB/RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
PACS	Programa de Agentes Comunitários em Saúde
PARs	Planos de Ação Regional

PARMPS	Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva e Social
PCCS/SUS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PROEPS	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente no SUS
PROJOVEM	Programa Nacional de Inclusão de Jovens
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SESU	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
OBSERVARH/IMS-UERJ	Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
ONG's	Organizações não governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da sociedade civil de interesse público
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1- PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: O jovem trabalhador sob o impacto da reestruturação produtiva	20
1.1 A crise do fordismo e a reestruturação produtiva.....	20
1.2 Terceirização e a precarização do trabalho.....	26
1.3 A precarização do trabalho em saúde	29
1.4 O Jovem trabalhador da saúde: elevação da escolarização ou prolongamento da escolarização enquanto estratégia para driblar o mercado de trabalho?.....	36
CAPÍTULO 2-A FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O TRABALHO EM SAÚDE: o caso das residências em área profissional da saúde.....	44
2.1 Primeiros passos do programa de residência alinhado a política de formação do trabalhador em saúde	44
2.2 A Política Nacional de Educação Permanente: a formação dos trabalhadores nos serviços de saúde	48
2.3 O programa de residência em área profissional da saúde nas modalidades multi e uniprofissional	52
2.3.1 O processo de Institucionalização	52
2.3.2 Concepção que orienta a formação do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde	63
2.3.3 A Organização do Programa de Residência Área Profissional da Saúde.....	67
CAPÍTULO 3-NOTAS SOBRE PERCURSO METODOLÓGICO E CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	70
3.1 Procedimentos iniciais da Pesquisa	70
3.2 Organização da análise e interpretação	72
3.3 Caracterização geral das (os) entrevistados.....	74
CAPÍTULO 4-O JOVEM TRABALHADOR NA SAÚDE: a experiência na residência a partir do trabalho, é uma manifestação da precarização do trabalho no mundo contemporâneo?	84
4.1 “O meu objetivo de vida, meu plano da felicidade, meu projeto da felicidade”	84
4.2 “Necessitava vivenciar de forma mais visceral a atuação prática”	90
4.3 A Residência enquanto prolongamento da escolarização versus dificuldade de inserção no mercado de trabalho:	95
4.3.1 Necessidade de construir uma segurança profissional	95
4.3.2 O prolongamento da escolarização torna-se um caminho natural	96
4.3.3 Prolongamento da escolarização, qualificar para empregabilidade.....	97
4.3.4 Dificuldade de inserção no mercado de trabalho	102

4.4 Esse é o precariado escondido sob o véu da educação profissional: Expectativa de carreira estável? Ou Sonhos frustrados?.....	107
4.5 O jovem trabalhador na saúde: a experiência na residência é uma manifestação da precarização do trabalho no mundo contemporâneo?	110
4.5.1 “O trabalho ele é.... tem sido aprisionador”	110
4.5.2 E a residência é trabalho ou emprego?	116
4.5.3 Como que os demais sujeitos (preceptores e coordenadores) da residência percebem esse lugar do trabalho?	119
4.5.4 Faces da precarização	124
4.5.4.1 O uso intensivo da força de trabalho e as condições de trabalho:	125
4.5.4.2 Formas flexíveis de contratação da força de trabalho e a não garantia de direitos	131
4.6 O LUGAR DA EXPERIÊNCIA	136
CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
REFERÊNCIAS	148
APÊNDICE A	157
APÊNDICE B	159
ANEXO A	163
ANEXO B	167

INTRODUÇÃO

“O mundo contemporâneo vem assistindo a uma significativa ampliação de seus mecanismos de funcionamento, no qual o papel desempenhado pelo trabalho ou que denominamos de nova morfologia do trabalho é emblemático” (ANTUNES, 2013, p. 14).

A presente dissertação teve como intuito compreender em que medida há um processo de precarização do trabalho de jovens inseridos em programas de qualificação profissional, através do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde?

Compreender o processo de precarização do trabalho no mundo contemporâneo implica em partir de importantes mudanças na compreensão do trabalho e na organização da produção.

Ao longo da história o ato do trabalho para a nossa sociedade passou por transformações. Inicialmente representando a constituição do próprio ser, marcando o processo de humanização, sendo compreendido desta forma como o “ato de agir sobre a natureza transformando-a em função das necessidades humanas. A essência humana não é dádiva divina ou natural, ela é produzida pelos próprios homens na busca de suas necessidades, assim o homem se torna por meio do trabalho” (RAMOS, 2010, p. 95).

Mas, através das relações sociais, o homem foi organizando a produção da vida desencadeando, com isso, diferentes formas de trabalho, como o trabalho primitivo, servil, o escravo, e tal como conhecemos hoje, o assalariado. Essas formas foram sendo construídas também sob os diferentes modos de produção, com ênfase, principalmente, no modo de produção capitalista, processo que veremos mais adiante (RAMOS, 2010).

Neste modo de produção capitalista, no qual a forma atual do trabalho está inserida, há uma relação social coercitiva, onde os donos dos meios de produção exercem o poder sobre aqueles que possuem apenas sua força de trabalho. Assim, o trabalho vira apenas mercadoria e o homem vende sua força de trabalho em troca da sobrevivência. Como esse processo se intensifica e ganha contornos mais complexos nos deteremos sobre as transformações contemporâneas do trabalho.

Vivemos sob um modelo de reestruturação produtiva caracterizada pela lógica da acumulação flexível, impulsionada pelo modelo toyota, que funcionava sob a égide da “empresa enxuta”. Ou seja, está baseado na desconcentração produtiva, subcontratações, salário flexível, trabalho em equipe, em “células de produção, “dos times de trabalho”, e no “envolvimento participativo” (ANTUNES E DRUCK, 2013). Esse processo se inicia com

mais amplitude no Brasil a partir da década de 1990 com o governo Collor de Mello (1990-1992) e mais nitidamente com os dois governos FHC (1994-2002).

Como resultado desse processo, têm-se a desregulamentação dos direitos do trabalho e a aceleração da terceirização da força de trabalho, o que contribuiu para promover uma maior expansão da superexploração do trabalho, criando um novo perfil de trabalhador – multifuncional, qualificado e polivalente, bem como tornou as redes de trabalho mais diversificadas e segmentadas, promovendo estatutos precários para o emprego e o salário (ANTUNES E DRUCK, 2013; ALVES, 2000).

Analisando esse conjunto de mudanças em relação ao setor saúde, encontra-se na literatura que um dos impactos ocasionado pelo processo da reestruturação produtiva está relacionado com uma das características apresentadas acima, que é a desregulamentação das relações de trabalho. Esse processo atende as novas demandas do setor a partir de meados dos anos 1990, com a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), que descentralizou a organização dos serviços para os municípios, necessitando reorganizar as redes de serviços, o que incluía incorporar mais trabalhadores (VIEIRA E CHINELLI, 2013; MEDEIROS E ALBUQUERQUE, 2014).

Com a expansão da atenção básica, definida como prioridade de política pública que demanda poucos equipamentos e incorpora mais trabalhadores, confirma-se a centralidade do trabalho vivo no trabalho em saúde e a conseqüente não substituição do trabalhador diante da incorporação tecnológica. Para atender a ampliação dos serviços passou-se a utilizar novos mecanismos de contratação da força de trabalho (VIEIRA et al, 2013). Esses novos mecanismos se conformam em contratos temporários e flexíveis, contratos através de fundações e organizações sociais, o que configura a terceirização e a precarização das relações do trabalho em saúde (MEDEIROS E ALBUQUERQUE, 2014).

Somado a esse processo, o setor saúde é caracterizado também, pelo uso intensivo da força de trabalho, diversificação das ocupações e exigência de novas qualificações, de forma a atender as especificidades e demandas do mercado de trabalho em saúde provenientes da incorporação de novas tecnologias (VIEIRA E CHINELLI, 2013). Para atender essas novas exigências, o trabalhador em saúde tem que cada vez mais se qualificar, o que gera mais anos de estudo. Assim, percebe-se que a precarização do trabalho afeta, do mesmo modo que em outros setores do mercado de trabalho, também os trabalhadores com mais anos de estudo, incluindo o nível superior e pós-graduação.

Nesse contexto de precarização das relações de trabalho, de diversas formas de inserção laboral e em que a escolarização não garante necessariamente um posto de trabalho, são elaborados alguns programas de qualificação profissional no âmbito da saúde, a partir de 2004 com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS). Esses programas se expandem com a instituição da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente, tendo como diretriz central a formação do trabalhador no cotidiano dos serviços, como uma aprendizagem-trabalho (BRASIL, 2009a).

Um desses programas de qualificação ampliado foi o Programa de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multi e uniprofissional, instituído através da Lei nº 11.129 no ano de 2005. Este é caracterizado como modalidade de ensino em pós-graduação lato sensu, voltado para educação em serviço, destinado às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a médica. Para participar desse processo formativo o profissional residente recebe uma bolsa mensal e dedica-se exclusivamente a ele por período mínimo de dois anos, tendo sua prática baseada no treinamento em serviço¹ (BRASIL, 2014).

Atualmente, de acordo com documentos do Ministério da Saúde e mesmo autores como Dallegrave e Ceccim (2013), acredita-se que os programas de Residência em Área Profissional da Saúde configuram uma estratégia de (re)orientação profissional para o fortalecimento do SUS, visto que estes proporcionam uma formação orientada pelo e para o trabalho, de forma a construir e fortalecer os processos de educação permanente em saúde.

Cabe ressaltar que no que se refere à literatura sobre o tema foi encontrado um número reduzido de trabalhos que apresentem reflexões de caráter teórico-conceitual embasado em uma perspectiva crítica sobre a intensificação do processo de precarização dos trabalhadores da saúde com curso superior completo e cursando a pós-graduação em programas de residência.

Notou-se que mesmo tendo aumentado a produção científica sobre as residências no período de 1987 a 2011 como registram Dallegrave e Ceccim (2013), a maioria dos estudos se concentra na análise da metodologia das residências enquanto potente dispositivo educativo para a formação dos trabalhadores da saúde.

¹ Segundo a resolução de Nº 5, de 2014 da Comissão Nacional de Residências Multiprofissional da Saúde (CNRMS), Art 2º, § 1º os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional têm como “estratégias educacionais práticas aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das categorias profissionais da saúde, obrigatoriamente sob supervisão do corpo docente assistencial”.

Outro aspecto destacado no levantamento bibliográfico é que a maioria dos estudos associam a formação em residência e trabalho, relações de precarização do trabalho e residência multiprofissional em saúde tratando de questões no âmbito micro das relações de trabalho, com destaque para possíveis mudanças provocadas na formação do profissional e se esse processo está em acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Outro tema que se destaca na produção acadêmica diz respeito aos conteúdos oferecidos e se estes atendem a integralidade e a multiprofissionalidade das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (NASCIMENTO, 2008b; ALVES, 2015, LOBATO, 2010; OLIVEIRA, 2009; FERREIRA, 2008).

Assim, a literatura consultada apresenta algumas lacunas que dificultam a compreensão do processo de precarização do trabalho no setor saúde para além das repercussões laborais em si, bem como o entendimento de como o processo formativo e a reestruturação do processo de trabalho podem repercutir nos sentidos atribuídos ao trabalho e aos caminhos percorridos para a inserção no mercado de trabalho em saúde (ROSSONI, 2010; NASCIMENTO, 2014A; PINTO ET AL, 2013; RODRIGUES, 2016).

No entanto, a partir das experiências vivenciadas pela autora deste estudo, ex-residente de um programa, representante na Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais da Saúde (CNRMS), com participação à época em fóruns de organização dos residentes (FNRMS), aponta-se para algumas questões que vão ao encontro a este objetivo de formação/qualificação dos trabalhadores da saúde adotado.

Essa experiência permitiu constatar que as pautas sempre debatidas e defendidas nestes espaços se davam no âmbito do processo formativo, sob a justificativa de que se trata de um processo intensivo de formação considerado “padrão ouro” pelos ministérios envolvidos (Ministério da educação/saúde). Ao contrário dessa perspectiva, os profissionais residentes denunciavam o não cumprimento por muitos programas da carga horária teórica, a falta de infraestrutura nos espaços de aprendizagem, as fragmentações existentes entre a teoria e a prática. Destacavam ainda que o processo crítico e reflexivo do aprendizado não acontecia, sendo o mais comum a reprodução das atividades já existentes.

As demandas dos residentes também se referiam à necessidade de melhores condições de trabalho no espaço de aprendizagem, nos quais os residentes não eram considerados trabalhadores, embora assumissem atividades como responsáveis pelo serviço e incorporados à equipe de trabalho, e tendo a carteira do conselho profissional como umas das exigências para frequentar o curso. Assim, os profissionais residentes reivindicavam ser considerados trabalhadores em aprendizado, cabendo a equiparação aos direitos trabalhistas que constam da

CLT, como atestado médico, licenças, horário de almoço e redução da carga horária de 60 hs semanais no regime de dedicação exclusiva.

Derivam dessa realidade vivenciada no período de 2014-2015 pela autora alguns questionamentos iniciais que a pesquisa pretendeu responder: quais os motivos que informam a decisão dos trabalhadores de cursarem a residência em área profissional da saúde? Trata-se de uma escolha para o recém-graduado ou uma condição de qualificação para ingressar no mercado de trabalho? O treinamento em serviço nos moldes da residência em área profissional da saúde pode ser caracterizado como uma forma precarizada do trabalho? Trata-se de uma estratégia para enfrentar a dificuldade de inserção no mercado de trabalho? É um processo formativo que atende as lógicas do mercado de trabalho? Como os demais sujeitos envolvidos com a residência, como os preceptores e coordenadores percebem essas questões?

Minha experiência na residência permite afirmar que a realidade vivenciada pelos residentes em busca de mais qualificação, remunerados através de bolsas de estudo, ultrapassa o que se entende por formação em serviço, configurando na verdade vínculo de trabalho sem qualquer proteção legal. Assim, o trabalhador ligado a uma residência multiprofissional ou uniprofissional, mesmo possuindo as devidas qualificações, encontra-se na mesma condição ainda vivida por uma grande parcela da classe trabalhadora brasileira, menos qualificada, com menos acesso ao mercado de trabalho.

Desse modo, questiona-se, será que esse processo formativo pode ser caracterizado pela contradição? Enquanto os formuladores e gestores da política operam com a justificativa de que a formação oferecida está “(re)orientando” a formação dos profissionais da saúde, os residentes, por outro lado, buscam oportunidade de inserção no mercado de trabalho, o que muitas vezes não se concretiza nos moldes almejados.

Partindo dessa relação entre a formação e o trabalho, analisa-se os sentidos atribuídos à formação profissional e ao trabalho nos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde e suas possíveis relações com a precarização do trabalho em saúde.

Como desdobramento do objetivo geral, a pesquisa buscou compreender os motivos de inserção dos residentes nos programas de Residência em Área Profissional da Saúde no contexto de suas trajetórias ocupacionais, a identificação/percepção das associações entre a formação e o trabalho na Residência em Área Profissional da Saúde por meio dos entrevistados, as percepções sobre as relações de trabalho estabelecidas pelos programas de Residência em Área Profissional da Saúde e ainda se e como a Residência reflete a reprodução das formas de precarização do trabalho em saúde.

Para compreender melhor essa relação, se tem como base a concepção fundante na relação trabalho, educação e saúde, compreendendo o trabalho como mediação de primeira ordem das relações sociais, abordando-o nos seus sentidos ontológico e histórico.

Desta forma, esta pesquisa tem como referencial teórico as concepções do materialismo histórico-dialético. Para Marx (1988), é material e dialético, pois toda produção da ciência deve partir do concreto, da realidade e das contradições existentes pela divisão de classes em que vive a sociedade. Essa concepção é também histórica, pois os sujeitos estão inscritos num processo historicamente e socialmente produzido.

A dissertação foi estruturada em quatro capítulos. O primeiro capítulo intitulado “Precarização do Trabalho em Saúde: O jovem trabalhador sob o impacto da reestruturação produtiva” propõe discutir a precarização do trabalho em saúde, em um primeiro momento, a partir de um resgate histórico para compreender a incorporação e o avanço das relações de precarização no mundo do trabalho, sob o impacto da reestruturação produtiva. Após, em especial para o mundo dos jovens, buscando compreender em que medida a elevação da escolarização ou alongamento da escolaridade dos jovens trabalhadores da saúde associa-se com a precarização do trabalho ou mesmo pode-se constituir enquanto estratégia para driblar o mercado de trabalho.

O segundo capítulo intitulado “A formação profissional para o trabalho em saúde: o caso dos programas de residências em saúde”, apresenta um breve histórico da construção da política de formação para o trabalho em saúde, a partir do contexto histórico do país, e das mudanças políticas e estruturais do setor saúde. Tem como objetivo compreender o desenvolvimento das ações propostas de formação para o trabalhador em saúde, buscando elementos que permitam a compreensão de como tais ações se relacionam com o processo das residências.

O terceiro capítulo apresenta o percurso metodológico adotado e a fase exploratória do trabalho de campo, que possibilitou caracterizar os entrevistados.

O último capítulo intitulado: O jovem trabalhador na saúde: a experiência na residência a partir do trabalho, é uma manifestação da precarização do trabalho no mundo contemporâneo? Se detém na análise dos resultados a partir da pesquisa empírica. Esse processo de análise, foi estruturado a luz das categorias elencadas como questões norteadoras da pesquisa na fase inicial, como também se desdobram em subcategorias a partir do material empírico, a fim de melhor compreender a totalidade do objeto, com toda a sua complexidade e contexto.

Assim, está desenhado primeiramente, em uma dimensão mais externa, relacionada com o caminho percorrido para chegar na residência, que carrega toda a complexidade de compreender o jovem na trama dos conflitos vividos na escolha profissional, na graduação e nas motivações para cursar a residência. E outra mais interna, que se detém mais no processo vivido durante a residência, nas expectativas para o futuro que esses jovens construíram a partir dela, e na busca de compreender em que medida a residência é uma manifestação da precarização do trabalho no mundo contemporâneo e se ela se constitui em um processo de precarização. E por fim, compreender o que a experiência da residência representa na formação profissional e para trabalho.

1

PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: O jovem trabalhador sob o impacto da reestruturação produtiva

Atualmente o setor saúde é a terceira estrutura ocupacional do mercado de trabalho não agrícola brasileiro, abaixo somente aos setores da construção civil e da educação. A participação da ocupação do complexo da saúde passou de 4,4% para 4,8% entre 2003 e 2009 respectivamente (DEDECCA E TROVÃO, 2013).

Esse crescimento de postos de trabalho no setor vem sendo alavancada desde a criação do SUS em 1988, e posteriormente com a institucionalização do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, visto que este programa requeria uma ampliação sistemática do número de profissionais (VIEIRA E CHINELLI, 2013). Segundo Machado et al (2011) essa expansão das ocupações é caracterizada pela expansão da capacidade instalada, municipalização dos empregos, ambulatorização dos atendimentos, maior qualificação da equipe, feminização da força de trabalho e flexibilidade dos vínculos, entre outras. No entanto, cabe assinalar que o mercado de trabalho em saúde não está isento das políticas liberalizantes que vem sendo implementadas no país. Mesmo com o crescimento dos postos de trabalho e com a elevação da escolarização, o setor saúde, sobretudo nas últimas décadas, permanece com tendência de contratação por modalidades flexíveis, e com incremento da desregulamentação do mercado de trabalho em saúde, bem como, verifica-se o uso intensivo de mão de obra com a exigência correlata de novas qualificações (VIEIRA e CHINELLI, 2013). Para compreender a incorporação e o avanço dessas relações no setor saúde retomaremos um pouco o processo histórico do mundo do trabalho.

1.1 A crise do fordismo e a reestruturação produtiva

Desde o século XVI, o modo de produção capitalista_ atravessou algumas fases (capitalismo manufatureiro (comercial), capitalismo industrial, capitalismo financeiro-que é o atual), sendo caracterizado pela propriedade privada dos meios de produção, relações assalariadas de produção, divisão em classes sociais e principalmente movido pelo lucro (SINGER, 1987).

Nesse modo de produção, a valorização do processo de trabalho é elemento fundante para a sua prosperidade. O trabalho em sua definição marxista é o processo através do qual o homem transforma a natureza, mediando, regulando e controlando essas transformações, das quais se apropria de uma forma útil para sua sobrevivência (MARX, 1988). No entanto, essa relação entre o trabalho e o homem foi modificada ao longo da história, principalmente de acordo com as mudanças estabelecidas pelos diferentes modos de produção, ou seja, pela forma com que a sociedade produz seus bens e serviços, como os utiliza e os distribui.

É no sistema capitalista que se dá exploração da força de trabalho do homem para gerar a riqueza para os capitalistas. Nesse processo, o capitalista detém os meios de produção e o produto do trabalho e o homem tem apenas sua força de trabalho, a qual vende para o empregador. A partir do prolongamento do processo de produção de valor que, por exemplo, pode se dar pelo aumento da jornada de trabalho ou da redução de salários, o trabalhador produz mais que o necessário para pagar o produto e o seu salário, o excedente, portanto, é a mais-valia, é o lucro que fica para o empregador (MARX, 1988).

Marx coloca que esse modo produção é regido pela “lei geral da acumulação capitalista” que acumula em dois níveis diferentes. O primeiro pela reprodução simples, em que o mais-valor, ou seja, a mais valia acumulada durante os processos de produção anterior, é reinvestida no aumento da produção. Consequentemente, essa etapa demandará aumentar a força de trabalho para produzir mais, o que aumentará o quantitativo daqueles que vendem sua força de trabalho, havendo um certo balanceamento entre as taxas do salário e do lucro. Mas, ainda assim o capitalista pode lucrar, porque mesmo sendo menor a taxa de exploração, aumenta-se o número de trabalhadores, que é o que aumenta a massa do capital (HARVEY, 2013).

A segunda forma, é o modo de acumulação por concentração e centralização do capital. A concentração pode se dar através da concentração dos meios sociais de produção na forma individual, e essa mesma concentração individual será repartida entre alguns poucos capitalistas, que muitas vezes são concorrentes. A centralização pode ocorrer por diversas vias, dentre elas a concentração dos capitalistas individuais será repassada para outro capitalista particular também. Assim essas riquezas serão fundidas, tornando-se uma só, eliminando a concorrência, o que gera a outra face, a centralização do capital (HARVEY, 2013).

Nos dias atuais esse processo toma a forma de centralização pelo sistema de crédito que retira da base da população toda a sua riqueza. Com isso, os mais ricos “concedem” créditos para os mais pobres consumirem e, assim, estes se tornam dependentes e terão que

trabalhar cada vez mais para poderem pagar suas “dívidas”. Essa forma ocorre muito também entre os países, formando os mais ricos fundos internacionais, a exemplo do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional, com a “missão” de emprestar dinheiro aos países mais pobres, tornando-os eternos dependentes através das condicionalidades que terão de cumprir (HARVEY, 2013).

Essa é, portanto, a forma contemporânea de acumulação da sociedade capitalista, em que o aumento da produtividade é o principal motor para o processo de acumulação que se dá por mudanças tecnológicas e por mudanças nos processos de organização da produção, o que consequentemente influi na reorganização do processo de trabalho (HARVEY, 2013).

No capitalismo, algumas formas de organizar o processo de trabalho foram e são partes constitutivas e fundamentais para a acumulação do capital. A primeira delas que é importante iniciar, é o sistema proposto por Frederick Taylor (1856-1915) que através de métodos científicos da administração, propôs a máxima produção a um mínimo custo, em que prevalecia a divisão técnica do trabalho e subordinação, instituiu um tempo padrão para a produção, padronizou os instrumentos e materiais de trabalho, e criou a chefia que planeja -- o trabalho intelectual --, e operários que executam o trabalho manual (PINTO, 2010).

O sistema Taylorista forneceu as bases para a implementação de um novo formato de organização da produção proposto por Henry Ford (1862-1947), que utilizou os métodos científicos com o objetivo de padronizar os produtos e fabricá-los em grande escala, reduzindo os custos de produção e ampliando o do consumo. Para tanto, ele propôs a organização da produção em linha de montagem de fluxo contínuo e uma integração vertical, onde todas as etapas de produção estariam no mesmo lugar (PINTO, 2010). Até a década de 1970 a organização do processo de trabalho sob o sistema taylorista/fordista se expandiu, tornando-se hegemônico no sistema capitalista. Sua degradação se inicia ao final dos anos 1960. Os índices de produtividade começam a se retrair devido ao aumento do número de faltas ao trabalho, ao alto *turnover*, à queda de qualidade dos produtos e nos níveis de consumo, o que redundou na queda das taxas de lucros dos empresários.

Os anos 1970 também são marcados pela crise do petróleo com um aumento súbito dos preços, o que acarreta uma instabilidade econômica generalizada. A resposta veio sob a forma de uma reação de caráter monetarista que impôs “ajustes” estruturais, afetando todos, mas sobretudo a periferia do sistema capitalista (CHINELLI, 2008; PINTO, 2010).

Para contornar essa crise, um conjunto de políticas estatais passam a flexibilizar as barreiras institucionais entre as empresas nos estados nacionais, bem como fornece amparo jurídico e institucional, para validar a relação entre empresariado e trabalhadores (PINTO,

2010). Assim, em 1980, a partir dessas mudanças macro e microeconômicas um novo regime de acumulação do capital começa a se instaurar de forma mais efetiva, denominado por Harvey (1992; p. 140) de “acumulação flexível” que

“se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados, e sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional”.

Esse conjunto de mudanças de ordem econômica, também denominado de reestruturação produtiva, inaugura uma nova forma de organização do trabalho. Baseada no desenvolvimento de novas tecnologias, sobretudo de informação e comunicação, novos métodos de organização da produção e de gestão do trabalho, contando com o investimento do empresariado dos países centrais (PINTO, 2010; CHINELLI, 2008).

Essa foi a conjuntura favorável para difundir o modelo Toyota, modelo desenvolvido pela empresa japonesa Toyota Motor Company, sob responsabilidade de Tai chi Ohno na década de 1950. Funcionava sob a égide da “empresa enxuta”², baseado na desconcentração produtiva, subcontratações, salário flexível, trabalho em equipe, em “células de produção”, “dos times de trabalho”, e no “envolvimento participativo” (ANTUNES E DRUCK, 2013). Cabe assinalar que, sobretudo o período a partir dos anos 1980 se caracteriza pelo surgimento de setores produtivos inteiramente novos, novas formas de ofertar os serviços, novos padrões de consumo, intensificação de inovação tecnológica, comercial e organizacional, ampliando o movimento de emprego no setor de serviços. Assim, é a forma que o capital se reinventa para superar a crise. (HARVEY 1992; HARVEY, 2013).

No que se refere aos trabalhadores, como resultado desse processo, têm se a progressiva desregulamentação dos direitos trabalhista e a aceleração da terceirização da força de trabalho, o que contribui para promover uma maior expansão da superexploração do trabalho, criando um novo perfil de trabalhador – multifuncional, qualificado e polivalente, bem como tornou as redes de trabalho mais diversificadas e segmentadas, promovendo estatutos precários para o emprego e o salário (ANTUNES E DRUCK, 2013; ALVES, 2000). No Brasil esse processo começa a chegar com mais amplitude a partir da década de 1990 com o governo Collor de Mello (1990-1992) e mais nitidamente com os dois governos FHC (1994-2002).

² De acordo com Antunes e Druck (2013) essa estrutura de organização das empresas “flexível e enxuta” tem como finalidade a redução do tempo de trabalho. Mais recentemente, outras características passam a integrar a pragmática da empresa flexível, como as práticas das “metas” e das “competências”, com o objetivo de aumento da produtividade, da qualidade total e do envolvimento pelos “colaboradores”.

É de se notar que a conjuntura após golpe militar em 1964 torna favorável o crescimento econômico que atingiu níveis de 6% a 7%. No entanto, este foi baseado em um forte “endividamento externo a juros flutuantes”, acarretando em graves consequências, onde os investimentos deram lugar a empréstimos, ou seja, o país “periférico” entra na crise da dívida (CHINELLI, 2008). Momento, portanto, favorável para implementação da política neoliberal³, que age sob os princípios da liberalização, desregulamentação e privatização.

Na esteira da grave crise econômica que marcou o governo Sarney (1985/1990), o governo Collor (1990/1992) começa a implementar o remédio neoliberal para a crise: abertura comercial, liberalização financeira e desregulamentação do mercado de trabalho, drástica redução da participação direta do poder público em setores estratégicos da economia brasileira, ou seja, a diminuição da intervenção do Estado na economia, e o enxugamento da máquina burocrática, etc. (CHINELLI, 2008).

Ao final da gestão Collor, reduzem-se os investimentos e os empregos no setor público, o que resultou em deslegitimação e agravamento da ineficiência dos serviços públicos, acarretando a degradação dos serviços de infraestrutura produtiva, dos serviços como a educação e saúde, além de uma massa de trabalhadores lançados ao desemprego e à precarização (CHINELLI, 2008).

Nos anos seguintes, os governos FHC (1994/2002) investiram em um intenso programa de reformas institucionais que reconfiguraram o Estado em moldes gerenciais, idealizada por Bresser-Pereira⁴. O modelo gerencial para o Estado baseava-se na “nova gestão

³ Harvey (2008, p.75) define como Estado neoliberal: “um estado que favorece fortemente os direitos individuais à propriedade privada, o regime de direito e as instituições de mercados de livre comércio. Garantia das liberdades individuais. Tem que haver a inovação e criação para produzir riqueza, aumentar produtividade para que assim se possa proporcionar padrões de vida mais elevados”.

⁴ Luiz Carlos Bresser Pereira é economista. Em 1985 como secretário de Governo do Estado de São Paulo já apresentava propostas para superação da crise do país que se baseavam no caráter liberal, reduzindo o papel do Estado “produtor” e “subsidiador” para “Estado regulador estrito senso que formula a política econômica visando o desenvolvimento econômico e a estabilidade de preços e, supostamente, o Estado de bem-estar, que promove a justiça social” (Bresser-Pereira, 1985, p. 1-2 apud CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011). Em 1987, assume o cargo de Ministro da Fazenda no Governo de José Sarney que lança o plano Bresser com o objetivo de deter a inflação e superar a profunda crise econômica que o país enfrentava através de um ajuste fiscal e neutralização da inflação inercial. Para tanto o plano apresentava as seguintes propostas: conter a aceleração da inflação e reduzi-la, interromper a queda dos salários, evitar a recessão, reverter a crise, e reequilibrar o balanço de pagamentos (BRESSER PEREIRA, 1988, p.9). Em 1995, Bresser Pereira torna-se Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado no primeiro governo FHC e logo em seguida lança o Plano Diretor da Reforma do Estado que tinha por objetivo basicamente “reconstruir o Estado, estruturando um Estado necessário para gerenciar a transferência das empresas estatais e serviços públicos para o mercado e delegar à sociedade civil a execução de algumas políticas, enquanto realiza outras de natureza focal. Os pressupostos dessa proposta são principalmente a redução dos investimentos públicos na área social, a fim de gerar receita para o pagamento dos juros referentes à dívida externa junto ao FMI” (ANDRADE, 2015, p. 40).

pública”, em que administração pública deveria incorporar instrumentos gerenciais que são utilizados com êxito nas organizações privadas que operam no mercado. Aliado a isso, foi também implementado o ajuste fiscal que provocou forte recessão na economia, marcada pela redução dos salários e dos níveis de emprego, informalização do trabalho, evasão de impostos e diminuição da base de arrecadação tributária (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011).

Na década de 1990 começa a se acelerar no país o processo de reestruturação produtiva, implementando-se novos padrões organizacionais das empresas privadas e no setor público com base nas tecnologias de comunicação e informação e novas formas de organizar o processo de trabalho, combinando elementos dos modelos herdados do taylorismo-fordismo e elementos inspirados no toyotismo. Um novo modelo de empresa se fixa, com programas de qualidade total, sistemas *just-in-time e kanban*⁵, além da introdução de ganhos salariais vinculados à lucratividade e à produtividade. Com isso, a classe trabalhadora passa a sentir de forma cada vez mais intensa os efeitos da flexibilização, da informalidade e da precarização do trabalho (ANTUNES, 2014).

Assim, essa década, segundo Alves (2000), marca uma intensa “degradação do mundo do trabalho”, imposta pela reestruturação produtiva. Mas como chama atenção Frigotto (2012, p. 8): “não se trata do fim do trabalho, mas da crise e esgotamento da forma específica que assume o trabalho no processo de sociabilidade ou do sociometabolismo do sistema capitalista”. Cria-se na verdade um novo tipo de controle sobre o trabalhador a quem se exige a competência ou a capacidade de agir de forma rápida, intervir, decidir em situações nem sempre previstas ou previsíveis, uma atitude pró-ativa ou propositiva, impondo aos trabalhadores a precarização do salário e do emprego (ALVES, 2000).

Os anos seguintes são caracterizados pela era do chamado modelo neodesenvolvimentista, com o governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010). É um período na verdade caracterizado pela continuidade da política macroeconômica adotada pelo governo anterior. No entanto, como avalia Singer (2009, apud Frigotto, 2011), a continuidade não significou que a condução do projeto fosse da mesma forma. Como exemplo, houve a retomada do desenvolvimento no país, alterando a política externa, retomada relativa de controle do Estado, redução da taxa de desemprego aberto, aumento real

⁵ Os sistemas *just-in-time e kanban* permitem que a produção seja organizada com capacidade de pronta entrega (*just-in-time*), com um fluxo perfeito e contínuo das informações (*kanban*). Nessa nova organização do trabalho pretende-se que os trabalhadores sejam polivalentes e tenham o controle minucioso da qualidade e da distribuição, além atingirem as metas de produção no tempo estabelecido pelas gerências. (PINTO, 2010, p. 85).

do salário mínimo, ampliação de políticas e programas sociais para a população de baixa renda, dentre outros, mesmo que todos esses elementos não tenham sido implementados na íntegra e que sejam questionáveis (FRIGOTTO, 2011).

1.2 Terceirização e a precarização do trabalho

Tudo o que foi dito acima, aponta para o fato de que no mundo contemporâneo e mais especificamente no Brasil, os trabalhadores enfrentam de forma cada vez mais intensa a precarização do trabalho, os riscos e as incertezas que dela derivam. A presente década é marcada pela mais intensa crise do sistema capitalista⁶. Segundo Marx, isso se dá na medida em que para desenvolver as forças produtivas, com a incorporação da ciência e da técnica no processo de produção, tem que haver um aumento de produtividade do trabalho (FRIGOTTO, 2012).

Isso gera uma profunda crise do trabalho/emprego, acompanhada, sobretudo a partir dos anos 2000, da intensificação da precarização do trabalho e da vida dos trabalhadores que se encontram diante do acirramento das novas condições de trabalho: remuneração flexível, jornada de trabalho, locais de trabalho flexíveis, contrato de trabalho flexível, baixos salários, enfim toda a sorte de riscos no trabalho e na vida, conforme aponta [Alves, 2013?]. Na opinião do mesmo autor,

“O novo (e precário) mundo do trabalho que emerge na década de 2000 no Brasil é caracterizado pela plena explicitação dos atributos existenciais da condição de proletariado: subalternidade estrutural, concorrência, acaso e contingência, risco e periculosidade, incomunicabilidade, corrosão do caráter e deriva pessoal. Trabalhadores assalariados, operários, empregados e trabalhadores “autônomos” ou por conta própria expõem-se cada vez mais às intempéries da contingência de mercado que ocupam hoje um lugar significativo nas experiências vividas e percebidas da “classe” do proletariado da indústria e dos serviços” (Alves, p. 26).

⁶ Segundo Harvey (2016), o capital é a uma relação social para acumulação e as crises são momentos de transformação em que o capital tipicamente se reinventa e se transforma em outra coisa, que pode ser melhor ou pior, mesmo que estabilize a reprodução do capital. Assim o capital produz as crises mas não tem como resolvê-las, apenas desloca-las. O autor define atualmente 17 contradições do capitalismo organizadas em três níveis: o primeiro, em sete contradições fundamentais ligadas as funções básicas de funcionamento do sistema e são invariáveis, sendo elas: do valor de troca e do valor uso; o valor social do trabalho e sua representação pelo dinheiro, da propriedade privada e Estado capitalista, a apropriação privada e riqueza comum, capital e trabalho e da unidade contraditória entre produção e realização; o segundo, em sete contradições mutáveis, as quais se referem: ao desenvolvimento da técnica e sua apropriação pelo capital, das divisões do trabalho, na relação contraditória entre monopólio e competição, na disparidades de renda e riqueza, no desenvolvimento geográficos desiguais, na reprodução social e na dialética da liberdade e dominação; e, o terceiro, em três contradições perigosas que se baseiam no crescimento exponencial infinito de acumulação do capital, na relação entre o capital e a natureza e na alienação universal.

Atualmente o aprofundamento da precarização do trabalho, tem sido regido por novas modalidades de gestão, organização e controle do trabalho, e a terceirização é forma mais preponderante. É a principal responsável pelo aumento da desregulamentação dos direitos do trabalho e diminuição dos postos de trabalho, ampliando com isso a produtividade e a qualidade total da empresa flexível.

“A terceirização é o fio condutor da precarização do trabalho no Brasil, e se constitui num fenômeno onnipresente em todos os campos e dimensões do trabalho, pois é uma prática de gestão/organização/controle que discrimina, ao mesmo tempo em que é uma forma de contrato flexível e sem proteção trabalhista, é também sinônimo de risco de saúde e de vida, responsável pela fragmentação das identidades coletivas dos trabalhadores, com a intensificação da alienação e da desvalorização humana do trabalhador. Põe um “manto de invisibilidade” dos trabalhadores na sua condição social, como facilitadora do descumprimento da legislação trabalhista, como forma ideal para o empresariado não ter limites (regulados pelo Estado) no uso da força de trabalho e da sua exploração como mercadoria (ANTUNES E DRUCK, 2013, p.11)

Instituem-se modalidades atípicas de emprego, como: “empreendedorismo”, “cooperativismo”, “trabalho voluntário”, “pejotização”, organizações não governamentais, redes de subcontratação, etc., que transferem para os trabalhadores a pressão pela maximização do tempo, a responsabilidade pelas altas taxas de produtividade, a redução dos custos com o trabalho e pela “volatilidade” nas formas de inserção e de contratos (ANTUNES E DRUCK, 2013).

Esse é o centro das aceleradas transformações produtivas no capitalismo contemporâneo, caracterizando a precarização social contemporânea do trabalho que atinge níveis nunca antes alcançados, como subordinar o trabalhador ao descarte e à superfluidade, a graus altíssimos de instabilidade, flexibilidade e insegurança (ANTUNES E DRUCK, 2013).

Aqui cabe fazer um parêntese sobre a situação atual da terceirização no país. Em 31 de março de 2017, foi aprovada a lei 13.429 que amplia o processo de terceirização para todas as atividades produtivas das empresas. Até então, a terceirização só era permitida para as atividades-meio, como limpeza, transporte, alimentação, *call center*, portaria, segurança, etc. Com essa nova lei a terceirização é liberada para as atividades-fim, aquelas consideradas essenciais na organização produtiva da empresa, como também será permitido legalmente às empresas terceirizadas subcontratar outras empresas, o que é chamado de “quarteirização”(EPSJV, 2016).

Na verdade, há muito tempo as atividades-fim já são terceirizadas pelas organizações sociais, visto, entidades consideradas sem fins lucrativos, credenciadas sem licitação para assumir a gestão completa, o que inclui a contratação e gestão de pessoal. Se essas entidades

não possuíam antes sustentação legal, com a nova lei passam a tê-la, do mesmo modo para a “quarteirização” (EPSJV, 2016).

Essa legislação terá outras implicações para o trabalhador: autoriza o chamado trabalho intermitente que permite às empresas pagarem os trabalhadores apenas por período trabalhado permite que os patrões e empregado negociem, por exemplo, a ampliação da jornada de trabalho para até 12 horas diárias ou 220 horas mensais; a redução do intervalo de almoço ou equivalente, abre brechas também para que a negociação coletiva, instrumento concebido para promover a pacificação coletiva das relações de trabalho e a melhoria das condições de trabalho, seja utilizada para o rebaixamento ou supressão de diversos direitos trabalhistas.

Trata-se, assim, de uma lei que o empresariado deseja para “diminuir encargos, diminuir os direitos, diminuir o salário, a remuneração média, ou seja, os rendimentos do trabalho, que aumente a jornada de trabalho” (RUY BRAGA, EPSJV, 2016), sob o argumento de que ela garante o aumento da taxa de empregos nesse cenário de crise que estamos vivendo. Segundo Ruy Braga:

“A flexibilidade do trabalho, do emprego, com a terceirização, geraria mais empregos? Não, isso é uma falácia, por várias razões. A primeira delas é que, com a CLT, nós tivemos ao longo dos últimos 13 anos, um nível de emprego bastante elevado, com taxas de desemprego que foram as mais baixas da série histórica. Então, é uma falácia dizer que a CLT, a proteção do trabalho, a legislação trabalhista, ou mesmo o sistema de seguridade social - aposentadoria, seguro desemprego - gera desemprego. Isso é uma falácia. Em segundo lugar, a terceirização gera desemprego, ela produz desemprego e subemprego. Por quê? Porque a jornada de trabalho dos trabalhadores terceirizados tende a ser mais longa, o que significa que você pode fazer cumprir as mesmas tarefas, ou seja, as mesmas cargas de trabalho com um número menor de trabalhadores. Consequentemente, você vai demitir ao invés de contratar. Em terceiro lugar, existe um discurso do empresariado de que há insegurança jurídica. Não é verdade. O marco jurídico da CLT é bastante consolidado” (EPSJV, 2017).

Para Alves [2013?], tudo isso constituiria uma nova roupagem da reestruturação produtiva que, além de modificar o caráter tecnológico-organizacional, implementar novos métodos de gestão, novos locais de trabalho, com perfil etário-geracional mais jovem, e novas relações de trabalho, também modifica o caráter sociocultural, disseminando novas práticas de gestão e novos valores que tem como objetivo a captura da subjetividade do trabalhador. Característica esta que modifica substancialmente o novo metabolismo social do trabalho.

Nesse sentido, torna-se necessário um novo olhar sobre a precariedade e precarização, entendendo que esses processos não se dão somente no âmbito do trabalho:

“Não apenas na dimensão do trabalho enquanto força de trabalho como mercadoria, mas sim, a precarização do trabalho na dimensão do homem que trabalha enquanto

ser humano-genérico capaz de dar respostas ao movimento do capital. (...) Sendo, portanto, uma experiência humana de individualidades pessoais de classe num determinado contexto histórico-concreto: o contexto histórico do capitalismo manipulatório” (ALVES, 2010, p. 1)

Este é o conceito de precarização que norteia esta dissertação. Cabendo salientar a diferença que Alves [2013?] faz entre precarização do trabalho de precariedade salarial, conceito que utiliza para caracterizar as novas formas assumidas pela precarização. Enquanto o primeiro se refere a um processo histórico-estrutural, pelo qual o modo de produção capitalista propicia a exploração da força de trabalho sob novas condições no capitalismo global, o segundo aponta para uma nova face da precarização que surge nos ambientes de trabalho reestruturados, sendo regulada por novo modo de relação salarial. Logo, é representada pela parcela dos trabalhadores que sobreviveram para além do desemprego, mas que vive sob a condição da exploração da força de trabalho pelo salário e pela flexibilidade do trabalho e da vida. Configura-se, assim, segundo Alves (2010, p.9), a tríade dessa “nova” precariedade⁷: “redução do trabalho vivo a força de trabalho como mercadoria; “captura” da subjetividade do trabalhador e quebra dos coletivos de trabalho”.

1.3 A precarização do trabalho em saúde

Como apresentado no início do capítulo, o setor saúde nessa década 2000, apresentou crescimento dos postos de trabalho, mas incorporando as formas flexíveis de contratação da força de trabalho, o setor também demanda o uso intensivo da mão de obra com a exigência correlata de novas qualificações, de forma a atender as atuais especificidades e demandas do mercado de trabalho em saúde (VIEIRA e CHINELLI, 2013). E a partir desse contexto mais geral, voltaremos ao setor saúde.

Decorrida menos de uma década da criação do SUS pela Constituição de 1988, o setor saúde foi alvo de reforma administrativa, com a implantação do modelo gerencial do Estado baseado na nova gestão pública, capitaneada por Bresser-Pereira, como apresentado no

⁷ Cabe aqui destacar que o conceito de precariado possui interpretações diferenciadas para alguns autores. Inicialmente o britânico Guy Standing autor do livro *The Precariat: The new dangerous class* (Bloomsbury, 2010), o precariado é uma “nova classe social”, já o autor brasileiro Ruy Braga, no seu livro *A política do precariado* (Boitempo, 2012), o termo precariado seria o sinônimo do proletariado precarizado. Para o autor Giovanni Alves, o precariado é a camada média do proletariado urbano constituída por jovens-adultos altamente escolarizados com inserção precária nas relações de trabalho e vida social, sendo esta a referência desta pesquisa. Como não é o foco aprofundar sobre as essas diferenças recomendo ir as referências originais dos referidos autores.

primeiro tópico. Bresser-Pereira apresenta um documento, contendo propostas de reformas administrativas para o setor saúde⁸ na primeira gestão do FHC (1994/1998).

Estas medidas basearam-se, na racionalização dos recursos econômicos, com a descentralização para entidades regionais e na formação de uma espécie de mercado que promoveria uma competição entre os fornecedores de serviços, reduzindo os preços e aumentando a qualidade dos serviços, beneficiando principalmente o sistema médico-hospitalar (BRESSER-PEREIRA, 1998, apud CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011).

Como principal resultado dessas medidas flexibilizadoras, que visaram o máximo de benefício com o mínimo de custos, foi permitir a criação de Organizações Sociais (OS's)⁹, Organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e cooperativas de profissionais de medicina, privatizando e terceirizando os serviços públicos de saúde, bem como ampliando a oferta de serviços de saúde no setor privado. Resultando, portanto, em medidas restritivas e políticas focalizadas que transpassam o princípio da universalidade e integralidade do SUS, intensificam a precarização das relações trabalhistas e a terceirização do trabalho (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011).

Esse mesmo período de reformas administrativas do Estado coincidiu com mudanças de modelo assistencial na saúde. Como citado no início do capítulo, a implantação do programa PSF é expressão dessa mudança, baseada na atenção primária e na promoção da saúde familiar, saindo da ênfase individual para a coletiva. Esse modelo necessitou de trabalhadores especializados, o que contribuiu para a expansão do mercado de trabalho em saúde, colocando desafios para o setor, tanto no plano quantitativo e distributivo dos profissionais de saúde, quanto nas possibilidades de qualificação do profissional (BRUNHOLI, 2013).

Desta forma, para atender tanto do lado quantitativo e quanto distributivo a ampliação dos serviços, passou-se a utilizar os novos mecanismos de contratação da força de trabalho, conformados em contratos temporários e flexíveis, ou seja, foi o modelo que mais favoreceu o

⁸ Tais propostas tinha como principais estratégias: “1) descentralização, com maior clareza na definição das atribuições e no poder de decisão das diferentes esferas de governo; 2) montagem de um sistema de atendimento de saúde em nível municipal, estadual e nacional, constituído de dois subsistemas: subsistema de entrada e controle e subsistema de referência ambulatorial e hospitalar [...]; 3) montagem de um sistema de informações em saúde visando acompanhar os resultados das ações dos dois subsistemas mencionados, conectados em rede, com capacidade de controlar despesas, gerar indicadores para a vigilância epidemiológica, avaliar a qualidade e medir resultados alcançados”. (Bresser-Pereira, 1998, apud CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011, p. 10-11).

⁹ A lei (nº 9.637) conhecida como Lei das OS (Organizações Sociais) foi aprovada somente em 1998.

setor saúde a incorporar a terceirização nos novos modelos de gestão, configurando a precarização das relações do trabalho em saúde (MEDEIROS E ALBUQUERQUE, 2014).

Estudos realizados comprovam essa relação entre a expansão dos postos de trabalho e formas contratuais flexíveis no setor saúde. Segundo estudo de Dedecca (2001) apud Varela e Pierantoni (2008), no período entre 1992 e 1997, houve a criação de cerca de 300 mil ocupações, e em torno de 450 mil ocupações em atividades afins no setor saúde. Entretanto, estudos de Girard e Carvalho (2003) apud Varela e Pierantoni (2008) demonstram que nesse período os principais agentes contratantes eram as prefeituras, para ocupar postos de trabalho no PSF (em torno de 80%), sendo que contratação se dava mediante contratos informais, temporários e por prestação de serviços.

Assim, as políticas voltadas ao trabalho em saúde nos anos 1990 foram marcadas por grande instabilidade, gerada pelo enxugamento da máquina estatal, sem concursos públicos para o setor e flexibilização dos vínculos. Isso fica claro no documento “Agenda de prioridades para a política de recursos humanos na gestão do SUS” (1997), que estabelecia que as políticas deveriam estar vinculadas aos aspectos de emprego, educação e reforma administrativa pertinentes às políticas sociais e de administração de governo (VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011). A respeito, pode-se ler no mesmo documento

“novas formas de gestão do trabalho, fundadas no incentivo à produtividade e qualidade, na descentralização, na participação social e na publicização do aparato produtor de serviços de saúde”; e Incentivo a flexibilização dos vínculos de trabalho nas instâncias de gestão ligadas ao Estado, para permitir maior adequação ao mercado de trabalho e aos avanços tecnológicos, sem comprometer os direitos sociais dos trabalhadores” (Brasil, Ministério da Saúde, 1997b, apud CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011, p. 4).

Por outro lado, os trabalhadores da saúde, sofriam as consequências dessa reestruturação do processo de trabalho e desse novo modelo gerencial do Estado, e pautavam os direitos trabalhistas como: piso salarial digno, implantação de jornada de 30 horas com regime de plantão não superior a 12 horas, composição de equipes multiprofissionais de saúde, com trabalho coletivo e adequadas a cada tipo, educação continuada, manutenção dos direitos conquistados pelos servidores estaduais e federais lotados nas unidades de saúde municipalizadas e dentre outras (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011).

Neste sentido, houve algumas tentativas de reparar e equacionar as graves questões de relação do trabalho em saúde por parte de Humberto Costa, titular do MS no primeiro governo petista. Em 2003, é aprovada a NOB/RH-SUS (Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS). Este instrumento buscava consolidar a gestão do trabalho em saúde, definindo os princípios básicos e as diretrizes que deveriam nortear a política de

recursos humanos em saúde no país. O documento apresentou que dentre os principais problemas que os trabalhadores da saúde enfrentavam estavam aqueles relacionados à falta de estímulo profissional, desvios de função, múltiplas jornadas de trabalho, relações de trabalho desprotegidas e ausência de espaços de negociação coletiva. Assim, esta norma enfatizou a necessidade de valorização profissional e da regulação das relações de trabalho, bem como identificou a necessidade de um resgate da relevância da gestão do trabalho em saúde como política pública (VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011).

Nesse período, portanto, o governo lança uma agenda que chamou de “agenda positiva” que apresentava pautas referentes a:

“necessidade de realização de diagnósticos da situação dos trabalhadores da saúde, desenvolvimento de sistemas de informação sobre a força de trabalho no setor, identificação das necessidades de trabalhadores, profissionalização da gestão do trabalho nas demais esferas de governo e desenvolvimento de ações visando desprecarizar o trabalho e viabilizar o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS/SUS)¹⁰,” (VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011, p.104).

Dentro dessa agenda, duas pautas foram eleitas como prioridade para iniciar os trabalhos no ano de 2004, a construção de ações visando desprecarizar o trabalho e viabilização do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS/SUS). Para desenvolver essas ações foi elaborado um plano com diretrizes para orientar a reorganização dos trabalhadores, bem como foi criado o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS¹¹, com a intenção de discutir mecanismos de regularização dos vínculos de trabalho (VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011).

Cabe destacar, que essas mudanças marcantes no período de 2003 a 2005, se deram no contexto do governo (Luiz Inácio Lula da Silva-2003/2010) como anteriormente apontado.

¹⁰ Foi implantada a Mesa Nacional de Negociação Permanente no SUS, uma estratégia de ampliação do debate e democratização das relações de trabalho que já havia sido implementada em duas ocasiões (1993 e 1997) sem regularidade. Esse recurso volta a ser utilizado numa tentativa de dirimir os conflitos relacionados ao trabalho e prosseguir na construção do PCCS/SUS. Como espaço privilegiado de debate entre gestores e trabalhadores, a MNNP-SUS produziu documentos relevantes e serviu de parâmetro para a instalação de Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS. Contudo, representou avanços limitados no sentido da efetivação de mudanças concretas na resolução das pautas trabalhistas no SUS (TEIXEIRA et al., 2012 apud SANTOS, 2016, p.208-209).

¹¹ Antes, em 2003 tinha sido criado o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, que tinha como objetivo a elaboração de políticas e de formulação de diretrizes para desprecarização do trabalho no sistema. É um fórum de discussão do MS, instituído para formular políticas e diretrizes para a desprecarização dos vínculos de trabalho em saúde, sendo gerido pela SGTES e pelo DEGRTS. E este comitê que dá origem ao Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – Desprecariza-SUS. O programa tinha como estratégias propostas: Criação da Comissão Especial para elaboração das Diretrizes do PCCS do âmbito do SUS (Portaria nº 626/GM, de 08/04/2004); Criação da Rede de Apoio à Desprecarização do Trabalho no SUS; Promulgação da Emenda Constitucional no 51 (PEC nº 007/2003) para oferecer base legal de sustentação para o PACS pelo estabelecimento de um modo singular de seleção dos ACS e agentes de endemias - processo seletivo público (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 6; 21-22).

Assim, além dessas mudanças, o setor de recursos humanos na saúde tinha um grande desafio, o de mudar a orientação política, que passa a adotar a partir desse ano, o conceito de gestão do trabalho e da educação em saúde.

O conceito de gestão adotado no âmbito da saúde origina-se no contexto maior da reorganização contemporânea do trabalho sob a justificativa de superar a ineficiência da administração pública e o conceito de recursos humanos que, em uma lógica, reduz o trabalhador à condição de recurso equivalente a qualquer outro. Assim, o termo gestão vem supostamente para (re)significar, horizontalizando as funções de gerencia, humanizando as relações de trabalho e valorizando o trabalhador quanto à qualidade, produtividade e competitividade (VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011; VARELLA E PIERANTONI et al, 2008).

No entanto, o ideal de trabalhador posto nessa perspectiva da gestão, requer que ele seja participativo, autônomo e criativo, o que implica em um paradoxo, pois a exploração do trabalho aumenta, o que o obriga a conviver com a precarização do trabalho e com a flexibilização das relações de trabalho. Implica também em colocar nos ombros dos trabalhadores o engajamento para a organização do trabalho, bem como a responsabilidade de mobilizar suas habilidades técnicas e subjetivas a fim de atender as expectativas e objetivos do SUS (VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011).

Por outro lado, mesmo com “tentativas” beneficiar o trabalho em saúde por parte do governo federal, o que na prática ainda prevalecia era a continuidade das relações precárias e flexíveis de contratação. Segundo Machado et al (2011), nesse período ainda seguia uma tendência nacional do mercado de trabalho nesse sentido, com o aprofundamento da desregulamentação do mercado de trabalho em saúde, lançando-se mão de diversas alternativas de contratação, desde a contratação de profissionais autônomos, passando pelas formas de cooperativas, chegando ao extremo, segundo relatos, de contratos verbais. Em sua pesquisa, a autora aponta que no período (2001-2009) a maioria dos municípios pesquisados realizava contratação direta pelas prefeituras para todas as ocupações de saúde, alcançando valores superiores a 90%.

Cabe também lembrar, que nesse contexto, sob a justificativa da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)¹² muitos gestores municipais alegavam da impossibilidade de

¹² LEI COMPLEMENTAR Nº 101 que aprova a LRF, sendo revista em 4 de maio de 2000. Tem como finalidade estabelecer normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Segundo a mesma lei, as restrições orçamentárias visam preservar a situação fiscal dos entes federativos, de acordo com seus balanços anuais, com o objetivo de garantir a saúde financeira de estados e municípios, a aplicação de recursos nas esferas adequadas e uma boa herança administrativa para os futuros

contratação para não ultrapassar o teto orçamentário imposto pela lei. O estudo realizado por Medeiros (2011) coloca em xeque essa prerrogativa dos gestores:

“A despesa com pessoal dos 4356 municípios estudados mostrou que estes gozam de margem para contratação de pessoal, apesar da tendência de crescimento de 1,3% nas médias anuais nessas despesas. A capacidade de arrecadação e a proporção de recurso de transferência reforçam a baixa autonomia da maioria dos municípios, e, nas despesas com pessoal da saúde mais de 50% dos recursos do setor são comprometidos nesse tipo de despesa. Porém, na pesquisa a aplicação do teste de correlação não revelou entre os indicadores estudados quaisquer correlações, o que refuta os argumentos dos gestores de saúde de que os problemas de contratação na saúde estão relacionados aos limites e efeitos da LRF” (p.8).

Desta forma, as contratações pelas Organizações não governamentais (ONG's), FEDP, OSCIP, OS's, e cooperativas proliferaram no seio dos serviços de saúde, gerando questionamentos jurídicos que tem como cerne a obediência ou não do acesso legal ao serviço público, constituindo um quadro que caracteriza a fragilidade dos mecanismos institucionais de estruturação da força de trabalho do SUS (SILVA, 2009).

Assim, a LRF pode ser considerada uma lei flagrantemente inconstitucional pois abriu precedente para os gestores implementarem um vigoroso processo de terceirização na contratação dos trabalhadores pelas entidades acima citadas, já que as despesas com a subcontratação não seriam computadas como despesas de pessoal nas contas das prefeituras (BATISTA JÚNIOR, 2008).

Aqui cabe lembrar que a terceirização no setor saúde atualmente continua a se agravar. Por exemplo, análises evidenciam que o setor já apresenta o que se chama de quarteirização. A empresa terceirizada, por exemplo, uma OS's, que foi contratada legalmente para prestar os serviços, mas ela contrata uma outra empresa para prestar esses ou parte dos serviços contratualizados, conforme item anterior, que até então era ilegal, agora passará a ser legalizado. Assim, é uma rede ampla e complexa escondida sob o formato da terceirização.

Não restam dúvidas de que o poder público defende esse modelo de gestão privatizante e terceirizado como uma possível solução dos problemas mais emblemáticos do trabalho em saúde. Assim, as já mencionadas pautas tidas como prioritárias, como a construção do PCCS/SUS, a desprecarização do trabalho, e o fortalecimento das estruturas responsáveis pela gestão do trabalho nos estados e municípios, ficaram esvaziada e deixadas de lado (TEIXEIRA ET AL, 2012 apud SANTOS, 2016). Neste sentido, concorda-se com Vieira; Chinelli; Lopes (2011, p.110):

gestores. A fixação de limites para os gastos com pessoal para a esfera federal, no limite máximo é de 50% da receita corrente líquida. Para estados e municípios, o limite é de 60% da RCL. Se a despesa total com pessoal ultrapassar 95% desse limite, a LRF proíbe qualquer movimentação de pessoal que implique aumento de despesa (BRASIL, 2000).

“Os dois governos do presidente Luiz Inácio Lula da Silva não alteraram de forma significativa o quadro da saúde pública no país, dando continuidade às políticas sociais fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Mesmo com a criação da SGTES, as principais diretrizes para a questão do trabalho em saúde continuaram nos moldes constitucionais, avançaram muito pouco, mantendo-se a precarização, a terceirização dos trabalhadores e a descontinuidade nos repasses, e fortalecendo-se com isso, em geral, as forças políticas que lutam para que o princípio de inclusão no sistema público de saúde seja a pobreza”.

Portanto, a década 2000 para o trabalho em saúde representa o aprofundamento da precarização do trabalho, não só pela falta de emprego, como já foi evidenciado, mas também pelo aumento das ocupações nos mercados, pela fragilidade das condições de trabalho e pelos vínculos precários (DEDECCA, 2013). Segundo Machado et al (2011), o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS (MS, 2006), estimava que cerca de 600 mil trabalhadores eram precários no SUS.

Desse modo, esse cenário do setor saúde, é a expressão do que o autor Giovanni Alves denomina de precariedade salarial, ou seja, o que marca não é só a falta de emprego, mas o emprego que se tem é regulado pela flexibilidade, com novo perfil técnico-profissional, e com novas formas salariais, caracterizando-se:

“Por um local de trabalho reestruturado, tanto em sua dimensão sociomorfológica com as novas tecnologias informacionais, organização do trabalho de cariz toyotista e relação contratual flexível da força de trabalho quanto em sua dimensão sócio-humana com o surgimento de um coletivo de jovens homens e mulheres trabalhadores impregnados com novos sonhos, expectativas e aspirações de vida e trabalho. Enfim, com maior vigor, altera-se o metabolismo social do trabalho assalariado organizado no País [ALVES, 2013? p. 12].

Considerado este aspecto, gostaria de retomar uma outra característica incorporada com muita frequência por essa nova forma de precariedade do trabalho. Trata-se do aumento da exigência da qualificação, especificamente no setor saúde, o que em consequência me leva ao interesse de compreender o impacto dessa nova face da reestruturação produtiva sobre o mercado¹³ de trabalho em saúde no que se refere ao jovem trabalhador no setor saúde.

¹³ Quero aqui frisar, qual o sentido de mercado, está sendo considerado nesta pesquisa. Entende-se que o mercado de trabalho resulta de relações sociais, relações de força e de poder vinculadas a interesses de grupos e frações das classes sociais, em que há uma dicotomia entre mercado formal e informal. Essa complexidade de relações por vezes não permite captar uma enorme diversidade de estratégias de sobrevivência dos contingentes excluídos do trabalho formal [FRIGOTTO, 2004?].

1.4 O Jovem trabalhador da saúde: elevação da escolarização ou prolongamento da escolarização enquanto estratégia para driblar o mercado de trabalho?

Esse item apresenta as primeiras reflexões sobre a necessidade de compreender a relação da precariedade do trabalho em saúde com a busca dos jovens por maior escolarização. A elevação da escolarização e/ou prolongamento da escolarização, através da formação pela residência em saúde, pode ser interpretada como uma estratégia utilizada pelos jovens recém-graduados na área da saúde que pode possibilitar a inserção no mercado de trabalho? É uma forma de buscar maior qualificação para inserção no mercado de trabalho?

Segundo dados de Machado et al (2011), o número de profissionais diplomados na saúde vem crescendo a passos largos. De acordo com dados da pesquisa, em 2007 eram cerca de 85,9 mil formandos nas diversas áreas da saúde, ou seja, 378 vezes maior do que o total de 22.643 profissionais diplomados em 1992. Na mesma pesquisa, a autora apresenta que em 1992, excluindo os administrativos, 43,6% dos trabalhadores em saúde eram de nível superior; 30% de nível técnico/auxiliar e 26,4% de nível elementar. Em 2005, esses índices também apresentam crescimento, passando para 45,6% com nível superior; 39% para nível técnico/auxiliar e reduzindo para 15,3% o nível elementar. Em estudos mais recentes, Deddeca e Trovão (2013) apontam que o indicador continua com a tendência de elevação, fazendo com que nas ocupações nucleares da saúde a média de estudo aproxima-se de 14 anos, superior à média do mercado de trabalho brasileiro.

Alguns elementos podem estar “condicionando” essa elevação da escolaridade no setor saúde, ao mesmo tempo em que ocorre o “retardamento” da inserção no mercado de trabalho por esses jovens que precisam encontrar alternativas para “driblar” essa dificuldade.

Primeiro, pode-se afirmar que as políticas neoliberais intensificaram as transformações do mundo do trabalho, levando a uma desestabilização dos trabalhadores estáveis, alternância de diferentes situações de emprego e desemprego, formalidade e informalidade, postos de trabalho mais ou menos qualificados, conformando trajetórias contínuas ou descontínuas, marcadas por constantes idas e vindas das diferentes instâncias de formação/qualificação/requalificação da força de trabalho e o crescente contingente de jovens e adultos não integrados e não integráveis ao mundo da produção (FRIGOTTO, 2012; CASTEL, 2005 apud CHINELLI; VIEIRA; MENEZES, 2014).

Outros autores também apontam dificuldades semelhantes, como a contratação de trabalhadores muito mais qualificados do que a real necessidade dos postos de trabalho; tendência ao desassalariamento (redução do emprego assalariado); redução do emprego

estável; subemprego; jornadas sobrepostas ou trabalho insuficiente; desvalorização do emprego tradicional; carreiras tradicionais em uma ou duas instituições estão desaparecendo, bem como a utilização de um único conjunto de qualificações durante a vida (POCHMANN, 2000; DUPAS, 1999; DOWBOR, 2002; SENNETT, 2007 apud VALORE E SELIG, 2010).

É nesse precário mundo do trabalho, que se encontram os jovens em busca de mais escolaridade e de seu primeiro emprego:

“Jovens trabalhadores imersos em novas práticas de trabalho e modalidades de contratação salarial de cariz flexível, passando por uma subproletarização intensificada, com o trabalho precário, informal, temporário, parcial e subcontratado” [Alves, 2013? p. 24].

Há autores que constataam que as intensas e aceleradas transformações no mundo do trabalho têm afetado de maneira mais significativa, os jovens em busca de seu primeiro emprego (POCHMANN, 2000 apud VALORE E SELIG, 2010). Segundo Valore e Selig (2010), apesar dos esforços governamentais em ampliar o acesso ao ensino médio e superior, a oferta de postos de trabalho não tem acompanhado a crescente demanda, o que acarreta uma mudança na juventude no sentido de diminuição a expectativa por um emprego e elaboração de projetos de carreira voltados para o trabalho autônomo.

Essa realidade remete às questões da pesquisa, permite que a residência seja analisada como um programa em cuja estrutura, regulamentação e práticas (apresentadas no capítulo posterior), está presente a marca da precariedade, visto que a remuneração se dá mediante bolsa e em que a qualificação não garante necessariamente um posto de trabalho estável, com direitos trabalhistas reconhecidos.

Cabe aqui mencionar que estudos demonstram que essa relação da precariedade do trabalho, afeta trabalhadores com elevada escolarização, incluindo o nível superior e a pós-graduação, trabalhadores de outros setores do mercado de trabalho. O trabalho realizado por Tosta no Distrito Federal (2008, p. 245), aponta que com “o crescimento das contratações flexíveis, profissionais com alta escolaridade¹⁴ aproximar-se-iam da experiência de trabalho precário vivida há tempos por trabalhadores com baixa escolaridade”.

Para esta caracterização, a autora utilizou além da renda, outros aspectos das condições de precariedade do trabalho, como a instabilidade da remuneração, a ausência de direitos e benefícios, os gastos e a insegurança do trabalho. Fez-se a opção por operar com as

¹⁴ A escolaridade média do grupo estudado revela-se bastante elevada, chegando a 16 anos de estudo, enquanto o tempo médio de estudo dos brasileiros, segundo a PNAD de 2006, é de 7,2 anos (Ipea, 2007). Entre os entrevistados além da graduação, seis deles fizeram algum curso de pós-graduação, entre especializações e mestrado (TOSTA, 2008, P.186).

categorias de trabalhadores em situação de vulnerabilidade e de contratados fora da modalidade padrão como indicativo do trabalho precário:

“foi possível afirmar a existência de uma maior precarização do trabalho no Distrito Federal, principalmente pelo aumento de contratações flexibilizadas. Foi encontrada uma grande variedade de formas para flexibilizar a contratação dos profissionais: como estagiário, assalariado sem registro, autônomo, cooperado, freelancer, pessoa jurídica, consultor contratado por organismo internacional e pseudosócio, além das experiências como assalariados regulamentados e empresários. [...] Percebe-se a diversidade de maneiras encontradas pelos empregadores para diminuir o custo de trabalho de modo a aumentar sua produtividade e lucro. Ainda que a maioria das modalidades de vínculo seja respaldada por lei, na realidade o que ocorre é uma tentativa de mascarar uma relação empregatícia por meio de outro tipo de relação de trabalho que não prevê o acesso a uma série de direitos e proteção social (p.246-248).

Assim, a autora conclui que,

“o crescimento de posições precarizadas revelou-se mais expressivo entre os trabalhadores com ensino médio e, principalmente, entre os que têm ensino superior. Assim, os dados sustentam a hipótese de que haveria uma grande ampliação da precarização entre profissionais de alta escolaridade. Ainda que tenha havido um importante aumento da escolaridade dos trabalhadores, a elevação das pessoas com nível superior em posições precárias foi maior que a do total de ocupados com esta escolaridade” (p.246).

Esta tendência apontada por Tosta no Brasil confirma justamente o mesmo contexto que Marques (2010) já estuda há um tempo para os jovens diplomados em Portugal. Para ela, diante da desregulamentação do mercado de trabalho, da privatização, individualização e flexibilização das relações de trabalho. Como consequência, que atinge diretamente os jovens, ocorre tensão entre “emprego para a vida” e “empregabilidade para a vida”, substituição do termo “trabalho” pelo de atividade”, contribuindo para uma reconversão ideológica de sacralização do mercado de trabalho.

Assim, o jovem recém diplomado comporta-se estrategicamente, pois na busca do primeiro emprego ele é testado pelos “saberes e qualidade”. Ele lança mão de todos os meios, sendo necessária a qualificação profissional, pois o que prevalece é o um sentimento de insegurança no emprego e de receio do desemprego, o que contribui para reforçar a disposição de desenvolvimento pessoal.

Esses aspectos remetem às encontradas no programa de residências. A própria inserção na residência pode ser considerada como um dessas essas estratégias abraçadas pelos jovens recém-formados. Na medida em que a residência é um programa mantido pelo governo, não consegue fazer a mediação no mercado de trabalho, para os jovens recém-formados é um investimento na qualificação, tentando ampliar suas chances de ingresso no mercado de trabalho. No entanto, não têm garantia nenhuma de serem absorvidos pelo mercado, visto que além da graduação, a residência já é vista como o mínimo exigido

enquanto formação/qualificação. Diante de tantas dificuldades, as (os) jovens de modo geral, como aponta Linhares [2013?], vivem a transição escola-trabalho de forma mais tensa:

A maioria dos jovens coloca a necessidade de fazer especialização ou aprimoramento, como eles dizem. Enfim, uma pós-graduação capaz de lhes garantir a dita “empregabilidade”: “Para ter um bom emprego, você precisa estar se atualizando, continuar se aprimorando, para ter uma boa oportunidade”. Mas a escolha do aprimoramento continuado ou cursos de especialização e pós-graduação tornou-se a versão atual do alongamento da escolarização, não apenas como a alternativa mais recorrente dos jovens diante do desemprego, mas como necessidades de qualificar-se melhor para acesso a certos postos de trabalho melhor remunerados, que não são para todos (p.7)

Desta forma, a estratégia do alongamento da escolarização está na direção da: “qualificação para empregabilidade”. De acordo com Tartuce (2007) o uso do conceito de “empregabilidade” foi retomado para sistematizar sobre saídas para o desemprego, que passa a ser entendido como:

“A capacidade de manter-se e/ou encontrar novas oportunidades ocupacionais no mercado de trabalho, o conceito permite que se vejam as estratégias que os indivíduos desenvolvem na busca por uma ocupação, em termos de formação profissional, acionamento de redes pessoais, etc. (TARTUCE, 2007, p. 78).

Além disso, o alongamento da escolarização e o estreitamento das oportunidades de emprego também se associam diretamente com o modelo de educação voltado para o trabalho, de acordo as exigências postas pelo mercado. Voltemos um pouco na história da educação para os trabalhadores.

Em um contexto de crescente desemprego, precariedade das relações de trabalho, de um mercado de trabalho segmentado, com modernização tecnológica, novas relações de trabalho surgindo, necessita-se pensar em um tipo de trabalho mais qualificado, o que requer a “requalificação” dos trabalhadores (TARTUCE, 2007). Nesse contexto, a formação dos trabalhadores passou a se basear em teorias qualificantes que se originaram na teoria do capital humano em 1950¹⁵. Essas teorias priorizam o indivíduo que busca se qualificar, e adquirir habilidades que o tornem polivalente, pois esta condição lhe propiciará oportunidades futuras de emprego e sobretudo mobilidade social (FRIGOTTO, 2001).

Nesse período, ainda sob o modelo de regulação fordista, a qualificação permitia a classificação profissionais, hierarquizando-os pelo diploma, cargo, salário estável e tempo de

¹⁵ Pesquisas realizadas por Teodoro Schultz (1973) originaram a “teoria do capital humano”, dando base à crença de que haveria duas maneiras de ser capitalista: uma detendo a propriedade privada dos meios e instrumentos de produção e a outra investindo em educação e treinamento. A base positivista e funcionalista desta noção evade as determinações que produzem a desigualdade econômica, social, cultura e educacional. Assim, os países pobres e os pobres têm menos escolaridade e de pior qualidade porque não querem investir em educação ou não investem porque são pobres e mantidos por relações sociais desiguais? Trata-se, pois de uma noção que reduz a sociedade a um conjunto de fatores, o trabalho a sua forma abstrata de trabalho alienado, o ser humano e um fator de produção e a educação um bem mercantil (FRIGOTTO, 2012, p. 9-10).

formação. Os conhecimentos formais eram valorizados, validados e codificados, ou seja, havia equilíbrio entre nível de formação e nível de qualificação.

Após a crise desse modelo, a qualificação passa a ser entendida como “conjunto de capacidades para enfrentar a complexidade e imprevisibilidade do novo e assim deixa de ser categoria negociada coletivamente e se transforma em competências avaliadas individualmente e por cada empregador” (TARTUCE, 2007, p.359). Nesse mesmo sentido, Ramos (2001), observa que nesse momento, o conhecimento formal adquirido academicamente começa a ser posto em xeque, e surge a necessidade de construir saberes a partir das experiências que o sujeito enfrenta, seja no trabalho, na vida em geral e na escola. Firma-se então a disputa entre qualificação e competência, em que esta última, mobilizaria sujeitos com para cumprir esses propósitos.

Nesse contexto, portanto, que segundo Ramos (2001, p.20), uma das tendências da noção de competência que ganha força é a que está alinhada com a teoria do capital humano citada acima. Esta, baseada em pedagogia por objetivos, “em uma ideologia conservadora e da eficiência social, a psicologia condutivista e o propósito de servir às necessidades específicas da indústria”¹⁶.

Mas no Brasil, só na década de 1980/1990 que essa nova perspectiva sobre qualificação ganha força, sendo (re)utilizada em combinação com conceitos como empregabilidade, empreendedorismo e especialização flexível para sustentar a ideia de que o país, para ser mais produtivo e competitivo, necessitaria de uma mão de obra mais qualificada (TARTUCE, 2004; VIEIRA e CHINELLI, 2013).

Segundo Tartuce (2007), até a década de 1990 a noção de competência não tinha muita evidência nos campos do trabalho e da educação. Zarifian¹⁷ se propõe a conferir um

¹⁶ Para maior aprofundamento ver: RAMOS M. Qualificação, certificação e competências: visão educacional. *Formação*. Revista do Profae, 1(2):17-26, 2001 e RAMOS, M. A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação. São Paulo: Cortez, 2001.

¹⁷ Sociólogo francês que introduz o conceito de competência, na literatura francesa dos anos 1990. O autor foca em três mudanças principais no mundo do trabalho que justificam a emergência do modelo de competência para a gestão das organizações: primeiro, a noção de imprevisibilidade, isto implica que a competência não pode estar contida nas pré-definições da tarefa, o trabalhador precisa estar sempre mobilizando recursos para resolver as novas situações imprevistas; segundo, a comunicação, que significa entrar em acordo sobre objetivos organizacionais, partilhar normas comuns para a sua gestão; e a terceira, a noção de serviço, atender um cliente externo ou interno da organização precisa ser central e estar presente em todas as atividades. Mas no caso brasileiro, esse debate emerge na discussão acadêmica fundamentado inicialmente na literatura americana, pensando-se competência como algo que o indivíduo tem, com a introdução de autores franceses como Le Boterf, Zarifian, e de autores ingleses como Jacques Delors e seus seguidores (Billis e Rowbottom, Stamp e Stamp), que contribuem para o enriquecimento conceitual e empírico, gerando novas perspectivas e enfoques. Assim, para estes autores, o trabalho “não é mais o conjunto de tarefas associadas descritivamente ao cargo, mas se torna o prolongamento direto da competência que o indivíduo mobiliza em face de uma situação profissional cada vez mais mutável e complexa. Esta complexidade de situações torna o imprevisto cada vez mais cotidiano e rotineiro” (FLEURY e FLEURY, 2001).

caráter mais científico, a partir de um olhar multidimensional, evidenciando dois aspectos principais: primeiro, na capacidade do indivíduo agir na imprevisibilidade aliada aos conhecimentos adquiridos e segundo, na valorização e reconhecimento social dessas competências. Assim, competência é tomada como responsabilização do trabalhador pela aquisição de sua qualificação. Atualmente, podemos entender a noção de competência como:

“Derivada das relações sociais concretas de ultraindividualismo, desmonte dos diretos sociais e coletivos e de políticas universais. Vincula-se a uma visão mercantil e ao trabalho flexível, instável e precário. O trabalhador deve buscar competências que o mercado de trabalho exige ou adaptar-se a elas” (Frigotto, 2011, p. 27).

Essas concepções configuram a ideologia da formação: “o trabalho metamorfoseia-se em “trabalhabilidade ou laborabilidade” e a noção de emprego em “empregabilidade”, os direitos conquistados em desregulamentação e flexibilidade, e a qualificação transmuta-se em carteira de competências e habilidades” (FRIGOTTO, 2012, p. 12). Desta forma, é o modelo de competências completamente alinhado aos princípios tayloristas/fordistas de trabalho anteriormente descrito. É a formação contemporânea do trabalhador voltada para conformá-los psicologicamente ao meio material e social, através de mecanismos adaptativos do comportamento humano, as competências cognitivas, sócio-afetivas e psicomotoras, por meio das quais os indivíduos constroem seu conhecimento (RAMOS, 2003).

Cabe ainda destacar que o conceito de qualificação, como destacado por Tartuce (2004), nem sempre foi compreendido dessa forma. Na verdade, não há consenso sobre seu significado. Recuando até o pós-guerra, cabe destacar as contribuições de Georges Friedman e Pierre Naville, autores pioneiros na discussão sobre o tema na partindo da realidade francesa. Friedmann relaciona a qualidade do trabalho centrada no saber e no tempo de formação do trabalhador (visão substancialista), já Naville apresenta a visão relativista, entendendo que a qualificação é fruto das relações sociais, políticas e culturais, aí incluídas as que se estabelecem entre o trabalhador e o empregador, e entre os trabalhadores com o mercado (TARTUCE, 2004).

Assim, para Naville apud Tartuce (2004), a qualificação não pode ser entendida como coisa ou atributo. Ela é mais ampla do que a competência, ela deve ser compreendida como uma relação histórica e social complexa, porque põe em jogo algumas operações técnicas e a estimativa de seu valor social:

A qualificação não pode jamais ser apreendida nela mesma. Ela se apresenta sempre como uma relação, e uma relação de elementos múltiplos(...). Fundamentalmente, *é uma relação entre algumas operações técnicas e a estimativa de seu valor social*, e esta parece ser a visão sociológica mais abrangente que dela se pode ter (Naville, 1956, apud Tartuce, 2004, p. 129).

Nessa perspectiva, é necessário distinguir o que se pensa sobre qualificação para o posto de trabalho e qualificação do trabalhador. Nas reconfigurações do processo de trabalho, o salariado dissocia o trabalhador do seu trabalho, ou seja, as técnicas ganham mais valor e autonomia do que a relação do trabalhador com os materiais, ferramentas e produtos. Desse modo, a qualificação do trabalhador volta-se para a formação que o indivíduo mobiliza para realizar as tarefas e o quanto ela incide sobre o que ele precisa mobilizar para se aperfeiçoar, continuar sua escolarização com o objetivo de se enquadrar no posto requerido. E é desta forma, que o mercado passa a avalia-lo, considerando-os como qualificados ou desqualificados para tal função (TARTUCE, 2004).

Assim, a noção de qualificação associada à noção de competência que hoje se estabelece, confere “à educação o papel de adequar psicologicamente os trabalhadores às relações sociais de produção contemporâneas, o que denominamos de “psicologização das questões sociais” (RAMOS, 2003, p.3). A competência é tida apenas como atributo e qualidade, ela deve ser mobilizada para além dos saberes sistematizados e das aquisições cognitivas. Ela confere apenas uma dimensão individual que compõe a qualificação, mas esta necessitaria de valorização, conferindo uma dimensão social (TARTUCE, 2004; RAMOS, 2001).

A qualificação precisa ser compreendida a partir do local onde se concretizam as representações sociais sobre o trabalho e a sua realização no mercado trabalho. Portanto, ela dá conta dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais presentes na classificação e na hierarquização dos empregos e das profissões, o que confere o caráter essencial defendido por Naville (TARTUCE, 2004).

Dois pontos, portanto, tornam muito claro atualmente sobre o entendimento da qualificação: o primeiro é que ela é mais compreendida a partir da necessidade de qualificar o trabalhador, sem, contudo, relaciona-la com os conflitos existentes entre o que seria a qualificação adquirida pelos indivíduos e as qualificações requeridas pelo mercado para satisfazer as suas necessidades; a outra é que não se pode ter a ingenuidade que o mercado é resultado das conquistas individuais, como bem alerta Tartuce:

“Ele (o mercado) possibilita analisar como os atributos dos sujeitos – as formas como eles são valorizados socialmente – aumentam ou diminuem suas chances de re-inserção no mercado: a empregabilidade, mais que mera capacidade individual, deveria ser apreendida como uma construção social, [isto é], o resultado da interação entre estratégias, individuais e coletivas, tanto dos que buscam trabalho assalariado, quanto daqueles que o empregarão” (2007, p. 79).

E mais, a contradição da qualificação defendida pelo mercado se explicita principalmente nos cenários de crise do emprego que estamos vivendo:

“se pessoas “qualificadas” não encontram lugar no mercado de trabalho, isso nada mais significa que elas estão “desqualificadas”, já que “certas qualificações sem emprego (como é o caso de ‘diplomados’ que não encontram o gênero de trabalho ao qual o diploma parece permitir-lhes pretender) cessam de ser, então, socialmente, qualificações” (Naville, 1956,p. 130 apud TARTUCE, 2004, P. 377).

Assim, podemos chegar à conclusão que os programas de residência, constituem uma política pública para qualificar os jovens para o mercado de trabalho, conferindo a fluidez das qualidades requeridas para um posto de trabalho. Passa longe de ser uma qualificação para o trabalho que valoriza a formação tanto no nível individual, quanto na dimensão social que permeiam as relações do trabalho em uma determinada conjuntura concreta e histórica.

2

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O TRABALHO EM SAÚDE: o caso das residências em área profissional da saúde

Como apresentado brevemente no capítulo anterior, a ampliação dos postos de trabalho em saúde esteve associada a formulação de políticas e programas instituídos pelo governo que visavam a expansão do acesso ao Sistema Público de Saúde. Essa ampliação colocou como necessidade a condição da qualificação para os trabalhadores, que foi abordada a partir da perspectiva mais geral das transformações políticas e econômicas e suas repercussões no mundo do trabalho. Nesse segundo capítulo cabe, portanto, um breve resgate histórico das políticas e programas do campo saúde que pautaram a construção da formação do trabalhador da saúde.

2.1 Primeiros passos do programa de residência alinhado a política de formação do trabalhador em saúde

O caminho pautado para a formação do trabalhador em saúde pode ser compreendido a partir de um recorte histórico com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), um marco na área da saúde, momento que se concretiza a conquista do Sistema Único de Saúde (SUS). Os princípios políticos e conceituais do processo de transformação do campo da saúde foram definidos e posteriormente defendidos na Constituinte de 1988, resultando na lei Orgânica da Saúde (lei nº 8.080) que institucionaliza o SUS em 1990 (PAIM, 2009).

Como um dos produtos dessa conferência para a formação dos trabalhadores em saúde, recomendou-se a realização da Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS)¹⁸, que teve como tema central “A Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”¹⁹, a qual foi realizada no mesmo ano²⁰ (VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011).

¹⁸ “Para Mendes-Gonçalves (1993) apud VIEIRA; CHINELLI; LOPES (2011, p. 79), recursos humanos em saúde é tudo o que se refere aos trabalhadores do setor na sua relação com o processo histórico de construção com SUS”.

¹⁹ Neste cenário se entrecruzam dois projetos em disputa no modelo de atenção à saúde: o Projeto Privatista e o Projeto de Reforma Sanitária (BRAVO, 2006 apud BRUNHOLI, 2013).

Esta conferência é um marco para que as questões relativas ao trabalho e formação em saúde ganhassem destaque. As reivindicações dos trabalhadores referentes a inúmeros aspectos foram apresentadas: reorganização das suas práticas e das bases jurídico-legais, a falta de incentivo para a qualificação profissional, a visão burocrática da área de recursos humanos, a baixa remuneração dos trabalhadores, condições desfavoráveis de trabalho, a existência de relações de trabalho diferenciadas no que se referia a níveis salariais, carga horária, níveis de autonomia no processo de trabalho e os conflitos relacionados a esse elenco de problemas (VIEIRA et al, 2005 apud CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011). No entanto, com relação à formação, foi apenas colocado a necessidade de articular centros formadores de pessoal para a saúde com as instituições que prestam serviços, buscando formar profissionais atentos à realidade social para oferecer um serviço de qualidade (PASSINI, 2010).

O debate formação em saúde para os trabalhadores avança apenas na II CNRHS, realizada em 1993. O tema formação começa a ser questionado: “quem está formando? Para quem está formando? Para quem está formando?” (BRASIL, 1994, p. 14 apud PASSINI, 2010). O relatório dessa conferência sinaliza um aspecto importante no campo da formação: “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 o projeto de implementação do Sistema”²¹. Bem como, ressaltou que a gestão do sistema conduzisse a formação de profissionais com visão integral, comprometimento social e formação geral e a atuação de equipes multiprofissionais nas unidades do SUS (BRASIL, 1992 apud BRUNHOLI, 2013).

²⁰ A noção de recursos humanos para área da saúde começa a ser associada na década de 1950, com o surgimento das análises sobre formação médica estimuladas pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), mas considera-se que somente nos anos 1960 se iniciam os estudos que buscam identificar a força de trabalho inserida no setor e que abordam a falta e a distribuição inadequada de trabalhadores de saúde e a necessidade de medidas voltadas para a sua capacitação. O tema passa a estar presente nos debates da III e IV Conferência Nacional de saúde e em 1975 é criado o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS). A partir deste foi possível a estruturação da área de RHS em articulação com a formação de sanitaristas, viabilizada nos diversos estados brasileiros, por intermédio de cursos descentralizados de saúde pública. Assim, a década de 1970 marca o início do processo de institucionalização no país da área de RHS (VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011).

²¹ Note-se que a Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080 aprovada em 1990 já apresentava dois objetivos relacionados a formação dos recursos humanos: “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” e “valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde”. A lei também determina a criação de Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, visando a dar conta da necessidade de interferência nos modos de formação de profissionais para o Sistema de Saúde proposto (Brasil, 1990^a apud CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011; PASSINI, 2010).

É nesta conferência que o tema Residência²² aparece pela primeira vez entre as propostas apresentadas relativas às políticas de preparação e gestão de recursos humanos para a saúde:

- 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 Intersectoriais de Recursos Humanos (BRASIL, 1994, p. 27 apud PASSINI, 2010, p. 55).

- A programação do ensino em conjunto com os profissionais dos serviços onde se desenvolvem aquelas atividades, de forma que a docência, nos serviços, possa ser feita também pelos profissionais da rede, estabelecendo para estes uma gratificação adicional (BRASIL, 1994, p. 27 apud PASSINI, 2010, p. 55).

Percebe-se, portanto, que as necessidades de formação do trabalhador estão relacionadas diretamente ao processo de trabalho, ao aprendizado na prática, sendo o serviço em saúde visto como potencializador desse aprendizado, e a residência é colocada como essa possibilidade de formação. Outra necessidade voltava-se para a tentativa de mudar o enfoque do modelo de atenção, que pautava a formação desses trabalhadores, baseado no modelo flexneriano, hospitalocêntrico, para um novo modelo científico, biomédico, mas social, que tivesse por finalidade fundamentar um novo paradigma educativo em função do indivíduo e da sociedade (PASSINI, 2010).

O descompasso entre formação, serviço e modelo de atenção começa a ser evidente. Assim, em 1994 é criado no âmbito dos serviços de saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) resultante do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS). Esse programa se baseia em um novo modelo assistencial, com foco na atenção primária e na promoção da saúde familiar, com mudança da ênfase individual para a coletiva e familiar. Com o tempo esse programa passa a exigir cada vez mais, por um lado, demandando quantitativamente mais profissionais, e por outro exigindo das universidades um novo perfil de profissional. De acordo com Da Ros et al (2006, p. 105):

“Evidencia-se uma das contradições de formação de Recursos Humanos (RH) em saúde: se não mudar o sistema, não mudará a Universidade. Entretanto, a Universidade só muda se o sistema for diferente. O problema consiste no fato de que o sistema precisa de novos profissionais que não existem, então, ele também não tem possibilidades concretas de mudar. Cria-se um círculo vicioso de difícil solução”.

Ficava perceptível a falta de convergência entre as necessidades do sistema de saúde e as propostas do setor educacional, posto que os currículos da formação de profissional de

²² Nesse período os programas de residência estão praticamente parados, conforme descrito no processo de institucionalização dos programas de residência no tópico 2.3.

nível superior da área da saúde, demonstravam inadequações de conteúdo e de práticas pedagógicas para o exercício de atividades que envolviam a pluralidade das necessidades do sistema de saúde (PIERANTONI, 2001, p. 16 apud PASSINI, 2010).

Neste sentido, o MS encara a qualificação profissional dos trabalhadores como desafio para superar esse hiato entre formação e trabalho nos serviços de saúde. E em 1995 lança o documento: “SUS: política de recursos humanos em saúde – prioridades para a ação dos gestores do SUS”. Nesse documento constava que o MS deveria ter como uma de suas atribuições para o campo dos recursos humanos em saúde: “mobilizar representações de trabalhadores e prestadores de serviços em torno da formulação de acordos ou compromissos que apontem para a qualificação profissional e para a qualificação do trabalho” (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011).

A década de 1990, se encerra apresentando um receituário para a formação profissional norteada pelas políticas neoliberais que exigiam do trabalhador encarar a exploração flexível como condição natural de trabalho, bem como disposição para correr riscos, lidar com a incerteza e reorganizar continuamente o exercício de suas atividades. Predominava na época o incentivo ao treinamento em serviço, em detrimento de uma formação teórico-prática que de fato qualificasse os trabalhadores para lidarem com a complexidade das ações de cuidado em saúde (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011).

E é nesse contexto, que os programas de residência voltam a ser evidenciados nas políticas governamentais. Em 1999²³ retoma-se os programas de residências multiprofissionais, que apresentam esse caráter de tentativa de formação em serviço, ou treinamento em serviço como denominado nas portarias. A política de Recursos Humanos consolidada em 2000 através da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS)²⁴ coloca que:

“Deve-se 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 área de abrangência (do município ou do estado), de acordo com as necessidades locais” (Passini, 2010, p.59).

²³ Esse aspecto do programa será melhor descrito no tópico 2.3.

²⁴ Esta é entendida como um instrumento que busca consolidar a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde. A última versão do documento, elaborada em 2002, define os princípios básicos e as diretrizes que devem nortear a política de recursos humanos em saúde no país (VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011).

2.2 A Política Nacional de Educação Permanente: a formação dos trabalhadores nos serviços de saúde

Na década de 2000 assume o governo o presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), que proporciona transformações políticas, influenciando diretamente nas mudanças que passam a ocorrer na condução das políticas de saúde. O MS é assumido pelo deputado Humberto Costa, que coloca como prioridade na agenda a questão dos trabalhadores da saúde, enfatizando que deveriam ser equacionadas as graves distorções na área de recursos humanos do SUS. Nesse mesmo ano, no âmbito do MS, é criada a SGTES, esta passa a ficar encarregada das questões relativas à gestão, capacitação e formação de recursos humanos (VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011).

Esta secretaria é composta por dois departamentos: Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) que fica responsável por formular as políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde nos níveis técnico e superior do SUS, e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) que trata das relações de trabalho e se baseia na concepção de que a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e a eficiência do SUS (VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011).

Assim, uma das primeiras políticas que esse novo governo lança, pensando na formação e qualificação do trabalhador é a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) através da portaria GM/MS nº 198 de 2004. Esta vem com o intuito de transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, a implementação de processos formativos e de práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (PASSINI, 2010).

Em 2005, é lançada também a Portaria Interministerial nº 2.118 que institui parceria entre o Ministério da Educação e da Cultura (MEC) e o MS, para cooperação técnica na formação e no desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde (PASSINI, 2010). Em relação à integração academia e serviços de saúde, sinaliza-se o esforço de articular o processo de formação na educação superior da saúde, visto que um dos objetivos colocados era:

“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 SUS, com as DCNs e com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES)” (PASSINI, 2010, p.62).

Objetivo este que ia ao encontro das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para cursos de graduação em saúde:

“Pelo fato de induzir maior articulação das Instituições Ensino Superior (IES) com a sociedade, e concretizar a relevância social da ação acadêmica. Na área da Saúde, as DCNs reforçam a necessidade de orientar a formação profissional em seu trabalho no Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2007b, p. 9 apud PASSINI, 2010, p.62)

Nesta direção, os programas de residência, enquanto formação e qualificação para trabalhador reaparecem na agenda governamental. Em 2006 com a III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde²⁵, as residências multiprofissionais ganham destaque como espaços importantes de construção desse trabalhador que atenderiam as necessidades do SUS. Assim, enfatizou-se seu caráter formador:

“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. Apresentando proposições para este formato:

- Ampliar em 70% a oferta de cursos de pós-graduação lato sensu e strictu sensu 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.50-52 apud BRUNHOLI, 2013).

Por conseguinte, no caminho de estruturar e fortalecer a PNEPS, a residência (Programa de Residências em Área Profissional da Saúde nas modalidades multi e uniprofissional, lei nº11.129 de 2005) ganha maior espaço dentro da política. Torna-se, institucionalmente, um programa de educação permanente em saúde por propiciar essa condição de articulação entre as instituições de ensino e os serviços em saúde com caráter formador dos profissionais já em atuação. Mas outras ações de implementação da EPS foram também sendo incorporadas a política, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró Saúde (Portaria Interministerial MS/MEC nº

²⁵ “Logo que foi criada a SGTES, um dos objetivos foi superar o conceito de Recursos Humanos em Saúde, visto que o termo “Recursos humanos” encontra-se associado a uma perspectiva pouco humanizada e pouco clara do que de fato é a área da saúde. Está associado a outros recursos [que] tomam o recurso humano como uma peça a mais de um processo. “Nós achamos o termo ruim, não representa o que é de fato. Assim, sugerem que o remédio para a rigidez e a ineficiência da administração pública seria um novo formato de “gestão”, buscando inovações nos processos de gestão, horizontalizando as funções de gerência, (re)nomeando e (res)significando a gerência de recursos humanos para a gestão de pessoas, no sentido de “humanizar” a área e valorizar o capital humano e, ao mesmo tempo, buscar qualidade, produtividade e competitividade” (Entrevistas de Maria Helena Machado, diretora do Degerts/ SGTES/MS de 2003 a 2010. Ver mais no capítulo: O trabalho e a educação na saúde: a “questão dos recursos humanos, p. 79-118, VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011).

309/2007) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde (Portaria nº 421/2010), voltados para a graduação em saúde; e o Programa Telessaúde Brasil–Telessaúde (Portaria nº 2.546/2011) para os profissionais já em atuação.

No entanto, a condução e execução dessa política começa a sofrer alterações²⁶ principalmente em 2007, com a portaria GM/MS nº 1.996, que define distintas diretrizes e estratégias para a sua implementação. Buscava-se maior adequação às diretrizes operacionais e maior vinculação às instâncias de pactuação e de controle social do SUS. Neste sentido, a SGTES passou a conduzir a política a partir dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs), por meio dos Planos de Ação Regional (PARs). E, para tentar integrar as ações entre a academia e os serviços de saúde na formação de trabalhadores através da PNEPS, passou-se a contar com as Comissões de Integração Ensino/Serviço (CIES)²⁷, que promoviam a articulação loco-regional entre a educação e o trabalho (VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011).

Este novo arranjo também é resultado do Pacto pela Saúde (portaria/GM nº 399) aprovado em 2006. Para o campo da gestão do trabalho e da educação em saúde, o Pacto propõe o MS enquanto formulador das diretrizes de cooperação técnica para a gestão do trabalho e da Educação em Saúde, baseada na educação permanente como parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS (BRUNHOLI, 2013).

O pacto inaugura uma nova forma de gerir a política, aproximando a política das demandas locais. No entanto, ao mesmo tempo há a imaturidade dos colegiados locais, com baixa execução dos orçamentos destinados à educação em saúde. Entra em cena a preocupação com a institucionalidade da política em detrimento da educação permanente atrelada ao eixo de integração ensino-serviço como espaço de aprendizagem (TEIXEIRA et al., 2012 apud SANTOS, 2016).

Portanto, concorda-se com Santos (2016), que esse período de 2006-2010 as políticas de gestão da educação em saúde continuaram a não problematizar a relação da educação e do trabalho e prioriza pelo:

“Afastamento direto dos envolvidos no processo de formação (gestores, estudantes, instituições formadoras, trabalhadores e serviços de saúde) dos espaços de discussão. Perde-se o caráter de fórum, a participação se dá através das instâncias institucionais. Permanecendo para os recursos humanos em saúde os desafios que se agravam num contexto de flexibilização de direitos trabalhistas e aumento das taxas de desemprego, onde são exigidos do trabalhador “novas competências” (p.76 e 78).

²⁶ Mas no âmbito político, as mudanças começam desde 2005, devido as mudanças políticas na SGTES decorrente das alterações no MS, em que assumiu o ministro o Saraiva Felipe, então deputado federal pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) no lugar do Humberto Costa (PT) (VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011).

²⁷ A CIES é um dos espaços em que a PNEPS passa a se adequar a novos arranjos institucionais, mudando a forma de planejar e decidir as ações referente a política (SANTOS, 2016).

A continuidade de execução dessa política foi semelhante ao avaliado por Santos (2016) para o período até 2010. Ao longo desses anos, a PNEPS foi cada vez mais perdendo forças localmente, visto que o próprio MS continuava a demandar cursos verticais, estabelecendo linha de diretrizes em desacordo com as necessidades, bem como os recursos da política foi sucessivamente reduzido em detrimento de outras prioridades (CARDOSO et al, 2017).

A avaliação da Política de Educação Permanente do SUS implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde até o ano 2015, realizada pelo ObservaRH/IMS-UERJ demonstra que a maioria dos Estados dependiam dos recursos federais para a execução das ações. Essa dependência agravou-se em 2012 com a suspensão, pelo MS, do repasse automático e passa a ser pela modalidade de financiamento por projeto (OBSERVARH, 2016).

Fato é que os serviços de saúde ainda apresentam frágil estruturação no que se refere à educação e formação e, por outro lado, depende das instituições de ensino em formatar projetos a serem submetidos. Os programas de residência também acabam sendo submetidos enquanto projetos das instituições de ensino superior com o serviço identificado apenas como um parceiro para executar o programa. Isso demonstra a ausência de construção conjunta entre formação e serviços de saúde.

Esse hiato é visualizado nos resultados da avaliação realizada pelo ObservaRH (2016), onde os estados reconhecem como as principais estratégias e propostas para a área de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, o PROFAPS, Telessaúde e Pet-Saúde, a Educação Profissional de Nível Técnico, Pró-Saúde e o ProgeSus. A estratégia Ver-SUS é a menos conhecida e a menos indicada, e o programa de residência em saúde nem aparece como uma estratégia.

Em 2017, na “tentativa” de superar a desestruturação desta política, o MS, através do DEGES iniciou um processo de reestruturação e revisão da PNEPS. Como parte desse processo, foi lançado em setembro de 2017 o Laboratório de Inovações em Educação na Saúde com ênfase em Educação Permanente, que tem por finalidade identificar, valorizar e dar visibilidade às experiências dos territórios no âmbito da PNEPS, desenvolvidas de forma individual e/ou colaborativa pelos atores do SUS. Foi lançado também, o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente no SUS (PRO EPS-SUS), instituído pela Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, que tem por objetivo retomar o

processo de implementação das ações da PNEPS, que inovará repassando o incentivo financeiro direto aos municípios (MS-DEGES, 2017).

Diante de tantos entraves, hiatos e distorções na condução das políticas e programas voltados a formação dos trabalhadores da saúde, incluindo o Programa de Residências em Área Profissional da Saúde nas modalidades multi e uniprofissional, fica evidente o descompasso entre formação e a realidade dos serviços em saúde. Percebe-se ainda que os esforços governamentais encontram-se restritos as ações de preencher lacunas administrativas e ações pontuais que podem resolver problemas locais de financiamento. Mas permanecerá as distorções de gestão em todos os âmbitos, e principalmente e mais grave, a necessidade de repensar o modelo de educação para os trabalhadores.

Enquanto a possibilidade de formação estiver restrita a “qualificar” os profissionais através de programas que continuam pontuais, para a adequação aos serviços de saúde, o equívoco continuará o mesmo. Ou seja, os serviços continuarão executando ações pontuais mesmo diante do desmonte das condições de trabalho e dos próprios serviços, enquanto o governo segue “achando” que através dessas ações está promovendo uma reestruturação da EPS, dentro de um sistema público de saúde que está quase desmontado.

2.3 O programa de residência em área profissional da saúde nas modalidades multi e uniprofissional

Diante do contexto previamente apresentado, esse tópico apresenta os aspectos que permitem compreender mais profundamente o processo histórico de desenvolvimento do programa em estudo, desde sua concepção, regulamentação, organização até os movimentos de tensões, que marcam mudanças, reorganização e consolidação do mesmo.

2.3.1 O processo de Institucionalização

O termo residência enquanto modalidade de ensino tem origem na formação da categoria médica, quando surgiram os primeiros programas, fazendo alusão a residir no local, ou seja, o residente deveria morar no hospital enquanto estuda, estando disponível integralmente. Esse modelo de formação inicia-se nos hospitais Norte-americanos, que passam a conceber a formação médica a partir do aprendizado na prática intensiva hospitalar (FEUERWERKER, 1998 apud DALLEGRAVE, 2008; ABIB, 2012; ANDRADE, 2015).

Importa salientar que esse modelo de ensino tem referência na reforma de ensino em saúde proposta por Abraham Flexner em 1910. Este modelo reorganizou as escolas médicas na época a partir de dois princípios centrais: as escolas médicas deveriam ser construídas nas universidades e os programas de ensino deveriam ter uma base científica (PAGLIOSA E DA ROS, 2008).

O modelo consistia em algumas premissas: um rigoroso controle de admissão; currículo de quatro anos; divisão do currículo em um ciclo básico de dois anos, realizado no laboratório, seguido de um ciclo clínico de mais dois anos, realizado no hospital; exigência de laboratórios e instalações adequadas. Características que evidenciam a centralidade do modelo biomédico e o hospital como a principal instituição de transmissão do conhecimento médico (PAGLIOSA E DA ROS, 2008). Esse é o modelo de formação hegemônico, hospitalocêntrico e fragmentado presente na maior parte das escolas de saúde além das médicas, que, por conseguinte influenciou a criação do modelo de formação em residência.

Retomando o processo histórico, as residências médicas chegam ao Brasil, na década de 1940, orientadas por médicos brasileiros que haviam completado sua formação como residentes em hospitais Norte-americanos, tendo como premissa básica de formação profissional médica o aprendizado através da prática hospitalar (ANDRADE, 2015).

Segundo Fuerwerkwer (1998) apud Silva (2013) as residências médicas começam a ter um boom na década de 60, quando se altera o quadro de saúde-doença em virtude do contexto socioeconômico. Passa-se a valorizar a especialização, remunerando melhor o médico especialista, que era pago pelo Governo visando o desenvolvimento tecnológico, que necessitava de profissionais especializados.

Influenciadas por este contexto, as outras áreas da saúde como, Enfermagem, Medicina Veterinária e Odontologia, criam os primeiros programas uniprofissionais de residência na década de 60. Têm-se registro que, por exemplo, o primeiro programa de Residência em Enfermagem foi criado em 1961, no Hospital Infantil do Morumbi, da Legião Brasileira de Assistência (LBA), em São Paulo (SILVA, 2013).

As residências multiprofissionais em saúde igualmente influenciadas pelas residências médicas, tiveram origem a partir do Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva e Social (PARMPS), em conjunto com o Treinamento Avançado em Serviço, desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), ao qual estavam ligados profissionais de diferentes áreas, no ano de 1977. Muitas outras residências foram criadas a partir desse modelo até final da década de 1970, a exemplo, os programas criados pelos estados de Pernambuco e Rio de Janeiro (DALLEGRAVE, 2008).

Nessa conjuntura, o setor saúde passa por um período marcado pela disputa de modelo de atenção à saúde, visto que a partir das políticas adotadas pelo Governo da Ditadura Militar se instala um poderoso complexo médico-industrial, financiado principalmente com o dinheiro público do Ministério da Previdência e Assistência Social–Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (MPAS/Inamps). Este modelo originário da lógica de formação flexneriana (DA ROS et al, 2006) levou, segundo Rosa e Lopes (2010) ao fechamento de muitos programas no período.

Movimentos sociais, professores, pesquisadores e estudantes passam a lutar em defesa dos direitos sociais e a se contrapor a essa política adotada, constituindo assim o Movimento da Reforma Sanitária (MRS). O movimento junta-se em torno das seguintes bandeiras: luta contra a ditadura; contra o complexo médico-industrial; e a favor da organização de um sistema de saúde hierarquizado e de um Sistema Único de Saúde, que unisse a medicina previdenciária com a saúde pública do Ministério da Saúde. Assim, o MRS foi um grande influenciador na criação dos programas multiprofissionais²⁸ (DA ROS et al, 2006).

No período seguinte (1985) com a redemocratização da política no país, abre-se espaço de luta e conquistas para o MRS. É um momento de institucionalização do SUS através leis orgânicas da saúde (8.080 e 8.142/90), que traz fortemente a tentativa de implementar um outro modelo de atenção, baseado na seguridade social. Supondo uma sociedade solidária, democrática, e movida por valores de igualdade e equidade, passa-se a valorizar a Atenção Básica e a Saúde Comunitária dentro das ações políticas do governo (PAIM, 2009). Como já referido, uma dessas ações criadas refere-se ao PSF, originário do PACS, que terá fortes influências para a retomada dos programas nos anos seguintes (DA ROS et al, 2006).

Somente em 1999, no entanto, a partir do Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), do MS, e de atores sociais do Movimento Sanitário ali localizados, que se propôs articular alguns grupos interessados em criar, reavivar e reinventar os programas de residências multiprofissionais. Estes programas eram percebidos como uma estratégia de reorientação da Atenção Básica para a implantação/reorganização dos serviços públicos na lógica do SUS. As diretrizes e propostas de financiamento dos

²⁸ A partir desse ponto será evidenciada a história de criação das residências multiprofissionais, devido ser o modelo de formação proposto como “contra hegemônico” da formação dos profissionais em saúde, a qual era centrada no modelo hospitalocêntrico como exposto no início da origem das residências médicas. Para maior aprofundamento ver dissertação de Andrade (2015).

programas, no entanto, só passam a ocorrer a partir de 2001, sendo que alguns programas já estavam em funcionamento (DA ROS et al, 2006; ROSA e LOPES, 2010).

Nesse período, também a partir da articulação de vários setores sociais e movimentos, consegue-se conquistar a aprovação da Lei de Diretrizes Curriculares (LDC), garantindo-se que as universidades precisavam reorientar seu percurso na direção de formação de pessoal para a alta resolutividade clínica, com críticas reflexivas e humanistas, ou seja, formar profissionais para trabalhar no SUS (DA ROS et al, 2006).

Em 2002, o MS passa a financiar 19 programas, deixando de ser uma modalidade local e regional, para ganhar amplitude nacional. No entanto, os diversos programas aconteciam com formatos diversificados. Assim, esses programas ainda não eram regulamentados, o processo de reconhecimento da titulação obtida com estes cursos ocorria inicialmente pela instituição (Universidade) promotora, uma vez que o MEC na época reconhecia essa autonomia para as universidades, ficando ainda sem o reconhecimento das entidades profissionais (DA ROS et al, 2006).

Como apresentado no tópico anterior, com o lançamento da PNEPS, muda-se o enfoque da formação, tendo como estratégia, a adoção da educação permanente no cotidiano dos serviços, visando a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde (BRASIL, 2009a).

A SGTES representando interesse governamental, passa a difundir a nova política de educação permanente com a justificativa da necessidade de formação de trabalhadores que fossem “comprometidos” com o SUS. O programa de residência ganha força juntamente com outras experiências anteriormente referidas, como as Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil (VER-SUS), Aprender-SUS, apoio ao Fórum Nacional de Entidades Profissionais da Área da Saúde (Fnepas), refinanciamento das residências, formação de capacitadores, apoio às reformas curriculares. Todo esse conjunto de ações estava ligado à ideia de polos de educação permanente em articulações com a Rede Unida e o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis) (DA ROS et al, 2006).

No ano de 2005, a fim de resolver os impasses de regulamentação dos programas de residência, o DEGES faz uma oficina em parceria com a Rede Unida para elaboração da proposta de regulamentação das residências multiprofissionais. Esse processo contou com a participação de coordenadores de residências de vários locais do Brasil, de residentes de cinco residências, estudantes de diversas profissões da área da Saúde e a participação de um representante do MEC (DA ROS et al, 2006).

Como produto dessa oficina, foi elaborado um relatório de referência, que subsidiou a redação de uma Medida Provisória (MP 238) que criou a Residência Profissional para Área da Saúde separada da residência médica. Aproveitando-se de uma brecha na legislação nacional produzida pela instituição do Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem), através da Lei n. 11.129/2005 foram incorporados parágrafos sobre os programas, regulamentando assim a Residência em Área Profissional da Saúde, lei esta que está diluída, restando praticamente os parágrafos referentes ao programa (DA ROS et al, 2006; ABIB, 2012) (ANEXO 1).

A continuidade do processo após regulamentação das Residências enfrentou muitos obstáculos, tensões corporativas, tecnoburocráticas e políticas que marcam a época. Visto que mesmo depois de ser sancionada a Lei 11.129, foram necessários dois anos de muitas mobilizações, inclusive por parte do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para que a Portaria Interministerial nº 45 instituísse a Comissão Nacional de residências Multiprofissional em Saúde (CNRMS), esta que iria conferir mais legitimidade e permitir a regulação dos programas (ABIB, 2012).

Esta portaria aponta também alguns direcionamentos a partir de eixos formativos como concepção ampliada de saúde, integração ensino-serviço-comunidade, integração com a Residência Médica e outros níveis de formação, e, principalmente, que as residências fossem orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS. Com a instituição da CNRMS passa-se a ter diversas portarias e resoluções federais, estaduais e municipais, na tentativa de regulamentar todos os programas desenvolvidos no país (ABIB, 2012).

Após a regulamentação, os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, nas modalidades multi e uniprofissional têm se expandido em todo o país. Desde 2009 o MS começou a realizar a seleção de programas de área profissional da saúde por meio de editais de convocação e a financiar os programas aprovados de acordo com uma Comissão de Seleção articulada entre a SGTES, do MS, e a Secretaria de Educação Superior (SESu), do MEC. Com esses editais o MS também desempenha o papel de determinar quais áreas são prioritárias para a inserção desses programas levando em conta as necessidades das redes de atenção do SUS, direcionando assim o financiamento (SARMENTO, 2016).

Segundo Abib (2012) até 2008 o MS financiava 54 programas de residências em área profissional da saúde. Dados mais recentes (Sarmiento, 2016) indicam que, no ano de 2010, 59 novos programas foram aprovados nas diferentes regiões do país. Em 2011, mais 30 programas foram aprovados, em 2012 e 2013.1 as portarias conjuntas do MS/SGTES aprovaram 83 projetos, em 2013.2 esse número cresceu para 102 programas aprovados, e em

2014 46 programas foram aprovados. Ao final de seu estudo, no período que compreende de 2010 a janeiro de 2015, foram contabilizados 320 programas.

Em termos de vagas, representadas pelo quantitativo de bolsas apresentado nas portarias de homologação publicadas nos anos de 2012, 2013 e 2015, foram contabilizadas 2904 bolsas financiadas pelo MS. Desse quantitativo, a maior parte das bolsas ofertadas foi para região Sudeste (40%), seguida da região Nordeste (30%), Sul (18%), Norte (8%) e Centro oeste (2,5%), indicando que há uma concentração de programas na região Sudeste (SARMENTO, 2016).

Quanto ao perfil de programas financiados, a distribuição por áreas de concentração/temáticas, foi observado o predomínio da oferta de programas inseridos na Atenção Básica/Saúde da Família em todos os anos estudados, totalizando 140 projetos aprovados, ou seja, 43,8% de todos os programas homologados entre 2010 e 2015. Já com relação aos programas mais voltados para a modalidade uniprofissional, a área de Atenção Clínica e Cirúrgica Especializada, somou 17,5% de todos os projetos selecionados ao longo dos anos estudados. Esta concentração na modalidade multiprofissional reflete a necessidade do trabalho integrado da equipe de saúde na perspectiva da atenção à família e à comunidade, fato que ocasionou o desenvolvimento dos primeiros programas de residência multiprofissional, como demonstrado no histórico anterior (SARMENTO, 2016).

Quanto as instituições executoras de todos os 320 programas entre 2010 e 2015, foi observada a predominância de instituições executoras de natureza pública. Estas instituições, distribuídas nas esferas federal, estadual e municipal, englobando as fundações, associações, organizações sociais e autarquias, foram associadas a 265 projetos de programas de residências aprovadas, sendo a maioria na região Sudeste (134), seguida das regiões Nordeste (47) e Sul (42) (SARMENTO, 2016).

No entanto, a trajetória de regulamentação dos programas não esteve livre de tensões, divergências e lutas. Segundo Passini (2010) as tentativas de incluir os programas de residências multiprofissionais na legislação não foram tranquilas, pois havia inúmeras resistências em alguns setores governamentais, principalmente nos setores representativos das corporações médicas. E outro embate, que ainda é atual, é que desde o processo de retomada dos programas com a sua institucionalização, têm-se questionado o modelo atual de formação em que os residentes estão inseridos.

De acordo com Abib (2012) havia disputas de dois projetos diferentes, um ligado às IES e aos conselhos de classe. Voltado para Universidade, para “resolver alguns problemas” da graduação e ampliar o contato entre IES e a comunidade e, extremamente, vinculado aos

Hospitais Universitários, esse projeto pautava-se pela expressão “treinamento em serviço”. O outro projeto, construído por sujeitos do Controle Social, residentes e demais fóruns de trabalhadores na área da saúde, Escolas de Saúde Pública e alguns membros das IES, defendiam os programas de residência multiprofissionais como estratégia de “formação em serviço”. Este projeto compreendia o SUS enquanto ordenador da formação de recursos humanos para a saúde e visava maior participação nas instâncias decisórias, bem como a descentralização dessas instâncias e a interiorização das Residências.

Esse debate passou a ser constante nos espaços de luta dos movimentos sociais das residências, como o Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS), Fórum Nacional de Preceptores e Tutores (FNPT) e Fórum Nacional de Coordenadores (FNC). Repercutiu também nos espaços mais coletivos como nos Encontros Nacionais de Residências em Área Profissional em Saúde (ENRS)²⁹ e no Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Área Profissional em Saúde.

Desta forma, as pautas constantes nesses encontros, sempre estiveram voltadas ao questionamento do modelo de formação adotado nesse processo de regulamentação, conflitando com as posições contrárias da CNRMS (Ver quando Quadro 1, tópico FNRS). Assim, concordando com Abib (2012, p.33), fica o questionamento:

“Como os residentes vão ter espaço para reinventar suas práticas e conhecimentos nos processos de aprendizagem e na inserção no serviço, se ele transforma-se em apenas mais um executor de tarefas dentro da equipe, sem poder fazer os devidos tensionamentos e as trocas que caracterizam a Educação Permanente em Saúde? Que processo de subjetivação este residente teria nos dois anos de formação em serviço? Ou seria ele mais um trabalhador para suprir as faltas que o estado mínimo não cobre nos serviços públicos?”

Esse questionamento agrava-se em virtude do contexto vivenciado pelo sistema público de saúde. Como formar, como pensar em outros modelos, em outras formas de pôr em prática o processo educativo desses profissionais, considerando o desmonte do SUS? Esta realidade foi pauta central do VII ENRS realizado em agosto de 2017, que teve como tema: “Refletindo o hoje e construindo o amanhã: a organização das residências em saúde na defesa do SUS e da democracia”. Ou seja, a luta da residência em torno do modelo teve que enfrentar, antes de tudo, a sua manutenção enquanto estratégia de formação e até mesmo do próprio sistema de saúde:

“O momento que atravessamos em nosso país, nos coloca frente a uma conjuntura operada por grupos políticos que buscam efetivar um projeto societário impopular, expresso por uma agenda de revogação de direitos assegurados pelas(os)

²⁹ Os ENRS são organizados pelos fóruns, que começou no ano de 2012, e sendo realizado anualmente. Os seminários são organizados pela CNRMS, começou no ano de 2005, não tendo uma regularidade para acontecer. Para maiores detalhes, ver dissertação Abib (2012), Passini (2010) e Andrade (2015).

trabalhadoras(es) com muita luta e que atinge diretamente a formação de profissionais de saúde, em especial, as Residência (...) Os discursos do atual governo sobre a área da saúde, se restringem a atenção como equivalente à consulta médica, elemento retrógrado que recoloca a saúde nos patamares conceituais anteriores à luta pela Reforma Sanitária (CARTA VII ENRS, 2017).

No entanto, as bandeiras em defesa de melhorar os programas continuaram, como segue no quadro 1, que apresenta ainda uma retrospectiva das principais lutas apresentadas pelos fóruns de representação desde o processo de institucionalização dos programas visando contribuir com uma melhor compreensão das tensões e contradições que serão desenvolvidas posteriormente.

Quadro 1: Principais Pautas dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde pelos diferentes fóruns

Entidade/ Eventos	Composição	Principais Pautas/Temáticas	Observações
Fórum Nacional de Preceptores e Tutores	Tutores e preceptores dos programas do país	<ul style="list-style-type: none"> -Quanto ao reconhecimento e fortalecimento da função tutoria e preceptoria nos programas de residência em saúde indicam a necessidade de garantia de Carga Horária específica de dedicação aos processos formativos em serviço, com a definição de parâmetros de produtividade que considerem as atividades docentes além das assistenciais; -Necessidade de institucionalização dos Programas de Residências em Saúde nas IES, com a vinculação às Pró-reitorias de Pós-graduação ou equivalente, e nos serviços, com definição de Políticas Institucionais de integração ensino e serviço, que garantam reconhecimento, apoio e incentivo à participação na preceptoria/ tutoria, dando visibilidade aos Programas de Residências em Saúde nos Relatórios de Gestão das instituições proponentes e executoras; -Entende-se a importância da inserção dos residentes nas equipes, nomeados como tal, e não em substituição aos profissionais de saúde contratados; -Quanto à avaliação e certificação dos Programas de Residência em saúde indicamos o estabelecimento de critérios mínimos, públicos, claros e definidos com a participação dos coletivos, considerando as especificidades dos programas e das áreas de concentração; -Reitera-se a indicação da necessidade de redução da carga horária semanal dos programas de residência. 	
Fórum Nacional de Coordenadores	Coordenadores de programas do país	<ul style="list-style-type: none"> -Solicitar à CNRMS maior brevidade possível para início da avaliação dos programas de residência, bem como divulgação do calendário de visitas; -Manter às 60 horas semanais com a condição de cumprir a distribuição das atividades teóricas (20%), práticas e teórico-práticas (80%); -Recomendar a inclusão no Projeto Político Pedagógico (PPP) e no Regimento a carga horária destinada para todas as atividades inerentes ao programa (estudo individual, TCR, participação em eventos e grupos de pesquisa, reuniões de representação); -Revisar os critérios para licenças e afastamentos (doença, casamento, morte, etc.) no que se refere ao cumprimento integral da carga horária prática. -Prover a formação de preceptores com metodologias como oficinas pedagógicas, grupos de discussão com videoconferências, cursos na modalidade EAD, plano de formação permanente, dentre outras; -Incentivar o debate da formação na modalidade de residência em área profissional da saúde no âmbito dos Conselhos Federais e respectivos regionais; -Incentivar a criação de comissões de residência no âmbito dos Conselhos Federais com profissionais que atuem nessa modalidade de formação. -Propor diretrizes curriculares mínimas específicas de acordo com a demanda da CNRMS para os programas de residência. 	
Fórum Nacional de Residentes em	Residentes das duas modalidades:	<ul style="list-style-type: none"> - Não apoiavam a forma de credenciamento que autorizava somente as IES a solicitarem programas de Residência*; -Contra a atual forma de composição da CNRMS**; 	*Esta primeira pauta foi conquistada, atualmente outras

Saúde	multi e uniprofissional de todo país	<p>-COREMU e outras instâncias colegiadas de gestão: paridade de cadeiras, representação; pautas passem por instâncias colegiadas, evitando que o coordenador defina o que ser feito e como ser feito; garantir representatividade aos residentes nos quais estão inseridos em COREMU com muitos programas;</p> <p>-Valorização diferenciada da residência em concursos públicos, plano de cargos e carreiras;</p> <p>-Desprecarização do trabalho do corpo docente-assistencial (trabalhadores, orientadores, preceptores, tutores e coordenadores);</p> <p>-Regulamentação das residências pelo Conselho Nacional de Educação que as diferencie dos cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i>;</p> <p>- Proposta de mudança de 60h para 44h baseado na CLT;</p> <p>-Necessidade de revisar os critérios para licenças e afastamentos no que se refere ao cumprimento integral da carga horária prática. Que seja garantido o direito a atestados médicos de até 15 dias seguidos sem reposição de carga horária ou desconto da bolsa: aproximação com a CLT;</p> <p>-Denúncia de precarização dos ambientes e horários de estudos + infraestrutura;</p> <p>-Em relação ao Despacho orientador publicado pelo MEC em dezembro de 2015 que não considera a carga horária de almoço como de trabalho, o que exige reposição por parte dos/das residentes, manifestamos nosso posicionamento contrário e reivindicamos a retirada desse despacho;</p> <p>-Necessidade de efetivação do processo de avaliação dos programas de residências em saúde, com o estabelecimento de critérios mínimos, públicos, claros e definidos com a participação dos coletivos, considerando as especificidades dos programas e das áreas de concentração;</p> <p>-Ter outras formas de financiamento (não se restringindo só ao pagamento de bolsas aos residentes);</p> <p>-Se faz necessário que os programas e instituições envolvidas com a Residência reconheçam a legitimidade do ENRS como espaço deliberativo e de articulação dos segmentos em seus respectivos fóruns;</p> <p>-Denúncias de que o residente acaba entrando no ciclo vicioso da má gestão do SUS e da precarização do mundo do trabalho da nossa sociedade, ao ficarem expostos enquanto “<i>mão-de-obra</i>” e “<i>tapa buraco</i>” nas Unidades Básicas de Saúde, nos Centros de Atenção Psicossocial, na Estratégia Saúde da Família e nos hospitais, sofrendo “na pele” as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores na saúde;</p> <p>-Denúncia de que os residentes financiados com dinheiro público para atuarem no serviço público mas acabam trabalhando para o setor privado ora para “completarem” a carga horária, ora para preencherem os “buracos” dos convênios;</p> <p>-Necessidade de afirmar a não reprodução da lógica do produtivismo e do modelo acadêmico vigente, construindo formas de inclusão de trabalhadores do SUS envolvidos com as Residências em Saúde que apresentam acúmulo, vivência, conhecimento e experiências que podem contribuir para os estudos/problematizações nos TCRs.</p>	<p>instituições como os serviços podem ser proponentes.</p> <p>**Para maior detalhamento da segunda pauta ver Manifesto escrito pelo Fórum Nacional de Residentes em Saúde, em resposta à Portaria Interministerial nº 1.077 que substituiu a portaria Interministerial 45, deslegitimando os movimentos sociais da composição da CNRMS³⁰.</p>
-------	--------------------------------------	---	---

³⁰ Para melhor descrição do processo ver ABIB (2012).

Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Área Profissional em Saúde	Eventos organizados pela CNRMS	<p>-I SNRMS (2005) - Discutiu diretrizes e estratégias para implementação dos programas e da criação das CNRMS à partir da lei 11.129 que cria a residências multiprofissionais em área da saúde.</p> <p>-II SNRMS (2006) - Foram debatidas e elaboradas as diretrizes e os princípios que balizaram o movimento pela institucionalização da residência multiprofissional e em área profissional da saúde.</p> <p>-III SNRMS (2008) - Discutir e pactuar os mecanismos de acompanhamento, regulação e avaliação dos programas de residências multiprofissionais e em área profissional da saúde.</p> <p>-IV SNRMS (2011) - Refletir sobre os avanços e desafios da política de residências em saúde com os atores envolvidos, visando à qualificação profissional para o SUS.</p> <p>Foram pautados temas relacionados à concepção político-pedagógica dos programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde, assim como, a gestão e a política de financiamento dos mesmos.</p>	Com o II SNRMS, começou a ocorrer seminários regionais como forma de preparação para o nacional. Em 2014 ocorreu o IV seminário regional em preparação do V SNRMS, no entanto, este não ocorreu até a presente data.
Encontros Nacionais de Residências em Área Profissional em Saúde		<p>-I e II ENRS (2012.1 e 2012.2) – ocorreu a partir das necessidades e dificuldades em comum nos diferentes contextos do país em que havia programas de residência.</p> <p>-III ENRS (2013) – tema central Educação Permanente no Brasil: desafios para as residências em um contexto de precarização e privatização do SUS.</p> <p>-IV ENRS (2014) - As Residências enquanto estratégia de Educação Permanente para o fortalecimento do SUS.</p> <p>-V ENRS (2015) - tema central “O desafio da interdisciplinaridade e a contribuição da Residência para a (re)afirmação do SUS.</p> <p>-VI ENRS (2016) - tema central “Construindo nossa identidade e questionando nossa formação”.</p> <p>-VII ENRS (2017) - tema central “Refletindo o hoje e construindo o amanhã: a organização das residências em saúde na defesa do SUS e da democracia”.</p>	O I e II ENRS não tinham temática ainda, e a organização estava embrionária.

Elaboração da autora a partir das cartas dos encontros realizados, 2018

2.3.2 Concepção que orienta a formação do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde

Os Programas de Residência Área Profissional da Saúde nas modalidades multi e uniprofissional de acordo com a resolução nº5/2014 da CNRMS, devem adotar práticas pedagógicas baseadas no treinamento em serviço, a integração dos saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde (BRASIL, 2009b).

A concepção de formação baseada na educação permanente, difundida através da PNEPS a partir de 2004 como anteriormente referida, fundamenta-se na:

“Aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm” (BRASIL, 2009, p. 20).

Segundo Vieira (2006), quando foi criada a SGTES, apostava-se que a educação permanente seria um modelo de formação que visava reorientar a formação dos trabalhadores a partir da realidade local, (re)construindo os saberes e modificando consequentemente as práticas de trabalho, configurando um modelo estruturante para promoção de mudanças na relação entre ensino e serviços de saúde, através do princípio da aprendizagem significativa³¹.

No entanto, essa concepção da educação permanente é questionada por alguns autores, como Ramos (2009). Para a autora, é um modelo que propicia adequar a formação do trabalhador ao contexto político-econômico neoliberal, visto que a formação se aproxima da noção de competência, a qual aposta no desenvolvimento das características psico-subjetivas de adaptação do trabalhador (RAMOS 2010).

Essa concepção de formação tem origem em algumas teorias que surgiram para a formação do trabalhador desde meados dos anos 1950. Nos Estados Unidos, Theodore W. Schultz, professor do departamento de economia da Universidade de Chicago à época, foi o principal formulador da teoria do capital humano que pregava que a educação seria o fator fundamental para o desenvolvimento das sociedades e da distribuição econômica. Assim, esta seria responsável pelo aceleração do crescimento econômico do país, devendo este

³¹ A aprendizagem significativa, entendida numa relação de teoria e prática, permite ao sujeito articular os diferentes conhecimentos a partir da realidade e se apropriar do conhecimento de forma crítica, tendo mais autonomia. Assim, o cotidiano do serviço, no processo do trabalho, se torna um local privilegiado de aprendizagem (VIEIRA, 2006).

aumentar os investimentos nos indivíduos de modo que o aumento da produtividade promovesse a superação do atraso econômico (FRIGOTTO, 2001).

Conforme essa teoria, dependeria dos indivíduos o esforço para superar as diferenças sociais, aumentar a renda e conseqüentemente ascender socialmente. Para tanto, a educação seria o fator decisivo, promovendo habilidades intelectuais, atitudes, valores, socialização e transmissão do conhecimento que se transformariam em capacidades para o trabalho, garantindo o sucesso profissional e bons salários. Dessa forma, o Estado deveria investir na educação formal, treinamento e saúde dos indivíduos (FRIGOTTO, 2001).

Posteriormente, a partir da década de 1970 a nível mundial, e mais precisamente na década de 1990 no Brasil, começam a circular as noções de sociedade do conhecimento, qualidade total, pedagogia das competências e empregabilidade, acompanhando o desenvolvimento científico e tecnológico que torna o mundo globalizado, alterando as formas de organização da produção (FRIGOTTO, 2011).

A expressão “sociedade do conhecimento” está associada à ideia de que a tecnologia supera as desigualdades sociais e de classes. Já a noção de empregabilidade refere-se à aquisição de competências, em geral por conta e risco dos trabalhadores, capazes de torná-los mais competitivos, flexíveis, produzindo em menor tempo e menor custo, o que supostamente facilitaria sua inserção no mercado de trabalho.

Esse é o momento em que ganha força a chamada pedagogia das competências, conforme Frigotto (2011, p. 27):

“Deriva das relações sociais concretas de ultraindividualismo, desmonte dos direitos sociais e coletivos e de políticas universais. Vincula-se a uma visão mercantil e ao trabalho flexível, instável e precário. O trabalhador deve buscar competências que o mercado de trabalho exige ou adaptar-se a elas”.

É o período também em que as políticas neoliberais se fazem claramente presentes no país, expressas na reforma gerencial do estado brasileiro que estabelece as parcerias público-privadas para a prestação de serviços sociais como a educação e a saúde. (FRIGOTTO, 2011). Segundo Deluiz (2001) este modelo entra nas reformas educacionais nos países da América Latina mais precisamente a partir dos anos 1990, em que estes fizeram as reformas baseadas nos ajustes macroeconômicos que visavam retomar o crescimento econômico.

Acelera-se o processo de mercantilização do conhecimento e da saúde, com o apoio de organismos internacionais como Banco Mundial (BM), Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), que agiam sob os princípios da liberalização,

desregulamentação do mercado e privatização, bem como põem a formação como a solução econômica e social do país (LIMA, 2014).

Essas concepções de formação do trabalhador estão, portanto, diretamente vinculadas a atender às necessidades do mercado de trabalho, forjadas para área de recursos humanos, derivadas do processo da globalização, da reestruturação produtiva e da competitividade, e que começa a fazer parte do setor saúde (VIEIRA et al, 2006).

Nesse contexto, no setor da saúde, a OPAS começa a visualizar a necessidade de repensar o setor de recursos humanos da saúde de modo a enfrentar as mudanças decorrentes do modelo capitalista. Assim, realiza trabalhos com os países da América Latina com o intuito de apresentar uma proposta de reorientação de formação, a da educação permanente (VIEIRA et al, 2006).

Essa proposta começa a ganhar espaços, visto que o conceito de formação para o trabalho em saúde, pautada na educação continuada³² começa a sofrer grandes críticas, pois tratava-se de uma educação fora do contexto das necessidades de saúde, separada teoria da prática, de forma focalizada e vertical, através de formatos de capacitações (VIEIRA et al, 2006).

Assim, a educação permanente, apresentada pela OPAS, torna-se estratégia mobilizadora de recursos para desenvolver ações de fortalecimento do SUS, constituindo-se em uma política de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde a partir dos eixos da relação educação e trabalho, mudança na formação e produção do conhecimento. A formação do trabalhador começa a ser pautada pela ênfase nas demandas das relações estabelecidas com os usuários e das relações locais de trabalho (VIEIRA, 2006).

Segundo análise de Vieira et al (2006), para promover as mudanças, a educação permanente busca nas competências o caminho educacional para desenvolver as habilidades necessárias que reorientem as dimensões pessoais, comunicativas, do serviço, do cuidado e sócio-políticas³³.

³² A educação continuada era a concepção que orientava a formação/qualificação dos trabalhadores nos serviços de saúde, pautada como complementar ao ensino formal, com o objetivo de garantir melhoria no desempenho profissional nas competências específicas. Foi destacada como estratégia de formação na Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde no período de 1986 (VIEIRA et al, 2006).

³³ Segundo Deluiz (2001) Competências pessoais é a capacidade de assumir a responsabilidade sobre o trabalho, de tomar a iniciativa, de exercitar a criatividade, de aprender, de ter abertura às mudanças, de desenvolver auto-estima, atributos que implicam no envolvimento da subjetividade do indivíduo na organização do trabalho; Competências comunicativas, como a capacidade de expressão e comunicação com seu grupo, superiores hierárquicos ou subordinados, de cooperação, de trabalho em equipe, desenvolvendo a prática do diálogo, o exercício da negociação e a comunicação interpessoal; Competências de serviço, a capacidade de compreender e se indagar sobre os impactos que seus atos profissionais terão direta ou indiretamente sobre os serviços ou usuários, ou ainda de que forma os destinatários (clientes ou usuários) serão beneficiados; Competências de

Essa relação entre o modelo de competências e a educação permanente pode ser observada nas resoluções que orientam os programas de residência:

“O Projeto Político deve prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde (BRASIL, 2012, art. 2º, parágrafo V).

Sobre as avaliações de desempenho dos residentes, que devem contemplar: “caráter formativo e somativo, com utilização de instrumentos que contemplem os atributos cognitivos, atitudinais e psicomotores; ao final do programa, o Profissional de Saúde Residente deverá apresentar, individualmente trabalho de conclusão de residência consonante com a realidade do serviço em que se oferta o programa e coerente com o perfil de competências estabelecido pela COREMU (BRASIL, 2014, art. 3).

Segundo Deluiz (2001), o modelo de competências tem como características a sobrevalorização dos aspectos atitudinais, o saber-ser, como também utiliza estratégias de aprendizagem, as práticas contextualizadas, centrada na individualização dos percursos formativos, construção significativa do conhecimento e seleção de situações-problemas para aprendizagem. Ou seja, a aprendizagem é orientada pela ação e a avaliação se dá pelos resultados observáveis, aspectos estes encontrados no processo de formação pelos programas de residência.

Assim, tendo como base a noção de competências, a educação permanente nesta perspectiva, centra nos saberes disciplinares, onde estes deveriam proporcionar competências específicas para desempenhar o trabalho com ampliação da autonomia dos trabalhadores, ou seja, centrada no saber e saber-fazer, integralização da competência humana com a competência técnica³⁴. Sendo também, uma concepção que se aproxima de teorias sobre organizações qualificantes, dos modelos de gestão derivados da reestruturação produtiva o que, por conseguinte, valoriza as competências individuais dos trabalhadores e a capacidade de se comprometerem com os interesses da instituição (RAMOS, 2009).

Vieira et al (2006), também complementam a crítica ao analisarem que os documentos da OPAS e do MS sobre educação permanente não relacionam os tensionamentos associados às questões mais gerais do modelo econômico-político. Não se leva em consideração o

cuidado, isto é, a capacidade de interagir com o paciente levando em consideração suas necessidades e escolhas, valorizando a autonomia que este tem para assumir sua própria saúde, a partir da concepção de saúde como qualidade de vida; Competências sócio-políticas, capacidade de refletir sobre a esfera do mundo do trabalho, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho, de ter autonomia de ação e compromisso social, e de desenvolver o exercício da cidadania.

³⁴ Segundo Deluiz (2001) competência humana é entendido como “saber humanizar o conhecimento para que este possa servir aos fins éticos da história e não descambe em mera instrumentação da competitividade e competências técnicas é a capacidade de dominar os conteúdos das tarefas, das regras e dos procedimentos da área específica de trabalho, as habilidades para compreender os processos e lidar com os equipamentos, a capacidade de entender os sistemas e as redes de relações, a capacidade de obter e usar as informações.

contexto de crise, a precarização do trabalho, falta de recursos e o desmonte de direitos. Essa concepção se concentra em resolver as microrelações de trabalho, o contexto local, colocando-se a responsabilidade da mudança das práticas sobre os ombros do trabalhador, em suas capacidades de resolução de problemas, de forma isolada das relações macroestruturais do sistema econômico-político.

Desta forma, a concepção orientadora dos programas de residência, contribui para atender as demandas do mercado de trabalho, pois ainda é baseada em perfil de competências, em que o profissional residente tem de desenvolver ao longo da residência, para ser resolutivo e para atender as demandas de saúde associada ao que demanda o mercado de trabalho, reproduz as relações individualizadas, onde o residente estudante-trabalhador é responsável pelo seu sucesso profissional e pelo seu processo de educação. Sendo uma formação ainda calcada na estrutura capitalista. Como afirma Frigotto (2011, p.28), esses modelos de formação são:

“fetiches mercantis da ideologia do capital humano, que explicitam um contexto de regressão nas relações sociais e educacional. É o velho travestido de novo”.

Essa é, portanto, a concepção orientadora dos Programas de Residência em Área Profissional da saúde. E é nesse contexto de desenvolvimento da formação para o trabalho em saúde, que as questões que a pesquisa pretende responder, encontram-se inseridas.

2.3.3 A Organização do Programa de Residência Área Profissional da Saúde

Os Programas de Residência Área Profissional da Saúde nas modalidades multi e uniprofissional passaram por diversas mudanças desde seu processo de regulamentação. A nomenclatura é a primeira delas, anteriormente, até a Portaria nº 16/2014 usava-se a nomenclatura Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, no entanto, as resoluções expedidas pela CNRMS a partir de 2014 (Resolução nº 5/2014) começam a utilizar Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional.

Os programas de residência constituem modalidade de ensino de pós-graduação “lato sensu”, sob forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 2 (dois) anos, carga horária mínima total de 5760 (cinco mil setecentos e sessenta) horas, em regime de dedicação exclusiva, com bolsa

mensal³⁵. O disposto na portaria abrange os egressos das seguintes áreas de formação da graduação em saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e Física Médica (BRASIL, 2014).

As modalidades presentes são: Multiprofissional em Saúde, que é orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões, devendo, para isto, ser constituído por, no mínimo, 03 (três) profissões da saúde; e a Modalidade uniprofissional em Saúde que é orientado pelo desenvolvimento do núcleo específico dos saberes e práticas inerentes a cada profissão, em determinado campo de conhecimento (BRASIL, 2012).

O ensino e a prática dos programas são desenvolvidos com 80% da carga horária total sob a forma de estratégias educacionais práticas, com garantia das ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social e 20% mediante estratégias educacionais teóricas ou teórico-práticas. Entende-se por:

“Estratégias educacionais práticas são aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das categorias profissionais da saúde, obrigatoriamente sob supervisão do corpo docente assistencial. Estratégias educacionais teóricas são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, em que o Profissional da Saúde Residente conta, formalmente, com orientação do corpo docente assistencial e convidados. As estratégias educacionais teórico-práticas são aquelas que se fazem por meio de simulação em laboratórios, ações em territórios de saúde e em instâncias de controle social, em ambientes virtuais de aprendizagem, análise de casos clínicos e ações de saúde coletiva, entre outras, sob orientação do corpo docente assistencial. As estratégias educacionais teóricas, teórico-práticas e práticas dos programas devem necessariamente, além de formação específica voltada às áreas de concentração e categorias profissionais, contemplar temas relacionados à bioética, à ética profissional, à metodologia científica, à epidemiologia, à estatística, à segurança do paciente, às políticas públicas de saúde e ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014, Art.2, § 1-4).

A oferta dos programas pode ser realizada por instituições proponentes³⁶, devendo submeter o projeto ao edital anualmente lançado pela CNRMS, a esta cabe:

“autorizar, reconhecer e renovar o reconhecimento dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, zelando para que funcionem de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e que atendam

³⁵ O valor da bolsa para trabalhador-estudante será fixado pelo Ministério da Saúde a cada programa, projeto, ação ou atividade a que estiver vinculada. A Portaria nº. 754, de 18 de abril de 2012 fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho.

³⁶ Até este período entendia-se por instituição proponente: as instituições de ensino superior-IES. A partir da resolução nº 7 de 2014 outras instituições podem ofertar programas desde que atendam aos requisitos presente na mesma.

às necessidades sócio-epidemiológicas da população brasileira; sugerir modificações ou suspender a autorização, reconhecimento ou renovação de reconhecimento dos Programas de Residência Multiprofissional e Residência em Área Profissional da Saúde que não estiverem de acordo com a legislação e regulamentação aplicáveis (BRASIL, 2014).

No entanto, no caráter local, é de responsabilidade da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)³⁷ coordenar, organizar, articular, supervisionar, avaliar e acompanhar os programas de residência os quais a ela estiver vinculada (BRASIL, 2015a). Quanto à certificação, até 2005, devido aos programas não serem regulamentados, competia às próprias instituições conceder certificado de conclusão, não sendo reconhecidos nacionalmente. Atualmente a certificação é de responsabilidade conjunta do MS e ME e a partir da resolução conjunta de nº 51/2015, passa-se a realizar a convalidação de certificados dos egressos dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional que tenha iniciado antes de 2005 (BRASIL, 2015b).

No apêndice A, segue-se o quadro com resumo das legislações sobre a estrutura dos programas e suas mudanças.

³⁷ A COREMU é instância de caráter deliberativo, funciona com regimento próprio, composta com os representantes dos programas: coordenadores, tutores, preceptores, residentes e gestor local. É também responsável por toda a comunicação e tramitação de processos junto à CNRMS (BRASIL, 2015).

3

NOTAS SOBRE PERCURSO METODOLÓGICO E CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

A presente pesquisa tem como referência a análise de conteúdo, mas também busca referências na perspectiva da análise do discurso. Desta forma, apesar de considerar a referência de análise de conteúdo de Bardin (2009) e Franco (2005), uso como ponto principal o documento sobre procedimentos para análise de documentos sobre política educacional da Shiroma et al (2004), que faz essa aproximação entre as duas teorias.

Segundo Orlandi (2001) apud Shiroma et al (2004), a análise de conteúdo (AC) expressa os sentidos do texto, e tem como objetivo produzir inferências sobre os elementos contidos na mensagem. Assim, de acordo com Shiroma et al (2004, p. 35), essa mensagem não é neutra, ela carrega: “suas filiações teóricas, concepção de mundo, interesses de classe, motivações, expectativas”. A seleção dessas mensagens pelo autor também não são neutras e nem arbitrarias, elas são parte de uma referência social e teórica, por uma realidade vivenciada e condicionada pelos seus interesses.

Assim, a AC pode ir além, permitindo fazer uma análise do sentido oculto, filtrar o discurso, e colocá-lo dentro de um contexto, de um recorte socio histórico a partir das concepções produzidas pelos entrevistados, dos seus valores construídos e reproduzidos dentro da nossa estrutura social (SHIROMA et al, 2004).

Portanto, diferentemente da AC tradicional, em que os fatores externos são entendidos apenas “pano de fundo”, aqui assumem “um papel essencial, e o texto em si é visto como expressão e resultado de uma combinação particular de intencionalidades, valores e discursos, ao mesmo tempo em que se torna, ele mesmo, também constituinte do evento discursivo a que se refere”. (SHIROMA et al, 2004, p. 32). Por isso, justifica-se a escolha de tal referência.

3.1 Procedimentos iniciais da Pesquisa

Para compreensão do objeto, no intuito de apreender o contexto histórico e político no qual o programa de residência está inserido, foi realizado um resgate histórico das políticas de formação para o trabalho em saúde.

Como procedimento inicial de levantamento bibliográfico, foi realizada uma análise documental dos materiais normativos referentes à regulamentação do Programa de Residências em Área Profissional da Saúde, nas modalidades multiprofissional e uniprofissional. Buscou-se, com isso, compreender a proposta de formação adotada institucionalmente, que orienta a execução dos programas no nível local, sem, contudo, se restringir a um programa de residência específico.

Para identificar as motivações para inserção na residência, captar e compreender as associações entre a formação e trabalho precarizado na residência foram realizadas entrevistas com os residentes e os egressos, preceptores e coordenadores³⁸ de programas de residência. Ao total foram realizadas 14 entrevistas, sendo 10 residentes, 2 preceptores e 2 coordenadores³⁹.

Os entrevistados foram selecionados a partir de contatos pessoais da autora e de contatos realizados a partir de uma nota convite que foi postada na página do Facebook do Fórum Nacional de Residentes em Saúde.

A seleção dos entrevistados seguiu alguns critérios previamente elencados, buscando contemplar: as categorias multi ou uniprofissional, o campo da Atenção Primária ou Atenção Hospitalar e o Estado do programa de residência.

O roteiro da entrevista foi, a princípio, muito embasado nas experiências pessoais, e também voltado a responder as principais questões norteadoras levantadas no projeto de pesquisa. Assim, ficou dividido em 4 blocos, que tinham como principais objetivos: captar, de forma breve, a trajetória de vida, educacional e profissional dos entrevistados. O primeiro bloco (Perfil e percurso anterior ao ingresso na residência) contendo perguntas mais “objetivas” abarcou desde o perfil sócio econômico, incluindo os dados dos pais até o percurso escolar anterior a residência. O segundo bloco (Motivações para ingressar na residência) e o terceiro bloco (Concepção de formação e organização do trabalho no programa) se concentraram mais na experiência da residência em si, questionando sobre as principais motivações para ingressar na residência, a organização e estruturação do programa cursado. O último bloco (Sentido do trabalho) buscava tanto compreender como os residentes percebiam essa experiência do trabalho na residência, como também e principalmente, tentar

³⁸ Neste grupo, foi retirado a categoria de tutores, visto que nem todos os programas apresentam e também para a compreensão do objeto, este apresenta uma função que se distanciaria da análise pretendida.

³⁹ O maior número de entrevistados são os residentes, porque constituem o objeto deste trabalho.

captar o sentido do trabalho para os jovens. O roteiro final incorporou pequenos ajustes à medida que foram sendo realizadas as entrevistas iniciais (ANEXO 2).

As entrevistas foram previamente agendadas, gravadas e foram realizadas fora do espaço físico institucional, sendo em sua maioria realizadas por chamada de vídeo no Skype e Facebook. Em média duraram 60 min e foram integralmente transcritas para posterior análise.

Esta técnica não implica em preocupação com a representatividade da amostra em relação à população total, mas sim com a qualidade das informações obtidas. Aliás, segundo BRITTEN (2009), a representatividade estatística não é buscada na pesquisa qualitativa, esta deve se relacionar com a profundidade e duração das entrevistas, cessando a coleta de informações quando se atinge o ponto de saturação, isto é, quando elas começam a se repetir.

Quanto aos aspectos éticos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa segundo a Resolução do CNS n°. 466/2012. Para manter o anonimato dos entrevistados e a confidencialidade das informações, a identificação apresenta nomes fictícios.

3.2 Organização da análise e interpretação

Seguindo as referências de análise de conteúdo, as entrevistas após serem transcritas, passaram pelo processo de pré-análise. É a fase da organização, das buscas e intuições iniciais, com objetivo preliminar de sistematizar, filtrar o que será a parte constituinte da análise (FRANCO, 2005).

Nesta fase foi realizada uma exploração das entrevistas, com leitura livre, que permitiu uma maior apropriação das histórias, dos discursos produzidos, sendo possível identificar as diferenças e os pontos em comum nas trajetórias dos entrevistados, e a partir dessa leitura foram produzidas sínteses de cada uma das entrevistas.

Em seguida iniciou-se a fase chamada de categorização, que envolve a classificação dos elementos constitutivos, reagrupados a partir de categorias definidas, ou seja, é a fase em que se deve elencar as unidades de análise de acordo com os objetivos da pesquisa (FRANCO, 2005; SHIROMA et al, 2004). Ainda de acordo com Franco (2005), estas categorias podem ser definidas a priori quando são pré-determinadas em função do objetivo, ou a posteriori, quando emergem das falas, textos, conteúdos, implicando em constante ida e volta ao material empírico e o referencial teórico.

Nesta fase do processo, uma nova leitura das sínteses produzidas anteriormente possibilitou a produção de um quadro síntese. Assim, este quadro foi produzido a partir do perfil dos entrevistados e das questões norteadoras da pesquisa. Esse momento permitiu a

identificação de categorias, que, no entanto, não se configuraram como as categorias definitivas, já que sofreram alterações no decorrer da análise, sendo definidas a posteriori, com mediação entre as questões norteadoras da pesquisa e as unidades de contexto que mais emergiram das falas.

Segundo Franco (2005), a unidade de contexto é a parte mais ampla do conteúdo a ser analisado, sendo necessária para possibilitar a devida decodificação das falas a serem analisadas. Foi a partir dela que emergiram as unidades de registro analisadas, que foram devidamente contextualizadas visando permitir uma melhor compreensão do lugar de fala de cada sujeito entrevistado, bem como do contexto de recorte do qual o objeto desta pesquisa faz parte.

Assim, o processo de interpretação seguiu um caminho para a análise dos sentidos⁴⁰ que os sujeitos expressaram. No entanto, o sentido atribuído, de forma individual e singular, foi transposto para um sentido mais coletivo, contextualizado sócio historicamente. Pois, compreende-se que o conhecimento é um processo construído histórico e socialmente, “o conhecimento é cumulativo, processual e provisório” (Thompson, 1987 apud Evangelista, 2004, p.3). Assim, a busca desta pesquisa foi pela compreensão do objeto em sua totalidade⁴¹, no conjunto de fatos articulados e das relações que o determinam no tempo e no espaço (CHINELLI, 2008).

Neste sentido, a interpretação também foi guiada em movimento conjunto com o aporte teórico referenciado, possibilitando realizar as devidas inferências:

“Produzir inferências em análise de conteúdo tem um significado bastante explícito e pressupõe a comparação de dados obtidos na leitura do discurso com os pressupostos teóricos de diferentes concepções de mundo e com a situação concreta de seus produtores e receptores” (SHIROMA et al, 2004, p. 35).

Contudo, cabe ressaltar, que os sentidos expressos pelos sujeitos, derivam de uma “aparência do real”, que muitas vezes, não se mostram essencialmente como são imediatamente, necessitando de mediações que são realizadas pela teoria, pelo intelecto, pela

⁴⁰ Nesta pesquisa, considerando, as observações de Franco (2005, p. 15), sobre a compreensão que se tem por “sentido” na AC: “A Semântica, na AC é entendida não apenas como o estudo da língua, em geral, mas, como a busca descritiva, analítica e interpretativa do sentido que um indivíduo (ou diferentes grupos) atribuem às mensagens verbais ou simbólicas. Assim, o sentido implica a atribuição de um significado pessoal e objetivado, que se concretiza na prática social e que se manifesta a partir das representações sociais, cognitivas, valorativas e emocionais, necessariamente contextualizadas”.

⁴¹ Cabe ressaltar que o conceito aqui utilizado de “totalidade”, está referenciado na concepção histórico-dialética como referido anteriormente. Compreendendo-o na lógica dialética, visto que a produção e os sujeitos aqui referidos estão inscritos numa determinada realidade, inseridos num contexto de contradições de classes, sendo construídos historicamente e socialmente por tais influências (CHINELLI, 2008).

disciplina intelectual, pela reflexão. Desta forma, o aporte teórico possibilita analisar objetivamente a realidade, mas sem, no entanto, colocar a “verdade” como lugar abstrato e universal, mas tentando ultrapassar essas aparências e captar sua essência ou suas múltiplas determinações, considerando-a, como provisória, processual e cumulativa (EVANGELISTA, 2004).

3.3 Caracterização geral das (os) entrevistadas (os)

O quadro 2 ilustra um breve perfil dos residentes entrevistados, tendo como base o primeiro bloco do roteiro de entrevistas. Assim, ao total foram 10 residentes entrevistadas (os), sendo 8 mulheres e 2 homens, com idade entre 23 a 33 anos (Quadro 2).

Quadro 2. Perfil das (os) residentes

Nome	Idade	Sexo	Raça/cor	Renda (SM)	Com quem reside
Ângela Davis	28	M	Negra	Bolsa (3,5)	Com companheiro
Pagu Galvão	26	M	Parda	3	Com amigos
Gilberto Gil	27	H	Negro	3	Com companheira
Maria da fé	28	M	Branca	7	Com companheiro
Zilda Xavier	30	M	Branca	Bolsa e autônoma (4)	Com companheiro
Margarida Alves	24	M	Branca	Bolsa (3,5)	Com pais
Nina Simone	27	M	Negro	Bolsa (3,5)	Sozinha
Carlos Marighella	28	H	Negro	Bolsa (3,5)	Com amigos
Frida Khalo	23	M	Parda	Sem renda	Com os pais
Clarice Lispector	33	M	Branca	Autônoma	Com os pais

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Estatuto da Juventude (Lei n. 12.852, de 05.08.2013) considera-se jovens, pessoas de 15 a 29 anos de idade. Nesse parâmetro, dos 10 entrevistados, 8 estão na faixa etária de jovens, e 2 na faixa etária adulto. Mas, partindo de outro olhar, principalmente olhando para as peculiaridades nessa transição jovem-adultos na inserção no mercado de trabalho, a autora Guimarães (2006), faz um recorte em “adolescentes” que estaria na faixa 15-19 anos, “jovens” propriamente ditos entre 20-25 anos, e “jovens-adultos” entre 26-30 anos. Assim, das (os) 10

entrevistadas (os) temos 2 consideradas “jovens”, 7 como “jovens-adultos” e apenas 1 como “adulto” propriamente dito.

A raça/cor foi autodeclarada pelas (os) entrevistadas (os). Das (os) entrevistadas (os) 4 se declaram negras (os), 4 se declaram brancas (os) e 2 se declaram pardas.

Segundo Munanga (2003, p. 6) o conceito de raça é: “determinado pela estrutura global da sociedade e pelas relações de poder que a governam (...) por isso que o conteúdo dessas palavras é etno-semântico, político-ideológico e não biológico”.

Desta forma, ele coloca que nas pesquisas científicas emprega-se o termo raça não para afirmar a dimensão biológica, mas para evidenciar a estrutura racista que ainda perdura em nossa sociedade. Visto que o racismo é produto do imaginário coletivo dos indivíduos, de que existem raças hierarquizadas, através de uma relação intrínseca entre o físico e o moral, o físico e o intelecto, o físico e o cultural (MUNANGA, 2003). O IBGE (2013), também justifica a necessidade de manter o termo raça no uso acadêmico, por compreender que este termo é uma categoria construída socialmente ao longo da história, através de signos “estéticos” que marcam as histórias dos indivíduos, levando a dominação e a exclusão dos mesmos.

O IBGE em suas pesquisas mantém a classificação por raça/cor em cinco categorias: branca, preta, amarela, parda e indígena. O instituto incorporou o termo cor, por este apresentar valor cultural e simbólico, determinando papel e funções sociais, e, portanto, a cor não seria uma informação neutra, ela informa:

“uma característica fundamental da população, contribuem para orientar o vetor da luta política para a constituição das políticas públicas setoriais e para a denúncia do racismo institucional que atinge os contingentes populacionais negros (pretos e pardos)” (IBGE, 2013, p.56).

O uso do termo também seria uma forma da população se identificar com a qual se sente mais próxima. Assim, para classificar o grupo como negro, o IBGE reúne a população preta e parda. Considerando este critério do IBGE, a maioria das (os) entrevistadas (os) são negras (os).

Em relação à renda, 5 residentes têm como principal fonte de renda a própria bolsa do programa de residência, que equivale a aproximadamente 3,5 salários mínimos (SM)⁴², 2 têm renda de 3 SM, 1 tem renda de 7 SM, 2 sem renda fixa. Atualmente 4 residem com os (as) companheiros (as), apenas 1 tem filho, 3 residem com os pais, 2 residem dividindo apartamento com amigos e 1 mora sozinha.

⁴² O valor do salário mínimo nacional de 2017 é de R\$ 937,00.

Segundo dados da PNAD (IBGE, 2016)⁴³ o rendimento médio mensal real de todas as fontes das pessoas em 2015 foi de R\$ 1.746, o que equivalia a aproximadamente 2 SM⁴⁴. O grupo de entrevistadas (os) apresenta em sua maioria uma renda média mensal superior, considerando a média dos brasileiros. Em complemento, como exemplificado no quadro 2, a maioria é o responsável direto por sua manutenção, apenas 3 residem com os pais, incluindo aí as duas entrevistadas sem renda fixa.

Quadro 3. Origem das (os) residentes

Nome	Região de origem	Região onde reside	Renda dos Pais (SM)	Cor/raça declarada	Nível de escolaridade dos Pais	Profissão dos Pais
Ângela Davis	Nordeste	Sudeste	6	Mãe e pai negros	Mãe- superior completo Pai- fundamental incompleto	Mãe - professora Pai - Segurança
Pagu Galvão	Nordeste	Sudeste	Não sabe referir	Mãe e pai pardos	Mãe- ensino médio completo Pai- fundamental completo	Autônomos
Gilberto Gil	Sul	Sul	3	Mãe branca e pai negro	Mãe- superior completo Pai- fundamental completo	Mãe - professora Pai – Vendedor
Maria da fé	Centro-Oeste	Centro-Oeste	64	Mãe e pai brancos	Mãe- superior completo Pai- falecido	Mãe - Advogada Pai – Falecido
Zilda Xavier	Nordeste	Nordeste	4	Mãe branca e pai pardo	Mãe- superior completo Pai- médio completo	Mãe - professora Pai – Motorista
Margarida Alves	Sudeste	Sudeste	3	Mãe branca e pai- negro	Mãe- médio incompleto Pai- médio completo	Mãe - Trabalho doméstico não remunerado Pai - Inspetor de segurança
Nina Simone	Sudeste	Nordeste	Não sabe referir	Mãe e pai pretos	Mãe- superior completo Pai- médio completo	Mãe - aposentada e professora Pai – aposentado

⁴³ Para maiores detalhes ver <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>

⁴⁴ Em 2015 o valor do salário mínimo nacional era de R\$ 788,00.

Continuação Quadro 3. Origem das (os) residentes

Carlos Marighella	Nordeste	Nordeste	3	Mãe morena e pai pardo	Mãe- médio incompleto Pai- fundamental incompleto	Mãe - costureira e autônoma Pai – aposentado
Frida Khalo	Norte	Norte	8	Mãe e pai pardos	Mãe- médio completo Pai- Superior completo	Mãe - professora Pai – economista
Clarice Lispector	Sul	Sul	2	Mãe e pai brancos	Mãe- médio incompleto Pai- fundamental incompleto	Mãe - cozinheira Pai – aposentado

Quanto a região de origem das (os) entrevistadas, 4 pertencem a região nordeste, sendo que 2 destas residiam, no momento da entrevista, na região sudeste, 2 da região sudeste, sendo que 1 reside na região nordeste, 2 da região sul, 1 da região centro-oeste e 1 da região norte (quadro 3).

Quanto à história familiar, 4 das (os) entrevistadas (os) pertencem a famílias⁴⁵ com renda média de 2-3 SM e destes a maioria se declara como negros, apresentando escolaridade média incompleta. 1 com renda média de 4 SM, declarado como branco e com nível superior, 2 com renda média de 6-8 SM, declarados, em maioria, como negros, metade com nível superior, 1 com renda média de 64 SM, declarada brancos e apresenta nível superior completo, e 2 não sabiam referir a renda média dos pais, declarados em maioria como negros, dos quais a maioria tem ensino médio completo (quadro 3).

De acordo com dados da PNAD (2016) a média do rendimento mensal real dos domicílios particulares permanentes em 2015 foi de R\$ 3.186, que equivalia aproximadamente a 4 SM no mesmo período. A maioria das famílias das (os) entrevistados que referiram renda, possuem renda média inferior à média das famílias brasileiras. Ao reunir rendimentos com a categoria raça/cor, observamos que as famílias que possuem maior rendimento são aquelas que são declaradas como brancas. Em 2015 os pretos ou pardos representavam 54,0% do total da população, mas os brancos apresentavam rendimento em torno de 80% superior ao de pretos e pardos. Quando associamos também a escolaridade, fica evidente também que as famílias que possuem maior rendimento, além de pertencerem a

⁴⁵ Os dados do IBGE consideram na família todos os integrantes. Na pesquisa perguntava sobre a renda média dos pais, no entanto, quando falavam da composição familiar os entrevistados também faziam referência aos irmãos e suas ocupações, que eram, de modo geral, estudantes.

população branca, são que possuem nível de escolaridade mais elevado. Em 2015, os brancos tinham entre 9 e 10 anos de escolaridade, enquanto pretos e pardos, entre 7 a 8 anos (GEMMA, 2017).

Esta realidade é expressão das marcas da desigualdade social que nosso país apresenta, onde raça/cor e escolaridade ainda permanecem determinando as condições sócio econômicas das famílias. Em 2015, segundo Gemma (2017), quando se reúne a categoria raça/cor e a classe social, os brancos obtêm um rendimento maior em todas as classes sociais – baixa, média ou alta, e os pretos e pardos, em geral, apresentam grande proximidade entre as médias de rendimento.

Quadro 4. Percurso formativo das (os) residentes

Nome	Condição de ensino (fund/médio)	Universidade	Graduação	Condição que é atualmente	Qual programa cursou	Onde cursa/cursou a residência
Ângela Davis	Público	Pública, com cotas	Nutrição	R1	Programa multiprofissional-APS	RJ
Pagu Galvão	Privado	Pública, sem cotas	Farmácia	Egressa	Programa Uniprofissional-Hospitalar	RJ
Gilberto Gil	Público	Pública, com cotas	Enfermagem	Egresso	Programa multiprofissional-Hospitalar	SC
Maria da fé	Privado	Privada	Psicologia	Egressa	Programa multiprofissional-Hospitalar	MT
Zilda Xavier	Privado	Privada com FIES	Terapia Ocupacional	Egressa e Atual R1	Programa multiprofissional-APS	CE
Margarida Alves	Público	Privada, com Prouni	Fisioterapia	R2	Programa multiprofissional-Hospitalar	SP
Nina Simone	Parte em ensino público e parte em ensino privado	Pública, sem cotas	Saúde Coletiva	R2	Programa multiprofissional-APS	BA
Carlos Marighella	Público	Público	Enfermagem	Egresso e atual R1	Programa multiprofissional-APS	PE

Continuação Quadro 4. Percurso formativo das (os) residentes

Frida Khalo	Parte em ensino público e parte em ensino privado	Pública, sem cotas	Nutrição	Recém egressa	Programa multiprofissional-Hospitalar	PA
Clarice Lispector	Pública	Privada, com FIES	Psicologia	Recém egressa	Programa multiprofissional-APS	RS

Quanto ao percurso escolar das (os) entrevistadas (os), todas (os) tiveram curso escolar sem interrupções, 5 estudaram até o ensino médio em escola pública, 3 em ensino privado, e 2 estudaram tanto em escola pública quanto privada. Quanto a universidade, 2 acessaram a universidade pública federal com entrada através de cotas, 4 acessaram a universidade pública federal sem cotas, 2 cursaram faculdade privada por meio do programa FIES⁴⁶, 1 cursou a faculdade privada por meio do programa de bolsa PROUNI, e 1 cursou a faculdade privada sem bolsas.

Percebe-se que a maioria das (os) entrevistadas (os) acessou o ensino superior em universidade pública tanto por meio das políticas públicas, como as cotas para alunos provenientes de escolas públicas⁴⁷. Em 2015, de acordo com o IBGE (2016), no ensino superior houve uma tendência de democratização dos estudantes pertencentes a estratos de renda mais baixos nas duas redes de ensino. Observa-se que também 3 acessaram o ensino superior em instituições privadas, mas por meio de programas federais de incentivo a educação. Na PNAD, o IBGE refere que essa democratização do acesso ao ensino superior também está ligada aos programas FIES e PROUNI. Para o PROUNI de 2009 para 2014 houve aumento de 18,8% para 24, 8% respectivamente nas bolsas ofertadas. Já para o FIES no mesmo período houve um aumento de 5,9% para 21,6% respectivamente.

Assim, percebe-se que essa democratização, através das políticas públicas, amplia as reservas de vagas nas instituições públicas direcionadas aos estudantes de diferentes perfis (portador de deficiência, procedente de escola pública, com baixa renda familiar, raça/cor, etc.) como o aumento do financiamento estudantil reembolsável pelo FIES e o não

⁴⁶ FIES- Fundo de Financiamento Estudantil; O PROUNI- Programa Universidade para Todos.

⁴⁷ No período que a maioria das (os) entrevistadas (os) acessaram ao ensino superior ainda não tinha sido aprovado a lei de cotas raciais, a mesma foi implantada no ano de 2012, por meio da lei http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112711.htm.

reembolsável como PROUNI disponível aos estudantes nas instituições privadas⁴⁸ (IBGE, 2016).

Quanto a graduação cursada, 2 fizeram nutrição, 2 enfermagem, 2 psicologia, 1 farmácia, 1 terapia ocupacional, 1 fisioterapia e 1 saúde coletiva. Atualmente 5 estão cursando a residência, sendo que 2 estão cursando pela segunda vez e 5 são egressos. Metade dos residentes estão fazendo programa multidisciplinar, voltado para a atuação na Atenção Primária, 4 estão em programas multidisciplinar na área Hospitalar, e 1 cursou programa uniprofissional na área hospitalar. Desses, 3 mudaram de região de origem para cursar a residência, 3 mudaram de Estado dentro da sua mesma região, 4 cursaram no seu Estado de origem mesmo.

Quanto ao nível de escolaridade das (os) entrevistadas (os), como todas (os), já estão em nível de pós-graduação, passam a pertencer ao grupo que possui 14 anos de estudo ou mais. O que não expressa a realidade da grande maioria dos jovens, já que segundo dados da PNAD (2016), apenas 18,4% dos jovens entre 18 a 24 anos chegaram ao ensino superior no ano 2015, portanto, a maioria nem alcança a pós-graduação.

Um fato que chama atenção, é que a busca pela elevação da escolaridade através da pós-graduação gerou uma mobilidade regional já que a maioria buscou a residência fora da sua região de origem ou estado. Isso parece indicar que a realização de uma pós-graduação na área da saúde não é tão acessível, principalmente em área específicas, como também evidencia uma geração de jovens que busca seus ideais profissionais, que se arriscam atrás dos objetivos desejados.

Ao correlacionar a trajetória detalhada das (os) entrevistadas (os), com a familiar, ficam explícitas algumas diferenças, como na trajetória educacional, em que o nível de escolaridade é superior à dos seus pais, assim como a diferença na renda, onde os entrevistados que não moram mais com os pais apresentam, em sua maioria, renda média superior que a das suas famílias.

Seria um fato que foge à regra? Apesar das suas famílias possuírem renda inferior à média das famílias brasileiras e possuírem nível de escolaridade médio, conseguiram

⁴⁸ O FIES é reembolsável, e existe como programa do Ministério através da Lei 10.260/2001, que destina a financiar a graduação na educação superior de estudantes matriculados em cursos superiores não gratuitas, podendo recorrer ao financiamento os estudantes matriculados em cursos superiores que tenham avaliação positiva nos processos conduzidos pelo Ministério da Educação. O PROUNI, não reembolsável, criado pelo Governo Federal em 2004, pela Lei nº 11.096/2005, tem como finalidade a concessão de bolsas de estudo integrais e parciais em cursos de graduação e sequenciais de formação específica, em instituições de ensino superior privadas, destinado aos estudantes egressos do ensino médio da rede pública ou da rede particular na condição de bolsistas integrais, com renda familiar per capita máxima de três salários mínimos.

viabilizar os estudos dos seus filhos. Esse fato pode estar ligado ao contexto social do país que na década 2000, mas, especialmente, a partir do Governo Lula (2004-2011), passou por algumas mudanças, através da implantação de políticas públicas, que, por exemplo, democratizou o acesso à educação, garantindo correção de fluxo escolar⁴⁹ e acesso ao ensino superior por meio de alguns programas citados anteriormente. Garantiu também um contexto mais favorável as famílias, por uma leve melhora na condição sócio econômica⁵⁰, possibilitando liberar mais os jovens dessa geração para seguir apenas estudando, sem se dedicar ao trabalho exclusivamente. Dados do IBGE (2016) mostram que entre 2005 a 2014, os jovens de 18 a 24 anos apresentaram uma queda na taxa de ocupação, o que se coaduna com o movimento de aumento no percentual desses que se ocupavam somente com os estudos, o que representa uma taxa de 15,3%, sendo levemente superior aos que estudam e trabalham (14,7%), mas, ainda, bem inferior aos jovens que apenas trabalham 46,3%⁵¹. Um outro aspecto, que também pode auxiliar essa compreensão, diz respeito ao fato de serem as mães que tem ensino superior, o que confirma tendências apontadas de que as mulheres são muitas vezes responsáveis pela educação dos filhos e as que tem maior escolaridade. Em 2015, de acordo com dados 59,9% dos estudantes concluintes do ensino superior, são de mulheres (Inep/MEC 2015)⁵².

Quadro 5. Percurso de trabalho das (os) residentes

Nome	Experiência de trabalho	Após a graduação	Tipo de trabalho/vínculo
Ângela Davis	Fez iniciação científica (estágio) durante a graduação (remunerado)	Cursou o mestrado	Estágio/Bolsa
Pagu Galvão	Fez iniciação científica durante a graduação (remunerado); estágio em empresa privada de farmácia com atendimento telefônico; antes de cursar a residência trabalhou por um curto período em farmácia privada (mais ou menos 3-4 meses), logo em seguida foi para residência	Inserção no mercado de trabalho antes da residência	Estágio/bolsa; curto período de emprego formal
Gilberto Gil	Fez iniciação científica durante a graduação (remunerado)	Ingressou direto na residência.	Estágio/Bolsa

⁴⁹ Termo utilizado na pesquisa do PNAD, para expressar quando o estudante consegue cursar todo fluxo escolar sem interrupções.

⁵⁰ De acordo com dados da PNAD de 2015 a renda média passa de R\$ 965 para R\$ 1.368 em 2014, no entanto, a mesma começa a regredir, em 2015 passa para R\$ 1.270.

⁵¹ Para maiores detalhes ver: <http://www.abres.org.br/v01/dados-estagiarios-estudantes-no-brasil/>

⁵² Para maiores detalhes ver: <http://www.abres.org.br/v01/dados-estagiarios-estudantes-no-brasil/>

Continuação Quadro 5. Percurso de trabalho das (os) residentes

Maria da fé	Não trabalhou antes da residência. Nem fez estágio durante graduação.	Ingressou direto na residência	Estágio/Bolsa
Zilda Xavier	Não trabalhou antes da graduação e nem fez estágios durante a graduação; trabalhou por um período na APS (2 anos). Após um tempo trabalhando como professora (2 anos); 1 ano novamente na APS	Inserção no mercado de trabalho antes da residência	Emprego formal
Margarida Alves	Fez iniciação científica durante a graduação (não remunerado, pois já recebia a bolsa do Prouni); antes da residência trabalhou 1 ano em outra área	Inserção no mercado de trabalho antes da residência	Estágio/sem bolsa; emprego formal
Nina Simone	Fez iniciação científica durante a graduação (remunerado); antes da residência trabalhou 1 ano em um projeto, de especialização em serviço, quase no molde da residência. Ano seguinte foi para residência	Inserção no mercado de trabalho antes da residência	Projeto/bolsa
Carlos Marighella	Fez iniciação científica durante a graduação (remunerado). Trabalhou por um período como professor em cursinho (meses), 4 meses em projeto (Pmaq), após professor substituto (2 meses). Ano seguinte foi para residência	Inserção no mercado de trabalho antes da residência	Estágio/bolsa; projetos/bolsa; emprego formal
Frida khalo	Fez iniciação científica durante a graduação (remunerado-PET); e estagiária do Sesc (remunerado)	Ingressou direto na residência	Estágio/bolsa
Clarice Lispector	Trabalhou desde os 18 anos, era técnica de enfermagem até cursar a residência, mesmo após ser formada em psicologia (1 ano)	Inserção no mercado de trabalho antes da residência	Emprego formal

O Quadro 5 apresenta a trajetória no campo do trabalho, que coaduna com a tendência apontada anteriormente de serem jovens com tardia inserção no mercado de trabalho. As (os) jovens entrevistadas (os), quando questionadas (os) se trabalharam antes ou durante a graduação, apenas uma trabalha desde adolescente em empregos formal. No entanto, eles apresentam um perfil de jovens que passaram pela primeira experiência do trabalho, que é a fase do estágio⁵³, a maioria fez estágios de iniciação científica durante a graduação, ou estágios em empresas privadas. Em 2015, segundo dados do Inep/MEC 2015 (Abres, 2016) do total de 8.027.297 estudantes no ensino, desses, apenas 740 mil estagiam (9,2%).

Quanto a inserção no mercado de trabalho em saúde, prévia ao ingresso na residência apenas 4 entrevistadas (os) trabalharam na área de formação. Dois mediante vínculo formal, e

⁵³ A lei nº 11.788 (2008) do estágio define: “Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos” (Art 1º).

2 por regime de bolsas em trabalhos de projetos, 2 entrevistadas trabalharam em outra área, por vínculo formal, 3 residentes ingressaram direto na residência e 1 cursou o mestrado antes da residência. As (os) entrevistadas (os) que trabalharam anteriormente em projetos ou em empregos que não eram na área, acabaram ingressando na residência logo em seguida.

Quadro 6. Perfil dos preceptores e coordenadores

Dados	Função	Quanto tempo na função	Já cursou algum programa de residência?	Qual programa faz parte	Região do programa
Nise da Silveira	Preceptora	aprox. 1 ano	Sim	Programa Uniprofissional Hospitalar	Sudeste
Luiza Mahin	Preceptora	2 anos	Sim	Programas Multiprofissional APS	Nordeste
Alexina Crespo	Coordenadora	menos 1 ano	Sim	Programa Multiprofissional APS	Nordeste
Leila Diniz	Coordenadora	no programa atual, 10 anos	Não	Programa Uniprofissional Hospitalar	Sudeste

Foram realizadas quatro entrevistas com outros sujeitos que compõem os programas de residência, sendo duas com preceptores e duas com coordenadores. A preceptoría é a função exercida pelos profissionais para a supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa. Quanto aos coordenadores compete garantir a implementação do programa e gerenciar toda a organização, mediando e viabilizando as conjuntas de gestão, ensino, educação, pesquisa e extensão (BRASIL, 2012).

As duas preceptoras entrevistadas estão exercendo a função há pouco tempo, no entanto, pelo fato das duas também já terem cursado residência apresentam experiência e domínio sobre os programas. Quanto às coordenadoras, uma está na função há pouco, mas cursou programa de residência, e a outra nunca cursou residência, mas já está na função há bastante tempo. Cada uma representa uma modalidade diferente de programas, o que possibilita ter olhares diferenciados na realidade no momento da prática (Quadro 6).

4

O JOVEM TRABALHADOR NA SAÚDE: a experiência na residência a partir do trabalho, é uma manifestação da precarização do trabalho no mundo contemporâneo?

4.1 “O meu objetivo de vida, meu plano da felicidade, meu projeto da felicidade” (Carlos Marighella)

Essas palavras ecoaram durante as entrevistas. Elas simbolizam a trajetória profissional de cada jovem que foi entrevistada (o), trajetórias que se entrelaçam, mas antes de tudo, partem de suas histórias de vida e, por isso, são ao mesmo tempo singulares. Histórias que colocam o imperativo da escolha, carregam dor, frustrações, mas também alegrias, superação, persistência, determinação, euforia, dúvidas, sonhos, lutas e utopias, e porque não seria também um livro de aprendizagens. São histórias de sujeitos coletivos que expressam e demarcam um tempo, um contexto, valores e crenças. Esses sentimentos experimentados por cada jovem entrevistada (o) estão intimamente imbricados com o processo da escolha e da decisão que, para os jovens chega muito cedo.

Quase todas (os), cursaram a universidade a partir dos 16-18 anos, e poucos tinham certeza da profissão que queriam seguir. A maioria tinha afinidade pela grande área das ciências biológicas, a mais relacionada ao campo da saúde, outros tinham interesses muito diferentes, alguns pensavam em tentar garantir boas oportunidades no mercado de trabalho como forma de assegurar o futuro profissional, outros também cursaram a graduação devido à pressão social, sobretudo na classe média, de frequentar um curso superior.

“sempre gostei muito do processo criativo, aí eu achava que ou ia fazer medicina ou publicidade, mas nessas duas questões (...) o que me interessava na saúde era cuidado, principalmente os fatores psicológicos, e no processo criativo era justamente o processo em si, não a arte, a criação, então eu acabei me vendo na psicologia” (Maria da Fé, 28a, branca).

“foi assim uma escolha, um pouco da característica pessoal e também de oportunidades, porque talvez era um curso que tivesse boas oportunidades futuras profissionais e acabei escolhendo ele (...). Não foi 100% espontâneo, porque na época cheguei até prestar o vestibular para história e daí depois acabei mudando assim para a área da saúde. Então, foi uma decisão inicialmente essa sabe....eu refleti um pouco e pensei que teria mais oportunidade profissional ingressando na área da saúde” (Gilberto Gil, 27a, negro).

Para Maria, fica mais evidente uma construção que aponta para a certeza pela Psicologia pela forma como descreve o que lhe encantava na área da saúde, ao mesmo tempo

em que percebe que a mesma havia mais possibilidade de escolha de cursos. Talvez seu contexto familiar economicamente mais seguro, tenha lhe dado mais segurança para decidir pela sua profissão. Esse processo de escolha parece ter ocorrido de forma diferente com Gilberto Gil que inicialmente queria cursar História, em um cálculo racional sobre as oportunidades do mercado de trabalho em saúde, o fez optar pelo curso de enfermagem.

Essa perspectiva racional sobre o mercado de trabalho também está, de forma mesmo que implícita, na fala de Carlos e Pagu. Os dois não tinham tanta certeza do que fazer, mas os contextos escolares do ensino médio os pressionaram a pensar no vestibular o tempo inteiro, acabando por decidirem por cursos da saúde, que estariam mais ligados à área das ciências biológicas, elencada por afinidades.

"eu achava que gostava de química e biologia e fui ver quais as profissões que se encaixavam em química e biologia, eu sabia que não queria ser médica e nem enfermeira e aí eu fiz farmácia mais por acaso do que por querer farmácia. Perdida com 16 anos (risos). Perdidaça, não tinha motivos específicos, achava que eu sabia muito pouco da profissão, entrei achando que ia fazer remédio ou então ser pesquisadora no laboratório e aí tudo mudou dentro e durante o percurso na faculdade, que aí eu fui pra outros caminhos" (Pagu Galvão, 26a, parda).

"olha pra ser bem sincero a minha motivação mesmo foi mais as pessoas que estavam ao meu redor no ensino médio. A maioria das pessoas que eu conhecia iria fazer vestibular pra área da saúde (...) tinha afinidade com química, física, biologia, eu também tinha, mas não era uma pessoa muito boa assim e não tinha estímulo externo, minha família nunca me cobrou nada a respeito disso, até porque meus pais não tiveram a formação, então tinha que depender de mim". (Carlos Marighella, 28a, negro)

A pressão social motivada seja por questões econômicas e/ou aquisição/garantia de status, vai incutindo nos jovens já desde o ensino médio em que o ingresso no ensino superior deve se seguir o mais breve possível. No entanto, essa pressão social tem pesos diferentes. Para Carlos, que veio de um contexto familiar economicamente menos favorável que a de Pagu, a escolha do curso, e de ingressar no ensino superior, significou a ampliação de suas oportunidades de melhorar de vida. E apesar do mesmo afirmar que não havia cobrança familiares por não terem formação, a cobrança estava implícita. Ele teve a oportunidade de estudar em uma escola técnica federal, o que para a realidade de muitos jovens pertencentes as famílias de classe trabalhadora, com renda familiar média inferior à média das famílias brasileiras, era a chance imperdível de construir seu percurso formativo, ascender ao ensino superior, ter de oportunidades de emprego e conseguir mobilidade social.

Os questionamentos e incertezas que se passam na cabeça do jovem que ainda não vivenciou o mercado de trabalho antes de escolher sua profissão, como no caso da maioria das (os) entrevistadas (os), que passou a fase escolar dedicada somente aos estudos, são muitos na hora da escolha. Acaba sendo um caminho mesmo de muitas tentativas, aproximações, de

busca de informações e referências, como fez Zilda que transitou por algumas alternativas, passando sua tomada de decisão por uma atitude de combinação entre conhecer o curso de forma pontual, obter a aprovação em concurso de vestibular, e a possibilidade de financiar o seu ingresso pelo programa do FIES, e assim frequentar o curso possível.

"as minhas preferências sempre foram na área da saúde, inicialmente eu pensava em fazer odontologia, mas eu não passei na Federal (...) a escola promovia palestras de profissões e aí conheci, eu achava que podia ajudar as pessoas dessa forma, nesse fazer, e aí decidir fazer a Terapia Ocupacional, e antes eu até tinha tentando outras coisas que, tipo eu tinha tentando artes cênicas, cursos que não tinham muito a ver com a área da saúde, mas decidir fazer e passei no vestibular, e fiz, e foi isso". (Zilda Xavier, 30a, branca)

Assim, um dos primeiros passos, que os jovens estão trilhando para uma futura inserção no mundo do trabalho, é decidir por sua profissão, questão que se inicia, na verdade, por uma escolha condicionada pelas condições econômicas e sociais. O ingresso na graduação, contudo, para muitos não significa que as dúvidas, as incertezas, irão se dissipar pois, como alguns entrevistados relataram, foi no decorrer da graduação que o olhar sobre o curso escolhido se ampliou e, assim, as dúvidas sobre a profissão continuaram.

O fim da graduação configura outro momento crucial na tomada de decisão, visto que começa a ficar cada vez mais perto o passo a ser dado em relação ao futuro profissional, de ser considerado adulto, de deixar de ser apenas estudante. Questionamentos pairam a cabeça dos jovens: agora sou formado, sou profissional, o que eu vou fazer? Será que aprendi tudo? Será que tenho experiência? Onde vou trabalhar? Como procurar emprego? Quais chances que tenho de me inserir no mercado de trabalho? Estas questões expressam não só muitos anseios, mas também dúvidas e inseguranças expressas nas falas a seguir, evidenciando que a linearidade entre formação e inserção no mercado de trabalho é cada vez mais rara:

"(...) eu pelo menos sai um pouco insegura, agora vou clinicar, vou atender sozinha e se por acaso fosse pra clinicar, eu tinha muito dessa coisa, eu preciso de mais prática (...)" (Clarice Lispector, 33a, branca)

"porque eu tenho muita segurança profissional hoje e isso eu não tinha quando sair da graduação e a residência me proporcionou isso sabe, a segurança para estar atuando profissionalmente em diversos âmbitos" (Gilberto Gil, 27a, negro)

"quando estava formando, último período fiquei muito perdida e com muito medo de ficar trabalhando no privado, não queria, tinha pânico" (Pagu Galvão, 26 anos, parda)

"eu via o relato de pessoas que já estavam na área a bastante tempo e reclamavam que não conseguiam emprego ou que se conseguiam era ganhando muito pouco, então isso me deixava um pouco preocupada no começo, mas quando a gente acaba de se formar, acham que é exagero o que as pessoas falam, então isso ficava confuso na minha cabeça, se era ruim tanto como estavam falando ou se era tão bom o que os meus professores falavam na faculdade" (Margarida Alves, 24a, branca)

O medo, a insegurança, sentir-se perdida (o), confusa (o), são sentimentos e anseios companheiros na hora da decisão do que fazer após de formado. Percebe-se na fala de Clarice e Gilberto, que não tinham confiança para atuar profissionalmente, não se sentiam preparados com o aprendizado da graduação. Nesse mesmo sentido, Pagu e Margarida, além de não se sentirem preparadas, pensavam no mundo do trabalho que iam enfrentar, como o trabalho voltado para o mercado privado, ou as disputas e dificuldades de inserção. Esse turbilhão de sentimentos é uma fase crucial, decisiva dos jovens, que é da transição escola-mundo do trabalho, e isso remete a algumas questões.

No que se refere à formação, o sentimento da insegurança pode estar associado à forma como a saúde a estrutura em termos pedagógicos. O ensino pautado na compartimentalização, na especialização, faz os recém-formados se sentirem inseguros para atuar em determinada área, visto que muitos alegam a formação generalista. Isso é também apontado pelas preceptoras entrevistadas, para as quais as dificuldades que os jovens recém-graduados encontram no mercado de trabalho se deve a essa característica, o que impele à busca por uma especialização.

"Porque o currículo generalista ele tem várias disciplinas na área, vários estágios voltados pra saúde, então isso tem levado os estudantes bastante a procurar, quando eles gostam, eles querem se especializar mesmo nessa área" (Nise da Silveira, preceptora há 1 ano e meio)

"Os recém graduando eu acho que é uma forma de... eu acho que tem o processo formativo mais forte, eu acho que ele vê a residência como uma forma de continuar sua formação e aí se especializar no caso, ele tem sua graduação que é essa formação de generalista (Luíza Mahin, preceptora há 2 anos)

Esse aspecto, em conexão com o processo de transição escola-trabalho, é observado por Guimarães (2006). Ela afirma que os modos de institucionalização do sistema escolar pesam e realizam uma pressão nesse processo, pois a enquanto a via educacional é voltada mais para formação de habilidades específicas e profissionalizantes, o mercado de trabalho não valoriza a formação mais generalista, considerada frágil na promoção de oportunidades de inserção laboral.

Outro aspecto bem marcante nas falas é que a formação em saúde considerada é mais teórica, limitada, carregando um sentido mais tecnicista, conforme apontado no capítulo dois sobre a discussão da origem da formação em saúde.

"ressignificando várias coisas, da vida, do SUS... enfim está sendo bem bacana, dos conceitos de que a gente pouco viu na graduação, que eu vi um pouco mais no mestrado, que eu agora estou aprofundando um pouco mais, de conceitos que eram muito mais abstratos" (Ângela Davis, 28a, negra)

"é um curso muito técnico, ainda é vista como um curso muito técnico (...) Só que aí quando eu entrei no movimento estudantil, a gente foi vendo outras coisas, outras

áreas, vendo a sociedade, e se vendo como profissional de saúde e profissional do SUS, que me foi muito pouco apresentado na faculdade” (Pagu Galvão, 26a, parda)

“currículo em que somos formados, mostra assim uma limitação enorme, do ponto de vista do controle social, da participação popular, dessa integralidade, dessa articulação com a rede, realmente eu tinha uma visão muito restrita, desse ponto de vista, eu sabia que eu tinha que ver o sujeito como um todo, de uma visão holística, mas não sabia o que fazer, porque na universidade não tinha essa experiência né” (Zilda Xavier, 30a, branca)

Desta forma, é possível supor que essa bagagem mais teórica e tecnicista, talvez não dialogue com a realidade, não a realidade que é apresentada nos livros, mas a realidade que ainda não foi vivenciada, não exercitada. Trata-se de um hiato entre de um lado o que se aprende, o escopo teórico da profissão, como ela deveria ser, suas normas, condutas; e, de outro, a realidade que se apresenta em sua extrema complexidade, com contextos socioeconômicos, culturais e religiosos completamente diferentes, elementos estes que para saúde são primordiais.

Cabe mencionar que nessa transição escola-trabalho, o jovem recém-formado encara uma realidade complexa que é o mundo do trabalho no qual ele sabe que precisa conquistar um espaço que lhes é inteiramente novo. Como apresentado anteriormente, trata-se de uma geração que praticamente não teve experiência de emprego paralelo a graduação, tendo tido a maioria dos entrevistados o primeiro contato com o mundo do trabalho através dos programas de iniciação científica ou de estágios em empresas privadas. Assim, o medo do novo, do desconhecido, de um mercado de trabalho que vai exigir para além das experiências que alguns tiveram, o medo ao pensar que agora, ele é o profissional, é o responsável por suas atividades, surge o espaço para a insegurança, para pensar se de fato ele aprendeu o suficiente na graduação para atuar sozinho.

Este é um aspecto que se associa à formação mais teórica e tecnicista da saúde. Além disso, um aspecto crucial na formação em saúde que contribui para esse sentimento de insegurança frente ao mercado de trabalho é a ênfase no escopo teórico da profissão, no que deve ou não fazer, nas condutas e técnicas, mas não nos é ensinado sobre o mundo do trabalho. Há apenas disciplinas sobre ética, ou seja, sobre que conduta tomar ao exercer a profissão de acordo com as leis sobre o controle que os conselhos profissionais exercem sobre a profissão, apenas o lado do dever sob o aspecto da legalidade dessas condutas e normas.

Mas, o mundo do trabalho vai muito além disso. Há aspectos que só se aprendem na prática, que um livro ou artigo não ensinam, que as normas, regras, teorias, só fazem sentido ou não vivendo, experienciando, sentindo. Também não há na formação em saúde informação e discussão sobre a estrutura do mercado de trabalho, como nos inserimos nele, como nos

construímos enquanto trabalhador, quais são os direitos e deveres, como os trabalhadores se organizam atualmente. Nos é ensinado a ser “profissional em saúde”, não “trabalhador em saúde” ou melhor, que somos classe trabalhadora⁵⁴. Nos é ensinado a parte da técnica, mas a parte sociológica e histórica do trabalho nos falta. Assim, essa é a fase das “escolhas”, marcada por múltiplos conflitos. Mas como aponta Melucci apud Tartuce (2007, p. 121), “os jovens são o grupo social que mais expressa esses dilemas, porque, biológica e culturalmente, eles se situam em uma relação íntima com o tempo, visto e vivido como uma dimensão significativa e contraditória da identidade”. É a fase da “liminaridade”, “disponibilidade” e da “insegurança frente ao futuro, visto que a transição para o trabalho é marcada por valores econômicos, sócio-históricos e culturais” (DUBAR 1998 apud TARTUCE, 2007, p.115). Para o autor Dubar (1998), trata-se de um processo cada vez mais difícil, aleatório e doloroso, sobretudo para os jovens: “que saem com títulos escolares que se desvalorizam e que devem passar por uma formação pós-escolar que não desemboca necessariamente sobre empregos estáveis e necessita de estratégias cada vez mais complexas”

Como apresentado no capítulo 1, a residência é um programa de formação/qualificação na modalidade especialização lato sensu, que financia bolsa para profissionais formados. Para compreender se a residência constitui para os jovens recém-graduados uma forma de prolongamento da escolarização, em busca de mais competências e habilidades para inserção no mercado de trabalho, nos trataremos a seguir do ponto de vista dos entrevistados que foram questionados sobre os motivos que informam a decisão de cursarem a residência em área profissional da saúde.

A partir das entrevistas a princípio, percebem-se dois movimentos entrelaçados: de um lado a busca da experiência, da prática e, do outro, a residência como sendo de fato estratégia para inserção no mercado de trabalho.

⁵⁴ Nesta afirmação, cabe destacar que o sentido aqui empregado dessa oposição entre profissional e trabalhador, é se referindo a uma histórica construção das profissões, a qual é não é o foco da discussão. Mas de forma sucinta a “sociologia das profissões, até a década de 1960, de forma geral, apresentava os grupos profissionais como: a) comunidades homogêneas reunidas em torno dos mesmos valores e de um mesmo código de ética; b) detentores de um poder assentado sobre um conhecimento científico tomado como absoluto e dado”. Sendo que essas divisões e/ou abordagens das profissões são socialmente construídas, portanto fazem parte da divisão social do trabalho, que muitas vezes levam a hierarquização, e por consequência levam a disputas no mercado de trabalho. Construção essa que também faz parte da história das profissões da saúde (FRANZOI, 2009). Assim, a crítica apontada neste parágrafo é que de forma mais preponderante, a formação em saúde valoriza mais essa construção de profissão, em detrimento de formar os profissionais enquanto trabalhadores constituintes de uma classe. A classe a qual me refiro, é classe trabalhadora/proletária, que na perspectiva marxiana, é aquela desprovida de meios de produção e dona apenas da sua força de trabalho, a qual vendem para garantir a sobrevivência, ou seja, onde os profissionais trabalhadores assalariados estão inseridos. Assim, falta na nossa formação reconhecimento de classe de trabalhadora.

4.2 “Necessitava vivenciar de forma mais visceral a atuação prática” (Ângela Davis)

Seguem-se algumas falas, em um primeiro momento, explicitam o que poderia ser o primeiro objetivo dos recém-graduados: a tão desejada experiência profissional.

“Necessitava vivenciar de forma mais visceral a atuação prática (...) aquela coisa de associar uma teoria a uma prática e fazer sentido pra mim, e agora as coisas tem feito um pouco mais de sentido (...) e aí agora eu estou tentando fazer uma práxis, que a partir do que eu ouvir, e do que eu observei, tentar me inserir nesse mundo de um forma mais visceral, digamos assim (risos)” (Ângela Davis, 28a, negra)

“Então, durante a graduação, sentia muita falta da vivência prática, o que me levou a seguir esse caminho da residência foi a prática. Foi estar próximo da prática e ainda sim ter/estar junto com ensino, com o estudo junto. Por que a residência consegue fazer essa ligação entre a aprendizagem e prática” (...) (Gilberto Gil, 27a, negro)

“Que lá tinha vivência prática, era muito mais prática do que teoria. Achava que meus professores falavam que tinha bom embasamento teórico e faltava a prática, aí achei que a residência era a melhor opção por ter bastante prática” (Margarida Alves, 24a, branca)

“Sempre quis ir para essa área da docência, só que eu não queria dar aula sem ter o conhecimento da prática, da atuação mesmo como profissional” (Frida Khalo, 23a, parda)

As falas de Ângela, Margarida e Frida sugerem que a formação profissional precisava se efetivar na realidade, o que indica que seu curso lhe propiciou em grande medida formação teórica. Gilberto também apontou essa necessidade, mas complementa que a premissa do ensino em saúde é precária, a integração teoria-prática, ou seja, o aprendizado teórico deveria se efetivar na prática. Assim, a residência seria o espaço desse processo, visto que os programas, como já foi apresentado, têm em sua composição 80% da carga horária composta do que é chamado de prática.

Não é o foco desta análise discutir as concepções teóricas da educação, mas de aqui enfocar a necessidade e o peso que os estudantes dão ao elemento da prática na sua formação. Mas do que uma necessidade, é como se sem ela não faria sentido nada do que foi aprendido. Como expressa Ângela em sua fala, na residência ela está conseguindo dar sentido as teorias aprendidas em sala de aula.

Mas o que constitui essa parte prática? Para a saúde seria o processo em que o estudante exercita o ato profissional, ou seja, a atuação prática que eles almejam seria o ato do trabalho em si não exercitado na formação na graduação? Consistiria em dar sentido, uma dimensão útil ao seu aprendizado?

Outro ponto que chama atenção é como a palavra prática para alguns parece ser colocada no sentido de “práxis”. No entanto, para compreender melhor a diferença que existe

entre elas, bem como a necessidade do conhecimento prático apresentado por eles, recorreremos a algumas definições.

Como afirma Vasquez (1980, pág. 245), “toda práxis é uma atividade, mas nem toda atividade é práxis”. Segundo o autor, pode-se definir atividade como “o ato ou conjunto de atos em virtude dos quais o sujeito ativo (agente) modifica uma matéria prima dada” (pág. 245). Ele afirma, portanto, que ao executar uma atividade, sem especificar o tipo de agente que realiza (se é um fenômeno físico ou biológico, um animal ou um humano), nem a matéria prima sobre a qual se pode atuar (se é sobre um corpo físico, um instrumento, um grupo, uma vivência, ou uma instituição social), nem a espécie dos atos realizados (físicos, psíquicos ou sociais), não conseguimos afirmar, que tipo de transformação é essa. Sendo que o resultado dessa atividade pode ser qualquer coisa, uma partícula, um conceito até mesmo um novo sistema social.

Assim, para a atividade ser compreendida enquanto práxis, ela precisa estar além, o agente que realiza esta atividade precisa se opor a passividade, não deve estar somente na possibilidade ou disponibilidade de atuar. Para Vasquez (1980), a atividade adquire o caráter de práxis quando ela agrega valor ao produto final, quando o objetivo previsto implica em transformação, ou seja, uma atividade conscientemente orientada, que engloba também para além do real, do objeto, a dimensão subjetiva, possibilita tanto a transformação da natureza, como do próprio agente. Assim, nem toda atividade é práxis, portanto, não podemos confundir o ato de executar uma atividade como práxis como é perceptível em algumas falas.

Neste mesmo sentido, para compreender a distinção que alguns entrevistados fazem dessa relação teoria e prática, Kosik (2002), observa que a categoria práxis, após suas modificações históricas, já foi entendida como uma forma de praticar a sociabilidade, como uma função correlata do conhecimento teórico e como uma técnica de agir e de manipular o material humano e as coisas. Mas, para o autor a relação teoria-práxis não pode ser limitada, hierarquizada, a teoria não pode ser fator auxiliar da práxis ou vice versa, mas deve ser compreendida na historicidade de como essa relação se manifesta e se caracteriza, pois

“a práxis se apresenta sob a forma histórica de manipulação e da preocupação (...) e tampouco se pode conhecer a natureza da práxis partindo da distinção entre o homem da práxis e o homem da teoria, entre praticidade e teoricidade” (pág. 221).

Para Kosik (2002), a práxis está relacionada a natureza que conforma o homem, portanto é a manifestação da realidade, é a parte que se manifesta do ser humano. Para ele, a práxis é “a determinação da existência humana como elaboração da realidade. É uma

atividade que se produz historicamente a partir da unidade do homem e do mundo, da matéria e do espírito, de sujeito e objeto, do produto e da produtividade” (p.222).

Essa elaboração da realidade, se conforma na medida que o homem objetiva as suas ações, sendo a práxis “tanto objetivação do homem e domínio da natureza quanto realização da liberdade humana” (p.225). E essa realização ocorre por meio do trabalho, como expressa o autor: “a tridimensionalidade do tempo como forma da sua própria existência se manifesta ao homem e se realiza no processo da objetivação, quer dizer, no trabalho (p.224). Ou seja, o trabalho é onde o homem expressa, concretiza sua ação anteriormente apenas idealizada, onde ele põe em prática sua idealização. O autor complementa, que a práxis tem ainda como dimensão, abrir o homem para realidade em geral.

Partindo dessa concepção, compreende-se que a relação de práxis aqui expressa pelos residentes se distancia um pouco. Mas, quando em um primeiro momento, analisamos a fala de Ângela, e mais superficialmente a de outros entrevistados, a necessidade da prática enquanto possibilidade de projetar e realizar o seu trabalho nos serviços de saúde, de vivenciar a realidade como ela é, de sentir na pele o que a realidade pode oferecer nas suas mais variadas circunstâncias, parece nos levar a entender que poderia haver essa aproximação com o caminho da práxis.

Visto que, para eles atuar na prática, seria interagir com a vida, com os problemas, com as dificuldades, com a complexidade que a sociedade apresenta. Seria, portanto, sentir a visceralidade desses sentimentos na concretude, como afirma Ângela, em que a experiência apenas na teoria ou apenas na prática parecem não possibilitar. Na verdade, isso só seria possível no espaço da integração teoria-prática. Espaço esse que, de forma implícita nas falas, parece que a graduação ficou a dever, pois eram vistos como apenas estudantes, e a residência teria a possibilidade de cumprir tal função.

Nesse sentido, na percepção das (os) entrevistadas (os), a residência parece abrir espaço para eclodir, sentir, experimentar os sentimentos dessa relação trabalho e sociedade. Assim, pode ser interpretada a motivação de Frida, de não ficar apenas com a teoria na sua atuação prática, ela precisava objetivá-la.

Esses sentimentos, essas sensações, essas necessidades, nos permite até correlacionar com a afirmação de Kosik (2002), em que para ele a práxis:

“compreende além do momento laborativo – também o momento existencial: ela se manifesta tanto na atividade objetiva do homem que transforma a natureza e marca com sentido humano os materiais naturais, como na formação da subjetividade humana, na qual os momentos existenciais como angústia, a náusea, o medo, a alegria, o riso, a esperança etc. não se apresentam como experiência passiva, mas como parte da luta pelo reconhecimento, isto é, do processo da realização da

liberdade humana. Sem o momento existencial o trabalho deixaria de ser parte da práxis” (p. 224).

Essa motivação inicial de objetivar a prática numa realidade concreta, que no caso, é o campo da saúde, tinha um sentido específico para alguns: atuar e ter experiência no SUS.

“Meus estágios da graduação foram muito ruins, e aí eu tinha enquanto projeto de vida não ia entrar no mestrado depois que eu... que eu não ia sair da graduação pra fazer mestrado, porque eu achava muito incoerente você ser um profissional de saúde sem nem ao menos experimentar o SUS, então eu sempre tinha isso assim, ah eu vou fazer a residência que é um jeito de eu ganhar grana, me qualificar e estar no SUS” (Nina Simone, 27a, negra)

“O que me levou a fazer a residência foi é um período de imersão no SUS, seja como for, na residência eu vou estar ali vivendo da maneira que eu possa viver mais, é no programa de residência” (Pagu Galvão, 26a, parda)

Vale ressaltar que essas duas entrevistadas estudaram em universidade federal que deveriam ter suas práticas vivenciadas de forma intensa no SUS, conforme também se constata também em outras falas, principalmente das entrevistadas que cursaram faculdade privada como Maria:

“Eu acho que a minha visão crítica ela aumentou muito, me aprofundei nessas experiências práticas mesmo, da rede, de importância da rede, de entender a importância do SUS, a forma de constituição dele, de entender muito mais uma realidade que eu não vivia, não era uma realidade que era próxima a mim” (Maria da fé, 28a, branca)

“A primeira residência assim é, o que mais me motivou mesmo foi o processo de trabalho (...). Na residência sempre houve espaço de luta, de contato com os usuários (...) decidi em virtude dessa fato, de estar perto do povo, dos usuários, de conhecer suas histórias (...) na graduação nós pegamos um aspecto muito manicomial e pouco existia CAPS e eu tinha curiosidade de conhecer essa política e de como as pessoas faziam” (Zilda Xavier, 30a, branca).

Entretanto, a expressão do desejo de exercitar a prática no sistema público de saúde, sendo esse aprendizado objetivado em um espaço concreto, real, que sempre esteve marcado por lutas dos movimentos sociais, por discussões acadêmicas e pela população em geral, permite começar a perceber que, mesmo tendo esse pano de fundo como um contexto maior, não se trata exatamente de realização da práxis.

As entrevistas sugerem tratar-se de uma necessidade da prática com caráter mais instrumental do aprender. Na verdade, seria o aprendizado necessário para atuar no SUS, como evidencia Nina cuja parte da prática durante a graduação não propiciou o aprendizado. Zilda também coloca a necessidade de compreender elementos que pudessem contribuir com sua atuação profissional e desta forma, a residência possibilitaria esse espaço de exercitar.

Assim, as entrevistas parecem indicar que a residência poderia ter esse caráter da práxis quando se referem a um prática concretizada, projetada para o sistema público, o que sugere que nele se poderia efetivar mudanças e transformações. Contudo, apontam sobretudo

para um caráter de um aprendizado pela prática. Essa mesma observação foi apontada por Andrade (2015) em seu estudo sobre as residências:

“A concepção da relação teoria-prática na visão dos residentes nos aponta para a seguinte questão: há uma formação cuja concepção hegemônica vem produzindo uma fragmentação da relação teoria-prática, que parece expressar principalmente uma desarticulação entre a academia e os serviços de saúde (...) Essa formação, fragmentária e academicista, se constitui nas condições materiais em que esses residentes vêm desenvolvendo uma concepção da teoria como aquela que responde a esses anseios vivenciados no cotidiano do trabalho. Nesse sentido, consideramos que a residência multiprofissional se desenvolve em uma realidade tensionada por dois extremos, a saber: o senso comum dos residentes que revela o caráter pragmático do trabalho profissional, ou seja, a busca própria pela eficácia, que é também necessária para o alcance de resultados concretos; em outro extremo, uma formação de caráter marcadamente academicista, que desvela a prática fragmentária da relação teoria-prática e o distanciamento academia e serviços de saúde.” (p.159-169).

Portanto, concordando com a autora, o lugar da necessidade dessa prática tão evidenciada pelos residentes coloca-se mais na perspectiva da concepção pragmatista da formação. Segundo Ramos (2010, p. 123), o método pragmático tem como princípio a “relação do sujeito-objeto no processo da apreensão do real”, ou seja, em que o conhecimento será verdadeiro porque é útil. Assim, o sujeito aprende porque acredita que isso terá utilidade prática, e não o contrário. O pragmatismo, dessa forma, tem como critério a verdade, sempre “desejando provar o verdadeiro como aquilo que é útil”, esta utilidade sendo a forma de garantir “o êxito, a eficácia da prática do homem entendida como prática individual” (p.128).

Em oposição, a filosofia da práxis, coloca o conhecimento como útil se é ele verdadeiro, ou seja, se essa utilidade do conhecimento prático apresenta uma utilidade social. A prática, portanto, será uma “ação material, objetiva, transformadora, que corresponde a interesses sociais e que, considerada do ponto de vista histórico-social, não é só produção de uma realidade material, mas sim criação e desenvolvimento incessantes da realidade humana”. Neste sentido, o sujeito nessa relação com o objeto, com o conhecimento produzido precisa a partir da apreensão da realidade, distinguir o que é essencial e acessório (RAMOS, 2010, p.128).

Portanto, cabe à residência mais esse espaço do pragmatismo, do aprendizado que é útil, mesmo que em alguma medida, alguns apontem que ela possibilita em determinados momentos, um aprendizado mais político que seria conferido pela realidade material, ou seja, pela atuação no sistema público de saúde.

4.3 A Residência enquanto prolongamento da escolarização versus dificuldade de inserção no mercado de trabalho:

4.3.1 Necessidade de construir uma segurança profissional: *“Porque eu tenho muita segurança profissional hoje e isso eu não tinha quando sair da graduação e a residência me proporcionou isso sabe”* (Gilberto Gil)

Passando do primeiro olhar, as motivações dos residentes para a escolha da residência também revelam a necessidade de obter condições materiais e objetivas de existência, bem como os medos e as inseguranças na construção do ser profissional.

“se eu fosse dizer eu saindo da graduação e eu saindo da residência eu vejo que meu ganho na residência foi muito, muito, muito bom assim. Porque eu tenho muita segurança profissional hoje e isso eu não tinha quando sai da graduação e a residência me proporcionou isso sabe, a segurança para estar atuando profissionalmente em diversos âmbitos” (Gilberto Gil, 27a, negro)

Aqui cabe perceber, o porquê dessa construção subjetiva que se torna necessidade ter uma segurança profissional antes para ir a prática, antes de procurar um emprego no mercado “formal”. Uma associação interessante que pode ser feita é que como apresentado na descrição dos entrevistados, a maioria teve inserção “tardia” no mercado “formal” (porque, conforme apontado, de alguma forma todos começaram antes, mas no campo ainda acadêmico). Das (os) dez entrevistadas (os), quatro ingressaram direto na residência logo após finalizar a graduação; uma ingressou direto no mestrado e logo após na residência; três ficaram um período trabalhando em projeto, preparando-se para residência, pois desde a graduação já tinham como objetivo cursá-la; apenas duas tinham experiência de trabalho antes de ingressar na residência, quando conheceram a residência.

Outra questão a ressaltar é que estes jovens, em sua maioria, não consideram suas experiências anteriores como trabalho, a exemplo, daqueles (as) que fizeram estágio em iniciação científica ou em empresas privadas, que consideram que nunca trabalharam, pois, estágio não seria um trabalho. E as (os) entrevistadas (os) que já tiveram experiência de trabalho formal, também não consideram a experiência do trabalho anterior, acham que ainda lhes faltam prática, porque atuariam como “profissionais” em algo em que ainda não tinham trabalhado. Ou mesmo até uma residente que já havia trabalhado dois anos na APS considerava sua formação insuficiente, por ter ocorrido em uma faculdade particular, que não lhe proporcionou o conhecimento sobre o sistema público de saúde, sendo a residência a oportunidade de vivenciar esse lugar, como é expresso pela fala de Zilda.

“Aí eu decidi, eu vou ficar nessa residência que sei que vou aprender muito, embora eu tivesse a insegurança e a dúvida, do que ia fazer depois, se não ia ficar fora do

mercado de trabalho de novo, mas eu decidi em virtude desse fato, de estar perto do povo, dos usuários (...) eu tinha curiosidade dessa política e de como as pessoas faziam, aí nesse intuito mesmo, de aprender” (Zilda Xavier, 30a branca)

Nessa perspectiva, a residência contribuiria para aquisição de mais segurança profissional para atuar, talvez porque as instituições confeririam mais respaldo acadêmico, visto que os profissionais preceptores e tutores conferem esse caráter de apoio inicialmente, garantindo um respaldo profissional nessa transição da “escola-trabalho”. Ou ainda, garantindo um maior conforto pela não pressão de um trabalho formal, que seria conferido pelo “caráter estudante” que a residência confere, amenizando em partes as responsabilidades de trabalhador, como fica perceptível nas falas de Ângela e Nina:

“Eu acho meio trabalho porque a gente tá na clínica, a gente está desenvolvendo trabalho, porque a gente assina, a gente carimba, a gente tem responsabilidades, mas ao mesmo tempo a gente está num processo formativo que nos coloca num lugar mais confortável de um trabalho” (Ângela Davis, 28 anos, negra)

“Eu não sou trabalhadora e sou profissional, isso de certa forma me traz privilégios, não necessariamente eu tenho que ter o mesmo tempo de respostas das coisas que o trabalhador tem que ter, eu geralmente não fico responsável por nada assim diretamente, de a única responsabilidade é minha” (Nina Simone, 27a, negra)

4.3.2 O prolongamento da escolarização torna-se um caminho natural: *“eu achava que o caminho mais natural era esse de fazer a residência, que ela ia abrir portas para o mercado de trabalho formal” (Carlos Marighella)*

As estratégias acionadas pelos jovens recém graduados da saúde que ressaltam, por exemplo, a necessidade de adquirir mais segurança para atuar, pode levar à naturalização de um caminho a ser percorrido na formação. Na verdade, tudo sugere que esse caminho, já tão naturalizado, ultrapassa essa dimensão, pois para o mercado passa ser um diferencial para a empregabilidade, como explicitado na fala de Carlos quando indagado sobre por que se decidiu pela residência:

“Primeiro porque eu tinha a consciência de que me formar e ingressar logo no mercado de trabalho ia ser muito difícil, e eu tinha um projeto (...) como eu queria trabalhar com gestão, queria pesquisar e ensinar sobre gestão, eu achava que o caminho mais... não que fosse fácil, mas viável pra mim, já que eu não fazia parte de partido político, eu tive muitos amigos que quando terminou foram logo pra gestão, então eu achava que o caminho mais natural era esse de fazer a residência, que ela ia abrir portas para o mercado de trabalho formal” (Carlos Marighella, 28a, negro)

Nota-se que para ele a residência era o caminho natural para abrir portas do mercado de trabalho. Isso sugere que algumas questões podem estar implicitamente colocadas para o setor saúde no que se refere à formação. Conforme, explicito no capítulo dois, as residências

multiprofissionais têm origem na residência médica, o que foi seguido por outras profissões da saúde. Assim, o discurso de naturalização propagado pela categoria médica, passou também a ser adotado por essas outras profissões, naturalizando esse percurso.

A saúde trilhou um caminho da especialização para todas as atividades do campo, o que gera demandas de cursos nessa perspectiva, conforme apresentado no capítulo dois, sobretudo a partir da adoção do modelo gerencialista no setor. Atualmente percebe-se que a residência é um fator de diferenciação para ingresso em qualquer setor da área da saúde, principalmente para quem busca inserção na assistência. Já é recorrente nas seleções a exigência ter cursado a residência, não é mais um diferencial, é uma condição, condição até para atuar no SUS. Essa realidade pode ser visualizada na fala de Ângela:

“Eu odeio essa palavra mercado de trabalho e nem quero trabalhar, nem quero está no mercado de trabalho, quero está no SUS, no serviço público de saúde, sei que eu sou bem idealizadora, mas é o que eu quero, e não garante, não tem garantia de nada pra ninguém, mas aumenta as possibilidades de eu me inserir na atenção básica, e até se eu quiser trabalhar no serviço privado de saúde (Ângela Davis, 28a, negra)

Outro aspecto chama atenção na fala de Carlos, que pode contribuir para naturalização da residência, mas que não é foco dessa pesquisa, são as condições históricas e políticas construídas pelas profissões da saúde. São as relações estabelecidas socialmente ou familiarmente, que facilitam a entrada no mercado de trabalho.

4.3.3 Prolongamento da escolarização, qualificar para empregabilidade: “Ter a residência era o mínimo, se você não tivesse não passava nem da porta” (Pagu Galvão)

Assim, o foco a ser destacado, é que essa naturalização, principalmente pode estar relacionada com as condições produzidas pelo mercado de trabalho atualmente em descompasso com a educação.

Como as entrevistas realizadas tiveram como escopo residentes cursando e egressos, consegue-se ter um panorama das expectativas de quem ainda não está no mercado de trabalho, assim como de quem já enfrentou os desafios após concluir a residência. Cinco entrevistadas (os) têm clareza de que a residência não garante inserção no mercado de trabalho. No entanto, para eles aumentam de fato as possibilidades de inserção profissional, é uma experiência que contribui, é o mínimo, facilita a inserção, como pode ser exemplificado na fala de Pagu e Gilberto:

“(...) ter a residência ou não... ter a residência era o mínimo, se não tivesse não passava nem da porta (...) foi meio cruel assim, eu fiquei bem chocada com as entrevistas que fiz, era ah não você não tem experiência, é o mínimo, imagina se não tivesse feito...” (Pagu Galvão, 26a, parda)

“Depois que terminei a residência eu fiquei um tempo desempregado, garantir de modo algum né, mas assim o que me facilitou foi ter essa experiência, e também de certa forma facilitou a reinserção no mercado de trabalho” (Gilberto Gil, 27a, negro)

Contudo, duas egressas afirmaram que a residência garantiu sua inserção no mercado de trabalho. Outras (os) três entrevistadas (os) colocam que não garante inserção, além de não a verem como possibilidade de aumentar de forma significativa as chances no mercado de trabalho, pois consideram que no mercado, o que prevalece são indicações de outrem.

“Olha garantiu, vou ser sincera garantiu sim, porque aqui na região, não tinha muitas pessoas com esse tipo de formação na minha área, então quando eu fui procurar emprego em hospital ou até mesmo em universidade, isso contou como um diferencial pra mim” (Maria da fé, 28a, branca)

“Então geralmente nesses contratos, ou é “peixada” ou então eles não valorizam né, poucos profissionais conseguem voltar pra aquele local que ele trabalhou e que já conhece muito bem” (Frida Khalo, 23a, parda)

A mesma necessidade imposta pelo mercado é observada pelas preceptoras e coordenadoras:

“E outro ponto, é a questão que já falei a residência ela está virando quase um pré-requisito, você sai da graduação e então há não tem que fazer residência, assim como mestrado, doutorado, e a gente está cada dia mais, graduação todo mundo tem que ter, então o que vai ser o diferencial pra mim no mercado de consegui um bom emprego” (Nise da Silveira, preceptora)

“Elas procuram, no meu programa, primeiro porque tem a parte prática, segundo, na nossa área da enfermagem obstétrica elas tem uma percepção coletiva de que confere melhor habilidade técnica, e quando confere habilidade técnica ela tem um plus a mais no mercado de trabalho, então ela procura pra obter a experiência como enfermeira” (Leila Diniz, coordenadora)

Elas afirmam que para o mercado a residência é um pré-requisito, confere diferencial, “plus” a mais para o mercado, o profissional tem que buscar melhorar sua qualificação.

Mas percebe-se que a maioria deles apesar de serem jovens e com pouca ou nenhuma inserção no mercado de trabalho, apresentam visões bem realistas e até pouco otimistas, pois de forma explícita em algumas falas e implícita em outras, reconhecem a crise econômica na qual estamos inseridos, o quanto têm que lutar para a sua inserção no mercado de trabalho.

“Não, essa foi outra luta aí, que nos concursos a gente deveria ter vantagem né (risos) mas por enquanto a gente não tem” (Clarice Lispector, 33a, branca)

“Às vezes eu acho que sim, mas eu sei que não é tão fácil desse jeito. Porque tem muita gente na minha área, muita mesmo, e o que acaba valendo é o que indica, eu ter feito residência talvez não pese tanto quanto a menina, que é amiguinha do cara que trabalha no lugar” (Margarida Alves, 24a, branca)

"O mercado em saúde está em crise e aí a probabilidade de eu conseguir um emprego diminui bastante" (Nina Simone, 27a, negra)

Portanto, as entrevistadas reconhecem as dificuldades do mercado de trabalho mesmo diante a formação em pós-graduação que adquiriram. Esse descompasso entre a formação e mercado de trabalho não é exatamente novidade. Prandi (1982), décadas atrás, evidenciava a saturação do mercado para os jovens egressos do ensino superior (apenas graduação). Em seu livro os "Favoritos degradados", os poucos privilegiados a cursar o ensino superior, já tinham dificuldade de manter viva a promessa de mobilidade social, as vantagens postas fizeram parte de um pacto silencioso de mudança.

Nesse período os jovens amargavam a crise da chamada década perdida que se seguiu ao milagre econômico. O autor afirma que o ensino superior então consistia um fator primordial para a mobilidade social da classe média urbana da época. No entanto, recortando para o período atual, esse caminho da educação já configura e muito o sonho de muitos jovens de classes sociais mais economicamente menos favorecidas, como demonstrado anteriormente no perfil dos entrevistados, em que maioria provém de família de classe média baixa.

Os egressos do ensino superior nesse período apontavam que a saturação do mercado era por consequência de aumento de vagas do ensino superior. No entanto, Prandi (1982), chamava atenção para outros aspectos das questões que ultrapassam esse individualismo. Para ele, os jovens não dão conta de identificar a descaracterização das profissões universitárias nos moldes da qualificação e que se trata de um contingente de profissionais com alta escolaridade remunerados com salários cada vez mais rebaixados. O autor aponta ainda que eles também não percebem que a política educacional além de atender a necessidade de expansão de vagas, atendeu principalmente o mercado capitalista que proletariza os trabalhadores rompendo a lógica do "trabalhador coletivo" pelo "individual", além da parcelização e alienação do processo de trabalho.

Caminhando para década 2000, observamos um agravamento dessas condições para os jovens com diploma de ensino superior. Segundo Alves (2012), as estratégias para driblar o afunilamento do mercado de trabalho se deslocam para pós-graduação lato sensu, com o intuito de obter vantagens competitivas que auxiliem na prevenção do desemprego. Para Matos (2007), na verdade a alta especialização, ou alongamento da escolaridade voltado para a pós-graduação, pode mascarar os altos índices de desemprego ou das condições precarizadas de trabalho, o que foi identificado em sua pesquisa com estudantes de pós-graduação anteriormente apresentada.

Esse é, portanto, o retrato atual dos jovens residentes, com pós-graduação. Jovens que, na verdade, já ultrapassaram a formação requerida na década de 1980, ou seja, o ensino superior. A graduação não garante mais a inserção no mercado de trabalho. Contudo, atualmente a seletividade do mercado atingiu níveis tão altos que mesmo a pós-graduação *stricto sensu*, embora condição importante, já não garante a obtenção de um posto de trabalho. Essa afirmação pode ser corroborada pelos dados de emprego e desemprego para o período em que os jovens residentes cursam e cursaram a residência (2014-2016): a taxa de desemprego geral quase dobrou em nesse intervalo, saindo de 6,5%, no quarto trimestre de 2014, para 12,3%, no quarto trimestre de 2016. Quando fazemos um recorte para idade dos jovens entre 14 a 24 anos, as taxas saltam de 20%, em 2015 para 27,2%, no ano de 2016. Para os jovens adultos residentes que se encaixam na faixa de 25 a 59 anos, a taxa de desemprego também se elevou, saindo de 6,9% em 2015 para 9,1% em 2016.

Quanto à ocupação, vem apresentando trajetórias de quedas, o ano de 2016 registrou uma média de 90,4 milhões de pessoas ocupadas, enquanto em 2015 esta média era de 92,1 milhões, assim, a taxa de ocupação para a população em idade ativa (PIA) em 2015 era de 56,1%, enquanto em 2016 passou para 54,3%. O ano de 2016 fechou com a destruição de 1,371 milhão de empregos (IPEA, 2017). Complementado esses dados, segundo a PNAD (2016) 44,9% dos jovens de idade entre 16 a 24 anos tinham ensino médio completo ou superior incompleto, o que é possível afirmar que quase metade da população desocupada tem o perfil educacional exigido no mercado, porém é provável que não encontrem vaga de trabalho em virtude da queda da atividade econômica. Em paralelo a ocupação para o setor de serviços (educação, saúde, e serviços sociais) para os jovens com idade de 16 anos ou mais, segundo nível de escolarização, 49,8% possuíam nível superior completo, o que evidencia o avanço da escolaridade da população no mercado de trabalho, bem como o grau de exigência do mercado em relação à qualificação.

Registra-se com esses dados o descompasso entre formação e mercado de trabalho. Esse é o caráter da residência de qualificar os jovens para inserção no mercado, e é assumido pelo governo, está na própria lei n. 11.129/2005 que institui o programa, para primeiro:

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.

Percebe-se que o foco do governo é qualificar apenas trabalhadores, nos seus atributos próprios, qualificá-los, aprimorando suas competências e assim enquadrá-los conforme o que se espera do trabalhador adequado ao modelo de produção contemporâneo. As políticas de

formação atuais não consideram a qualidade dos postos de trabalho que são ofertadas e como se dará a inserção dos jovens no sistema público de saúde, que atualmente é gerenciado completamente pela lógica do mercado capitalista

Na fala dos próprios residentes, fica evidente, a residência enquanto uma qualificação para aumentar as chances de empregabilidade. Mas ao mesmo tempo percebe-se que para alguns, essa a compreensão é associada ao mercado, ao mérito individual, como uma substância a ser buscada. Maria afirma que a residência foi para ela um diferencial para obter inserção no mercado de trabalho. No entanto, diferencial não é o mesmo que condição.

A necessidade de uma qualificação mais técnica enfatizada pelas (os), na busca de competências, é valorizada pelos residentes, e é também o que as residências buscam como objetivo final, ou seja, ofertar aos residentes os saberes e práticas que permitam construir competências para atuar.

“ela me ajudou assim completamente com experiência profissional, de aprendizado na prática, quanto a parte teórica não mudou nada na minha vida” (Pagu Galvão, 26a, parda)

“é como se a gente estivesse sendo formado para atuar” (Ângela Davis, 28a, negra)

“(…) durante a residência eu consegui aprender bastante, eu tive bastante prática, mas uma coisa que eu achava que tinha bastante era que tinha teoria e não tinha tanto e eu sinto falta dessa presença da teoria na residência em alguns momentos, de ter garantido minhas aulas” (Margarida Alves, 24a, branca).

“até entrar eu imaginava assim, que a gente teria uma vivência prática, bem importante, com o apoio da preceptoria e também ia estar perto de momentos de aprendizagem, mais teórico” (Gilberto Gil, 27a, negro)

Assim essa qualificação é voltada para a ideologia e necessidades do mercado de trabalho em saúde. Podemos afirmar que o modelo de qualificação do jovem trabalhador da saúde pela modalidade de residência é uma qualificação substancialista, ressignificada pela noção de competência conforme discussão apresentada no capítulo um e no capítulo sobre a concepção teórica do programa residência.

Pode-se também afirmar, conforme já se abordou anteriormente, que se trata de uma formação que prioriza o aprendizado dos conteúdos profissionais práticos e das técnicas na rotina do trabalho conforme já se abordou, o que é ratificado pela própria compreensão dos residentes de que o momento de aprendizado reflexivo seria apenas no teórico. Cabendo a parte da prática o reproduzir das técnicas e rotinas do trabalho, sem compreender o processo de refletir e associá-la ao todo do processo de trabalho. Nesse sentido, concorda-se com Tanguy apud Tartuce (2004, p. 372):

“A equação [entre ensino, formação e qualificação] oculta o fato de que a qualificação não é uma propriedade conferida pelo sistema educativo aos indivíduos, mas uma relação social que combina vários parâmetros e que é determinada pelo mercado, e assim aumento nas exigências de formação não significa necessariamente, portanto, um aumento da qualificação.

4.3.4 Dificuldade de inserção no mercado de trabalho: *“eu já tinha ideia do mercado de trabalho e em muitos lugares as oportunidades de trabalho que tinham disponíveis, elas pagavam inclusive menos que a residência”* (Gilberto Gil)

A escolha do jovem recém graduado está pautada nessa relação dual entre formação e qualificação para mercado, ocorrendo sempre a premissa que o segundo pauta o primeiro e não o contrário. As escolhas dos residentes estão submetidas ao modelo “novo (e precário) mundo do trabalho”, em que os ou seja, os jovens contemporâneos são subsumidos nas novas relações de trabalho, enquanto os aparatos ideológicos como escola, mídia e outros, disseminam ideais que alimentam os sonhos, expectativas e aspirações de jovens trabalhadores (ALVES, 2012?).

A flexibilidade desse modelo de reorganização do trabalho é um elemento chave para permitir a formação dos jovens para o mercado, pois dá aos indivíduos a sensação de mais liberdade para moldar suas trajetórias de vida e de formação profissional, com regras mais fluídas e com contornos de valores mais moldáveis. Trata-se de uma nova forma de produzir controle e poder sobre a força de trabalho, visto que essas novas regras e valores passam a confundir a flexibilidade com as escolhas e desejos pessoais do indivíduo. Diante das incertezas, das pressões e das exigências do mercado, o jovem residente aceita e/ou acredita que precisa se qualificar, que essa é a sua valorização pessoal e profissional, afastando-se com recorrência da família, do estado onde reside e de outras possibilidades não consideradas pelo mercado de trabalho.

Parece que nova a geração de jovens experimenta seus desejos e planos de vida se confundirem com as normas do mercado de trabalho e assim a escolha de fato não existe, já que é uma condição posta, se não fizer, não terá ou será muito mais difícil o acesso a um posto de trabalho, como foi evidenciado nas falas anteriormente. Esse é o novo mecanismo de controle e poder do capitalismo sobre os jovens na busca do seu lugar no mundo do trabalho. Algumas falas podem ajudar a esclarecer se a bolsa ofertada pesava na decisão de cursar a residência:

“eu acho que sim, porque eu via meus colegas que tinha acabado de sair da graduação e não era uma remuneração que todos tinham, é muito difícil quando

“você sai da graduação que é uma remuneração de dois mil reais que seja e eu via o mercado de trabalho e ainda é o mercado de trabalho muito difícil (...) e ainda sim você tem que se desdobrar, principalmente recém graduado e então eu via a bolsa como uma coisa maravilhosa (risos)” (Maria da fé, 28a, branca)

“Pesou, era bom, era o mesmo valor que ia receber trabalhando em Home Care, e eu ia ganhar para poder aprender, então isso fez diferença” (Margarida Alves, 24a, branca)

“Ah também, porque a bolsa é um valor alto, assim a gente pensa na carga horária e acaba achando que não é tão.... como é que posso dizer, apesar de ser um valor alto, a carga horária também é puxada, mas foi sim um ponto que motivou também” (Frida Khalo, 23a, parda)

As falas evidenciam que além de tentarem ampliar suas chances de disputa no mercado de trabalho e de obterem vivência prática dos conhecimentos obtidos na residência, a maioria das (os) entrevistadas (as) no momento da escolha da residência, considerou na decisão, suas condições materiais de vida, o que seria garantido pela bolsa paga pela instituição de ensino, e as ofertas do mercado menos favoráveis que a residência, como exemplifica Maria, Margarida e Frida.

A bolsa se constituiria, portanto, em meio de sobrevivência como relata Gilberto e Clarice, dois residentes que cursaram a residência fora do Estado de origem. Cabe lembrar que os residentes têm origem familiar com renda média inferior à maioria das famílias brasileiras, sendo boa parte delas (es) oriundos de outras regiões do país, conforme descrição no capítulo 3.

“Sim, pesou bastante também, até eu já tinha ideia do mercado de trabalho e em muitos lugares as oportunidades de trabalho que tinham disponíveis, elas pagavam inclusive menos que a residência, então a remuneração da residência assim foi um fator bem importante sabe, até decisivo, eu diria, porque a gente pode se manter por conta própria e aí foi muito importante” (Gilberto Gil, 27a, negro)

“Pesava, porque ia sair do hospital, e aí o que ia me manter, se não tivesse a bolsa, não teria como, eu posso dizer que sim, porque não teria como sobreviver, porque lá, era o meu dinheiro, era o meu trabalho que me fazia ficar lá” (Clarice Lispector, 33a, branca)

Essa realidade é ainda mais perceptível por exemplo, nas falas de Zilda e Carlos, dois residentes que cursavam o programa pela segunda vez:

Na primeira, nesse de saúde mental não, não pesou. Porque eu ia ter os mesmos gastos com o transporte, porque eu vou e volto todo dia, e na policlínica era quase a mesma coisa, mesmo salário, embora na policlínica eu tivesse a segurança da carteira assinada, de todos os direitos. Para a segunda residência o que mais pesou na minha decisão realmente foi a distância (...) ela pesou bastante na minha decisão, porque eu gastava muito, gastava com hospedagem lá e pesou muito na minha decisão (Zilda Xavier, 30a, branca)

Olha a princípio, naquele momento lá não era o definidor não, lá não era não. O meu principal motivador era a experiência, a formação. Quando eu passei no

programa em outro estado, aí a bolsa passou a ter importância porque era com essa bolsa que ia me manter. Para a 2ª residência: “eu estava nesse mundo da instabilidade novamente, sem emprego, sem oportunidade mesmo e eu já estava me organizando para voltar pra casa de meus pais em Salvador, e muito desestimulado com esse processo de ter que pedir emprego... fazia as seleções que apareciam e que apesar de ter qualificação não tenho experiência profissional, que é o que mais conta geralmente e eu estava assim sem esperança nenhuma e me desestimulei (...) aí sim a bolsa veio como uma peça muito importante, porque quando você sai de casa, tem autonomia é como se eu tivesse dado um salto sabe na minha vida, e tivesse que voltar, e isso era muito decepcionante pra mim, e aí pensei tem a bolsa, ela consegue me sustentar e aí eu vim” (Carlos Marighella, 28a, negro)

A fala de Zilda coloca a residência quase no mesmo patamar de emprego formal, embora aponte a falta de direitos trabalhistas. Por outro lado, mesmo Carlos, na tentativa de não considerar a residência como emprego, afirma a necessidade da experiência e ressalta que se trata de oportunidade de garantir, ao menos por algum tempo, o sustento, além de constituir uma oportunidade, uma “brecha” que o mercado de trabalho oferece para os jovens com perspectivas de desemprego. Essa percepção de que a residência pode abrir caminho para o mercado de trabalho não é apenas dos residentes, as preceptoras e coordenadoras, apontam essa possibilidade:

“eu acho que a segunda que é uma motivação grande é a bolsa. A bolsa hoje da residência acho que está R\$3300,00, então assim a bolsa com certeza é um motivador muito grande porque, porque como eu disse nosso piso salarial é 2800, e as condições de trabalho não são nada agradáveis, então acaba que o residente vê nisso, o estudante vê isso há é uma oportunidade que eu tenho de me especializar, de eu ter uma especialização e tal” (Nise da Silveira, preceptora)

“em alguns momentos a residência ela tem ocupado um pouco esse lugar na saúde de ter de uma oportunidade mesmo, de num sei lá quanto 2 mil reais e tem por dois anos, e tem essa garantia, então eu sinto que tem isso também, e também tem essa forma de se formar assim, estou trabalhando, estou assim, não sei o que, e aí é a oportunidade de parar, estudar, sei lá (...)mas eu sinto que também que pra pessoas que trabalham, ela tem um caráter de emprego mais forte mesmo, sabe, diferente pra quem é recém graduado sabe, acho que tem um papel de formação (Luiza Mahin, preceptora)

“não tem como considerar, que é a questão a entrada no mercado de trabalho, então tem a residência que oferece uma bolsa, o que em muitos casos é até maior que o salário de mercado de alguns locais, e essa exigência mesmo de qualificação, de formação pra entrada no mercado de trabalho acho que seriam esses elementos que levam digamos assim, o egresso da graduação a procurar a residência (Alexina Crespo, coordenadora)

Essa perspectiva é apontada por Valore e Selig (2010) ao destacarem que o ideário que paira sobre os jovens graduandos ou recém-graduados é que sua falta de experiência, de iniciativa, de qualificação, de recursos e a incapacidade de trabalhar em grupo, constituiriam fatores responsáveis da dificuldade de se obter um posto de trabalho, contribuindo assim para incutir nos jovens a crença de que só existe lugar no mercado de trabalho para os profissionais competentes e que têm iniciativa para buscar oportunidades.

Outros autores como Pochman (2000 apud Valore e Selig, 2010) destacam ainda que as políticas públicas de empregabilidade que ofertam cursos de qualificação e treinamento e abertura de linhas de crédito para os negócios próprios (auto emprego) têm atraído os jovens, favorecendo as ações individuais na geração da própria ocupação e renda. O que se nota é que com o desenvolvimento da ciência e da tecnologia, produziu-se uma sociedade altamente dinâmica que gera o desemprego, o subemprego e a intensificação da exploração e expropriação de trabalho alheio. Nesse contexto, o jovem tem que se adaptar a essas mudanças e às mudanças que ocorrem nos processos formativos, resultando hoje em uma sociedade da insegurança e da provisoriedade, onde os jovens e adultos “estão” condenados à vida provisória e em suspenso, sem condições de programarem minimamente o tempo em longo prazo (FRIGOTTO, 2012).

Em pesquisa com estudantes de pós-graduação, Mattos (2007) revelou esse contexto de incertezas e instabilidade, onde os estudantes de mestrado entrevistados apontaram que dentre os motivos para continuar os estudos estão: “A situação está difícil, não tem emprego”; “Para não ficar parado” ou ainda “Para me especializar”:

“O alongamento dos estudos para uma parcela dos mestrandos que afirmaram nunca ter trabalhado ou estarem sem trabalho por até um ano nos leva a pensar que a permanência ou o retorno à universidade caracteriza uma forma de adiar o ingresso no exercício da profissão; Para os 14% desempregados entre um período de um ou até mais de cinco anos, que vivenciaram as dificuldades de inserção e manutenção no mundo do trabalho, o retorno à universidade acontece como uma tentativa de enfrentar a situação do desemprego, valendo-se de uma capacitação acadêmica que lhes possibilitaria melhores condições para concorrer por um posto de trabalho” (MATTOS, 2007, p.35).

Portanto, esse prolongamento da escolarização em detrimento da inserção profissional, é não só uma estratégia individual adotada face à falta de perspectiva quanto ao futuro profissional incerto, ao trabalho instável e precarizado (Mattos, 2007), mas também à necessidade de obter conhecimento especializado que se apresenta como solução de problemas socialmente criados, onde algumas habilidades são colocadas em desuso e até esquecidas em decorrência da emergência de novas que as substituem. Assim, a competência especializada cria e estimula a necessidade de si mesma, o que se aplica a muitas áreas do setor saúde (BAUMAN, 1999 apud MATTOS, 2007).

Segundo Mattos (2007), a realidade da especialização e a falta de oportunidade de emprego, é o universo encontrado hoje pelos mestres e doutores, em que a saturação do mercado de trabalho já ocorre para estes assim como ocorre já há um tempo graduados. Assim, a falta de oportunidades de emprego para os estratos médios da sociedade, que não conseguem inserção no mercado de trabalho após a conclusão da graduação, pleiteiam bolsas

de mestrado e, posteriormente, de doutorado, para se manterem ocupados e com remuneração, enquanto aguardam colocação profissional.

Na mesma direção, Marques (2010) aponta que atualmente diante de uma crescente individualização das relações de trabalho associada a novas formas de contratualização, encontram-se vários dispositivos públicos de apoio ao emprego e formação, que compõem uma parcela de trabalhadores “estáveis” “precários”, “prestadores de serviços”, “estagiários”, “bolseiros”, onde se encontra os residentes, entre outros. E assim, essa diversidade crescente de estatutos sociais assumidos pelos diversos grupos profissionais, inclui os jovens diplomados, os quais apresentam as trajetórias profissionais não homogêneas e também não lineares ou contínuas no tempo e no espaço.

Essa realidade apresentada pelos autores pode ser um espelho do que acontece com os jovens que buscam e visualizam a residência como primeira oportunidade de trabalho, unindo os pontos da transição escola-trabalho em um único programa. Enquanto se especializa, ao mesmo tempo também já dentro do mercado de trabalho. Nesse sentido, por tudo o que foi até aqui apresentado, a residência não é uma livre escolha para o jovem recém graduado, e desta forma, concorda-se com os questionamentos levantados por Valore e Selig (2010) sobre as soluções encontradas para a inserção profissional pelos jovens diplomados:

“Pode-se questionar em que medida as soluções encontradas para a inserção profissional mesmo quando reconhecidas como tais, em nome da autogestão da carreira representam, efetivamente, uma escolha. Independente da condição econômica, fator restritivo corroborado por estudos sobre o processo de escolha em jovens provenientes da camada popular (RIBEIRO, 2003; BASTOS, 2005; SPARTA; GOMES, 2005; SOARES; KRAWULSKI; DIAS, D’AVILA, 2007). E a sujeição à mercantilização das práticas sociais e dos modos de subjetivação parece não deixar muita alternativa quanto ao que se poderia denominar de liberdade de escolha, levando a crer que, ao contrário do que apregoa o capitalismo, a escolha não tem sido dada como uma opção, uma vez que o exercício da escolha vem sendo diluído pela falta de oportunidades reais (SOARES, 2002) (p.10).

Portanto, a naturalização desse caminho na verdade, é a condição imposta pelas condições materiais e objetivas do mercado de trabalho, em que a necessidade da qualificação será necessária para garantir ou minimamente facilitar a inserção no mercado de trabalho. E para além de ser utilizada enquanto estratégia para prolongar a inserção no mercado trabalho, percebe-se que a residência, em alguma medida, é a própria configuração do que entendemos por primeiro emprego, como veremos nos tópicos mais frente.

4.4 Esse é o precariado escondido sob o véu da educação profissional: Expectativa de carreira estável? Ou Sonhos frustrados?

Mesmo diante do estreitamento do mercado de trabalho, a maioria dos jovens residentes tenta acreditar nos seus esforços individuais para a tão sonhada mobilidade social como dito anteriormente, para a conquista do mercado de trabalho, da estabilidade, da segurança, que seria garantido pelo concurso público. Mas parece ser uma expectativa difícil de se concretizar pois reconhecem a alta flexibilidade do mercado de trabalho, permanecendo, contudo, o desejo, o sonho da carreira sólida e estável:

"Tenho, tenho expectativas, mas não sei se são factíveis, que é trabalhar na universidade ou trabalhar no serviço de saúde, em algum concurso da vida aí (...) (Ângela Davis, 28a, negra)

"Aos meus desejos eu queria está no mestrado e trabalhando; não sei se estaria concursada não, num sei, embora seja uma grande segurança" (Zilda Xavier, 30a, branca)

"Espero, acho que vou está trabalhando, não espero não está com 3 empregos, (risos, pelo menos dois), queria passar num concurso, e queria fazer...entrar na área acadêmica que é o que gosto bastante, que é a área de pesquisa. Espero que daqui a 3 anos eu consigo está fazendo o mestrado" (Margarida Alves, 24a, parda)

"Eu pretendo terminar o mestrado e depois tentar o doutorado. Eu vou tentar o concurso público, para ser docente" (Frida Khalo, 23a, parda)

"Mas assim eu penso que quero me estabilizar, não é ah estou ganhando bem, não, mas eu quero passar num concurso" (Clarice, 33a, branca)

"Minha concepção de emprego estável é um concurso público, que me confira uma segurança de não perder a vaga" (Gilberto Gil, 27a, negro)

Por outro lado, as falas de outra parte das (os) entrevistadas (os) cabem por revelar, inclusive, um certo pessimismo diante das inúmeras dificuldades de fazer planos a longo prazo, de conseguirem de obter um posto de trabalho qualificado e remunerado de forma justa, restando continuar investindo na escolarização, como referido pela maioria delas (es), pois, um dia quem sabe, ela trará frutos.

"Mas também hoje em dia até quem está no setor público, se a gente for pensar é também difícil pensar em estabilidade, hoje em dia estabilidade é uma utopia" (Maria da fé, 28a, branca)

"Na verdade daqui a 3 anos a única coisa que eu consigo imaginar, que eu espero é que esteja terminando o mestrado, o resto eu não faço a menor ideia, pelo menos que eu esteja no mestrado" (Pagu Galvão, 26a, parda)

Além dessas (es) que apontaram como necessário continuar a se especializar, e colocaram como meta imediata cursar o mestrado, outras (os) duas egressas já estavam no primeiro ano do mestrado, e dois residentes antes da residência já tinham cursado o mestrado.

Essa mudança para alguns das (os) entrevistadas, representa ressignificar o que seria um ideal de carreira estável, que é ter autonomia no trabalho, ganhar bem, ou apenas o desejo de pelo menos ter o mínimo, que seria a garantia dos direitos trabalhistas, como explicitado por Nina e Carlos.

“Grandes expectativas tenho não, mas eu sei que se eu quiser estar nos lugares eu vou precisar ser servidora.... Assim os concursos que tem hoje em dia eu sei que não são as melhores coisas do universo, porque tem aparecido uns de merda, mas esse me garante de não ser demitida e isso é importante, me garante ter férias, ficar doente, viajar pra onde eu quiser e isso é bom” (Nina Simone, 27a, negra)

“Eu vou fazer o concurso daqui e vou passar, tenho investido...assim me vejo um bom enfermeiro de saúde da família”. Olha, hoje caiu por terra essa questão de concurso público, cargo forever, não tem mais, eu mesmo estou ressignificando esse termo de estabilidade. Acho que é um vínculo que garanta direitos trabalhistas, que garanta a minha autonomia” (Carlos Marighela, 28a, negro)

Tosta (2008), em sua pesquisa com jovens altamente escolarizados e qualificados, observa que, mesmo havendo uma preferência por um trabalho que equacione boa remuneração, gratificação pessoal e reconhecimento social com as garantias de direitos e proteção social, a maioria deles também duvida de sua exequibilidade. A autora verifica que para esses jovens há maior dificuldade de pensar o futuro em longo prazo com a precarização do trabalho, com a maior individualização das ações e o enfraquecimento da busca por mudanças mais amplas das relações de trabalho.

Essa é a nova camada do precariado, em que os jovens trabalhadores da saúde através da residência estão. Que diz relação bem específica aos jovens-adultos altamente escolarizados imersos em relações de trabalho e emprego precário, portanto, compreendida pela determinação geracional, educacional e salarial (ALVES, 2012). Cheios de desejos, expectativas, frente ao mercado que pode frustrá-los.

Para Alves (2012), essa realidade tem três determinações históricas. Primeiramente vale mencionar que com o avanço das políticas educacionais e sociais ampliou-se o número de jovens que chegam a graduação e pós-graduação, conforme anteriormente mencionado. Em segundo lugar, esse mercado altamente financeirizado não absorve todo esse contingente de jovens formados em empregos condizentes com a sua formação, o que os destina a se inserirem em empregos com relações precárias, conforme tendência observada por Tosta (2008). E por fim, impera a ideologia do capitalismo manipulatório que faz os jovens acreditarem na possibilidade de uma sociedade de bem-estar, o que os impele a buscarem estratégias de individuais para concretizá-la.

Contudo, enquanto estivermos sob o domínio do capital, o desemprego e a precarização da vida social persistirão, independentemente das medidas reparatórias do Estado e do grau de escolarização da população.

Quanto ao sonho de conquistar um lugar seguro através do concurso público, recorrente entre as (os), acabe assinalar que, sobretudo a partir dos anos 1990, com o avanço das políticas liberalizantes, ele se torna cada vez mais distante. A partir deste período começa a degradação do serviço público com a retração de investimentos, sucessivos planos de redução do salário real, a implantação dos programas de privatização de empresas públicas e a expansão de novas formas de contratação, como a terceirização. Com os governos Lula (2003/2011), mesmo ainda que sem superar a lógica neoliberal, passa-se a se investir no serviço público, o que coincide com a referida expansão do acesso universitário (NASCIMENTO E OLIVEIRA, 2013).

Por isso, talvez essa geração de jovens, que foram formados nesse período de leve ascensão da carreira pública, ainda sejam imbuídas do sonho da conquista da carreira estável no serviço público, outrora tão almejada devido à sobretudo à estabilidade que proporcionava. Ou seja, desfaz-se de forma acelerada a possibilidade de carreira para toda a vida, o papel protetor, do Estado que promove direitos e benefícios aos trabalhadores característicos um sistema de bem-estar em moldes europeus, mas que no Brasil, assim como nos demais países da América Latina só existiu como arremendo.

Portanto, como bem diz Ângela, trata-se de uma expectativa cheia de possibilidades não factíveis. O capitalismo hipertardio que impera no Brasil, apresenta sua face de manipulação dos jovens, captura sua subjetividade, acirra estratégias individuais de sobrevivência e a competição. Diante da incapacidade do sistema de garantir suas promessas de vida digna, resta aos jovens a incerteza. Em um mundo norteado pela flexibilidade em todos os aspectos da vida, a “promessa da mobilidade social foi invertida na ideologia de resignação à proletariedade flexível, o que explica, de certo modo, atitudes de pragmatismo que visam tão somente se adequar (para sobreviver) às exigências do capitalismo perverso” (ALVES, 2012, p.4).

4.5 O jovem trabalhador na saúde: a experiência na residência é uma manifestação da precarização do trabalho no mundo contemporâneo?

Antes de tentar compreender se de fato a residência se constitui um processo de precarização, é necessário partir das elaborações dos residentes e demais atores da residência (preceptores e coordenadores) sobre o entendimento que possuem acerca dessa experiência.

No entanto, para chegar na residência, surgem questionamentos anteriores sobre a compreensão dos jovens sobre o trabalho. Será que quando escolheram a profissão, como descrito no início do capítulo, tinham ideia de que começariam a fazer parte dessa rede complexa do mundo do trabalho? Tinha ideia do que é ser trabalhador? Esse novo mundo foi apresentado e discutido na graduação? Ou esse mundo do trabalho teve início apenas com o ingresso na residência? Assim, qual o sentido que eles atribuem ao trabalho e ao emprego.

4.5.1 “O trabalho ele é... tem sido aprisionador, por ele não tem dado as pessoas condições dignas, não pelo trabalho em si, mas pelo mercado, pela lógica econômica que rege esse trabalho” (Carlos Marighella)

Para responder as questões acima, parto inicialmente de minha trajetória, pois é uma história entrelaçada aos das (os) entrevistadas (os). Estas questões me acompanharam desde o primeiro momento enquanto residente, quando me deparei refletindo se o que eu estava fazendo na residência era trabalho. Nesses momentos voltava na linha do tempo, ao meu momento de graduação, e pensava no que tinha aprendido sobre trabalho. Como foi que me tornei trabalhadora da saúde, quando foi que me dei conta desse processo? Mas não encontrava muitas respostas, ou melhor, reconhecia que esse momento me foi negado no currículo da graduação (o que tinha construído até então, foi aprendido e vivenciado na militância estudantil). Voltei então para o momento da residência, onde essa questão tinha se tornado uma ebulição, quando comecei ou deveria começar a aprender a ser trabalhadora em um sentido até então não vivenciado na graduação. Nesse momento senti pela primeira vez a exploração pelo meu trabalho e meus direitos sendo roubados, vendo o quanto a prática era diferente da teoria. Foi aí que comecei a lutar pelos direitos do meu trabalho, a discutir com meus pares sobre o que era trabalho e quais direitos deveríamos ter garantidos. Mas, ao mesmo tempo, parava para refletir e olhar em volta e pensava sobre o que meus colegas de residência e os jovens que estão se formando pensam sobre trabalho? E achava essa questão fundamental para compreendermos qual o lugar e o papel da residência.

Assim, esses questionamentos sobre o trabalho se tornaram parte essencial dessa pesquisa. Esse momento da entrevista para mim foi impactante e surpreendente. As (os)

entrevistadas (os) esboçaram reações diversas quando questionados sobre o que é trabalho, sendo todas, de certa forma, com um tom de surpresa: ficaram inicialmente paralisados, riam, pediam um tempo para pensar, se indagavam como se nunca tivessem parado para pensar sobre, como se fosse a primeira vez que alguém perguntava sobre o assunto, algo que demonstrava tipo: eu vivo isso, mas não sei explicar, ou nunca parei para refletir sobre, ou achar que é algo conceitual e que não acontece na prática. Trabalho como algo sublime, supremo, um horizonte inatingível, uma utopia que só a teoria explica. Mas ao mesmo tempo, também foi possível perceber que alguns tentaram explicar a partir das suas experiências, ou seja, como o trabalho afeta sua vida, sendo essa talvez uma forma possível de falar sobre o trabalho, como exemplificado por Nina.

"O que é trabalho? está muito conceitual isso (risos). O que é trabalho... eu acho que trabalho, eu vou falar as coisas que eu acho que pode ser trabalho. Eu acho que trabalho pode ser uma coisa que contribua pra você, uma coisa que contribua para os usuários do SUS, eu acho que trabalho possa ser uma coisa que traga felicidades para as pessoas, mas não é isso que tem acontecido, eu acho que o trabalho ele é necessário, porque a gente precisa de dinheiro né, é..... o que é trabalho? É o lugar onde a gente mais fica durante a vida, praticamente depois da vida adulta é onde a gente fica mais tempo, é... o que é trabalho é extensão das nossas vidas de fato, mas que.... estou conseguindo pensar mais coisa não..." (Nina Simone, 27a, negra)

Inicialmente, nota-se que a maioria das (os) entrevistadas (os), percebe, em alguma medida, o papel do trabalho na constituição do homem, como um meio que garante a sua sociabilidade, a sua existência e reconhecimento diante ao outro. No entanto, preferem colocar o lugar do trabalho nas formas que ele assume na sociedade capitalista, que é como única forma de sobrevivência. Assim, o trabalho assume mais o sentido econômico do que o sentido ontológico.

Essa centralidade do trabalho enquanto valor mais econômico de satisfação de necessidades e demandas sociais, como possibilidade de aquisição de reconhecimento social por tê-lo, ou não, pela falta dele é também apontado por Pagu.

"eita..... (rsrsrsrsr) ai depende (rsrsrsr). Trabalho é diferente de serviço, de ocupação né. Trabalho é....é status também. Tipo se você está trabalhando, se você está na condição de desempregado, as coisas mudam um pouco de figura.....ai nossa eu não estava preparada para essa pergunta (rsrsrsrr). Ah trabalho na sociedade que a gente está inserida, no capitalismo, o trabalho é nosso meio de vida, é como... é o meio de sobrevivência, acho que é o meio de sobrevivência dentro do sistema que a gente está." (Pagu Galvão, 26a, parda)

Esse papel do trabalho para os jovens é também observado por Guimarães (p. 182, 2006):

“a centralidade do trabalho para os jovens não advém predominantemente do seu significado ético (ainda que ele não deva ser de todo descartado), mas resulta da sua urgência enquanto problema; ou seja, o sentido do trabalho seria antes o de uma demanda a satisfazer que o de um valor a cultivar[...]. Diria que é, sobretudo,

enquanto um fator de risco, instabilizador das formas de inserção social e do padrão de vida, que o trabalho se manifesta como demanda urgente, como necessidade no coração da agenda, para uma parcela significativa da juventude brasileira. Ou, de outra forma, é por sua ausência, por sua falta, pelo não-trabalho, pelo desemprego, que o mesmo se destaca”.

O trabalho nessa perspectiva de constituição da vida e do homem é definido por Marx (1988), como processo de transformação entre o homem e a natureza, em que o homem realiza, regula, media e controla seu metabolismo em conjunto com a natureza. Nesse momento para o homem realizar trabalho há uma prévia-ideação, um objetivo, há uma intenção, isso é o que diferencia o homem na sociedade em relação aos outros animais.

Ter o trabalho como uma finalidade, pensado, idealizado antes de realiza-lo, é o que caracteriza o salto do ser humano da condição de animal, ou seja, o trabalho responde as necessidades humanas, que são concretas, e mudam de acordo com as condições históricas. Esse é o caráter ontológico do trabalho (LUKÁCS, 2004). É a partir dessa relação, que o homem torna-se um ser social:

“Com o trabalho, portanto, dá-se ao mesmo tempo – ontologicamente – a possibilidade do seu desenvolvimento superior, do desenvolvimento dos homens que trabalham. Já por esse motivo, mas, antes de mais nada porque se altera a adaptação passiva, meramente reativa, do processo de reprodução ao mundo circundante, porque esse mundo circundante é transformado de maneira consciente e ativa, o trabalho torna-se não simplesmente um fato no qual se expressa a nova peculiaridade do ser social, mas ao contrário – precisamente no plano ontológico, converte-se no modelo da nova forma do ser em seu conjunto” (LUKÁCS, 2004, p. 6).

No entanto, com o processo de desenvolvimento das forças produtivas, o trabalho assume formas históricas para atender as necessidades biológicas, intelectuais, culturais, simbólicas, estéticas e afetivas de cada momento histórico e social, sendo dessa forma, confundido com a forma econômica que assumiu no modelo de produção capitalista (FRIGOTTO, 2009). Essa é, portanto, a forma expressa, por exemplo, por Ângela, que apesar de compreender o trabalho como a forma de manutenção da vida, ele passou a adquirir o valor mercadológico de reprodução da vida.

“Sério que vai me perguntar isso?(risos) (...) trabalho pra mim não se restringe ao aquilo que a gente entende como trabalho salarial (...) eu penso trabalho nessa possibilidade de desenvolver a vida, necessária pra viver, e as vezes produzir um bem que vai ser necessário (...). A gente vive em função do trabalho, o trabalho não é para a gente viver, e o dinheiro, a lógica do que a gente ganha, do que a gente consome, do que a gente produz, dessa lógica perversa, que a gente perde tempo de vida” (Ângela Davis, 28a, negra).

Segundo Marx (1988), para realizar o trabalho, o homem necessita dos meios de trabalho, que são os objetos apropriados diretamente pelo trabalhador para transformar matérias-primas em trabalho. Os meios de trabalho também são mediadores do grau de

desenvolvimento da força de trabalho humano e das condições sociais nas quais o trabalho pode ser realizado. Assim, ele caracteriza o modo de produção pela qual a sociedade produz seus bens e serviços, como os utiliza e os distribui.

No modo de produção capitalista no qual estamos inseridos, que é caracterizado pelas relações assalariadas de produção, propriedade privada dos meios de produção, e geração do lucro, o único meio que o homem dispõe para produzir trabalho, é a sua própria força de trabalho. Desta forma, ele vende sua força de trabalho para obter algum valor no mercado como qualquer mercadoria, realizando o valor de troca, em detrimento de ter o seu trabalho como valor de uso, ou seja, de produzir para o próprio autoconsumo (MARX, 1988).

Assim, o trabalho assume a forma tal como Zilda e Margarida explicitaram, como a forma de ganhar dinheiro, é a moeda de troca, ou seja, o trabalho se torna uma mercadoria, e o trabalhador só terá acesso a produção social mediante a alienação da sua força de trabalho, como também descreve Maria. No entanto, com uma ressalva, ao trabalhador não é concedido esse poder de estabelecer o que ele vai trocar, muito pelo contrário, talvez essa forma de explicar da entrevistada faça relação com a sua condição econômica, já que era a única que pertencia a classe média alta.

" O que é trabalho?...(pausa de pensamento). Trabalho eu acho que ele remete tudo a algo que é feito todo dia a mesma coisa, acho que trabalho me vem na cabeça uma coisa monótona, repetitiva, que é todo dia, que não há uma dinamicidade, todo dia da mesma forma, a mesma coisa, com mesmo objetivo, eu vejo trabalho como isso, a palavra trabalho, não sei se você está falando do....sei se respondi...." (Zilda, 30a, branca)

" (...) (tempo de pensamento) Nossa não sei explicar (risos)... Ah é você fazer alguma coisa e receber dinheiro em troca... eu acho que trabalho pra mim é isso" (Margarida Alves, 24a, branca)

"O que é trabalho pra mim? (risos) Olha.... trabalho é uma moeda de troca, você aliena parte da sua produção (risos) por um retorno financeiro ou qualquer outro tipo de retorno que você queira estabelecer em troca da sua produção" (Maria da fé, 28a, branca)

No processo de acumulação capitalista a produção da mais-valia é resultado do trabalho contínuo realizado pelo trabalhador, que tem sua produção prolongada para gerar mais valor e conseqüentemente mais lucro do que seria necessário para reinstituir seu salário. Assim, se dá o processo de alienação, em que o trabalhador desconhece o quanto é expropriado da sua força de trabalho, bem como lhe é negado a consciência da totalidade do processo de trabalho e o produto dele resultante (MARX, 1988).

Portanto, diferente do que acredita Maria, com a divisão social do trabalho, que especifica a divisão das atividades necessárias para a reprodução da vida, o homem passa a ocupar posições na sociedade de acordo com a sua função, e essa diferenciação social de nível

superior é a origem das classes sociais (burguesa e proletária) (LUKÁCS, 2004). Desta forma, na sociedade capitalista, a classe burguesa, a que detém os meios de produção mantém uma relação social coercitiva de dominação sobre a classe proletária (trabalhadora), que é dona apenas da sua força de trabalho, vendida para garantir a sobrevivência. Assim, não há poder de negociação para o trabalhador.

Outro processo, intimamente ligado com o estágio da alienação, foi descrito por Zilda. Para ela o trabalho remete a algo mecânico, repetitivo, sem vida, sem um propósito, algo que você já pode realizar sem pensar, sem precisar de um prévio conhecimento.

Esse processo é resultante da divisão técnica do trabalho, que surge em meados do século XVIII, que promove uma fragmentação do processo de trabalho. Para isso, os trabalhadores tiveram que se especializar em atividades específicas, perdendo a dimensão da totalidade sobre o resultado do seu trabalho. O trabalho realizado passa a ser hierarquizado de acordo com as atividades executadas e a ser valorizado a partir dos valores sociais e de remuneração (PIRES, 2009).

Por outro lado, Carlos aprofunda essa análise, a partir de seu entendimento prévio sobre o significado do trabalho enquanto constituição do ser humano, ele já sente a centralidade do trabalho enquanto exploração e alienação, que repercute na reprodução, sem aprender, refletir, sem reconhecimento e valorização do próprio homem.

“ Pra mim o que é trabalho?...eu acho que assim tem várias...na construção teórica desse conceito, porque se a gente for bem marxista(risos)...eu acho que o trabalho ele é.... tem sido aprisionador, por ele não tem dado as pessoas condições dignas não pelo trabalho em si, mas pelo mercado, pela lógica econômica que rege esse trabalho (...) eu estou sendo residente, hoje muito também por isso, por não me conceber naquele lugar, não querer me ver naquele lugar, de ter que trabalhar, suar que só, 44 hs, pra no final das contas está reproduzindo coisas e não tá produzindo nada, não tá produzindo conhecimento novo, não tão me instruindo.

Por fim, parte das (os) entrevistadas (os), conseguiu explicar o que o trabalho representa em suas vidas, a partir das suas experiências, de como eles podem colocá-lo em prática. Partindo do pressuposto de que estão se formando, com ênfase na parte teórica do trabalho, eles agora poderão exercer, objetivar as atividades constituintes por meio trabalho, ou seja, seria o ato do exercício profissional.

"trabalho pra mim é...então trabalho é um... um exercício de uma prática profissional, de uma fonte de renda necessária pra... necessária pra vida né. Porque a gente tem que cumprir" (Gilberto Gil, 27, anos negro)

"o que eu entendo por trabalho? (risos) ah deixa eu pensar (risos). Ahh trabalho pra mim como profissional nutricionista é acredito que seja a atuação do profissional no local de trabalho promovendo a assistência profissional ao paciente" (Frida Khalo, 23a, parda)

"trabalho.....é aquilo que eu vou exercer no local onde eu estou, é o que vou desempenhar, vou colocar minha prática ali, todo o meu conhecimento ali.(...). Mas

assim, eu vejo o trabalho como desenvolver todo o conhecimento que a gente tem, colocar ali em ação tudo que eu sei, tudo pelo paciente, seja o cliente, seja pela própria equipe, é colocar em prática tudo aquilo que eu sei, o meu conhecimento, o que eu aprendi" (Clarice, 33a, branca)

Talvez por essa compreensão, quase todas (os) entrevistadas (os) correlacionaram trabalho ao emprego. A seguir, alguns exemplos:

"emprego seria a atuação do profissional com retorno financeiro, então o profissional atua naquele local e recebe de volta esse retorno financeiro que tem que ser valorizado" (Frida Khalo, 23a, parda)

"eu vejo muito emprego quando você está... trabalhando... está exercendo alguma coisa ou em algum lugar" (Clarice, 33a, branca)

"assim eu acho que emprego e trabalho estão muito relacionados... Mas eu acho que emprego por exemplo, quando as pessoas falam assim ah eu preciso de um emprego, geralmente é qualquer emprego, entendeu, parece que não tem tantas preferências, tanta diferença... é muito na lógica do comércio, eu pelo menos tenho essa sensação..." (Nina Simone, 27a, negra)

"emprego entra nessa lógica do trabalho renumerado que tem que acontecer, mas que acaba prevalecendo...num sei..." (Ángela Davis, 28a, negra)

Nesta direção, ao encontro do que descreve Frigotto (2009), para compreender os sentidos e significados do trabalho, é necessário considerar a experiência social e cultural dos trabalhadores. Assim, os sentidos e significados do trabalho:

"resultam e constituem-se como parte das relações sociais em diferentes épocas históricas, e um ponto na luta contra hegemônica à ideologia e à cultura burguesa. (...) O sentido do trabalho, só pode ser efetivamente real no campo contraditório da práxis, e num determinado tempo e contextos históricos" (p.169)

Partindo dessa análise de um contexto histórico-social, ontológico e ético-político, o mais comum segundo o autor, é que a classe trabalhadora, que tem a real experiência de trabalho, mas não necessariamente tem a consciência de classe trabalhadora, coloque o trabalho e emprego como sinônimos. E esse processo é resultado da prática econômica e política hegemônica propagada pelo capitalismo, ou seja, dos processos de alienação do trabalho.

Para Raymond Williams apud Frigotto (2009) a palavra trabalho no século XIII começou a ser associada a palavra labor, que era a designação para a oferta de trabalho manual, e assim, trabalho foi reduzido a uma atividade mais geral. Por consequência, estar empregado ou desempregado, era a forma que uma pessoa poderia controlar os meios do esforço produtivo, e assim trabalho se deslocou para uma relação mais dominante. Assim, trabalho assume sentido de emprego remunerado e trabalhador de classe trabalhadora. Mas, é só no século XVII, que emprego assume esses novos formatos, em que é uma quantidade limitada de trabalho vendida, ou seja, é a quantidade de tempo vendido ou trocado por alguma forma de pagamento.

Atualmente emprego é caracterizado por uma relação de trabalho, que pode ser exercido durante um determinado tempo, podendo também ser regido por um contrato ou não, o que confere característica de estável ou instável. Também hoje comumente é colocado como posto de trabalho, em que a qualidade está associada ao desenvolvimento tecnológico e organização do processo de trabalho. Assim, atualmente se constitui como o principal recurso com que os trabalhadores conseguem garantir a sobrevivência (POCHMANN, 2001).

Desse modo, com toda a força da hegemonia capitalista sobre o processo do trabalho no mundo contemporâneo é compreensível o sentido imbricado, confuso e de difícil dissociação que as (os) entrevistadas (os) atribuem ao trabalho e emprego. Na verdade, esse sentido ambíguo, é fruto das contradições da realidade do mundo do trabalho no qual, nós jovens, somos “formatadas (os)” e inseridas (os) historicamente. Mas, diante toda a dimensão central do trabalho para a constituição do homem enquanto ser social, não podemos continuar a reduzir trabalho às formas capitalistas de emprego.

4.5.2 E a residência é trabalho? *"Então a residência para mim, é um negócio muito híbrido, né, porque assim, a gente está no trabalho, mas a gente não é trabalhador"* (Nina Simone)

Mesmo aqueles que defendem a residência como trabalho, explicitam as dificuldades em defini-la ou mesmo compreendê-la. “É trabalho”... “é complexo esse lugar”... “é uma linha tênue”... “é híbrido”.... “nos era exigido posicionamento profissional, mas ao mesmo tempo éramos estudantes”. Alguns tentavam afirmar que não é um trabalho, mas sua própria argumentação evidencia a residência como um trabalho. Para exemplificar o porquê consideram trabalho, muitos descrevem como ocorre sua incorporação na prática, como as responsabilidades assumidas no setor onde estão inseridos, a obrigatoriedade de possuir o registro profissional que autoriza o exercício da profissão, bem como a cobrança por uma postura de profissional e não de estudante.

"Então a residência pra mim, é um negócio muito híbrido né, porque assim, a gente está no trabalho mas a gente não é trabalhador, eu pelo menos entendo isso, a gente está no trabalho mas não é trabalhador, a gente é profissional em formação e aí tem uma diferença nisso" (Nina Simone, 28 anos, negra)

Essa hibridez atribuída ao sentido do trabalho na residência dificultando a explicitação do lugar do trabalho na residência parece exigir retomar ao que os residentes compreendem sobre trabalho e emprego.

Apesar de algumas entrevistadas (os) apontarem o trabalho como o ato de suprir as necessidades para a sobrevivência humana, que contempla a sociabilidade e realização do homem encontrando-se mais próximo do sentido ontológico do trabalho, muitos associaram o trabalho a um valor mais econômico. A ênfase é colocada na venda da força de trabalho na sociedade atual em troca de dinheiro, para assim suprir as necessidades. E no caso da saúde, a força de trabalho é o próprio ato em si da prática profissional, e por isso, alguns definiram o trabalho como sendo o exercício do profissional. Assim, na verdade, para eles, o trabalho foi reduzido a forma de emprego (no sentido econômico), como explicitado no tópico anterior.

Para a residência esse modo de pensar o trabalho não é transposto diretamente. Essa hibridez, portanto, se justificaria por três questões, primeiro porque partindo da lógica econômica do emprego, que pressupõe ter as relações trabalhistas estabelecidas, a residência não se encaixaria como trabalho. Segundo consideram em alguma medida trabalho, porque executam as atividades consideradas como trabalho, como Gilberto e Ângela descrevem, por exemplo, ou o perfil e comportamento de trabalhador exigido como apontam Pagu e Maria.

"Eu acho meio trabalho porque a gente tá na clínica, a gente desenvolvendo trabalho, porque a gente assina, a gente carimba, a gente tem responsabilidades, mas ao mesmo tempo a gente está em um processo formativo....É complexo esse lugar" (Ângela Davis, 28 anos, negra)

"Eu acho que em alguns momentos sim a residência, ela configura um trabalho sabe, mas tem que ter muito cuidado, porque a gente tá na residência numa linha tênue entre o trabalho e o estudo (...) Então nesses momentos a gente está atuando profissionalmente, de vez em quando a gente escreve uma evolução num prontuário, escreve, coloca o carimbo ali, então isso tudo é uma prática profissional, eu acho que configura um trabalho". " (Gilberto Gil, 27 anos, negro)

"A residência que eu fiz, era um trabalho, eu encarava como um trabalho, e nos era exigido comportamento e perfil de trabalho" (Pagu Galvão, 26 anos, parda)

"Eu achei que era uma exigência de trabalho, uma carga de trabalho muito grande, e eu acho também que há uma exigência muito grande dos residentes (...) percebia assim, que ao mesmo que era exigido da gente um posicionamento profissional ao mesmo tempo eu percebia que tinha um... a única dificuldade na relação pelo fato de sermos estudantes, somos profissionais, temos o nosso registro, estamos atuando enquanto tal, mas ao mesmo tempo fazemos parte de um programa de pós-graduação e somos estudantes né" (Maria da fé, 28 anos, branca)

E a terceira questão associa-se a residência como um processo formativo que sinaliza um afastamento do conceito de trabalho na práxis, porque eles teriam a possibilidade de refletir sobre esse processo, apenas como "caráter formador" (a parte teórica em si) do trabalho, como é exemplificado na fala de Ângela.

As (os) entrevistadas (os) que percebem a residência como trabalho mais no sentido econômico sem considerar dúvida, hibridez ou linha tênue, foram os mesmos que tiveram a crítica do trabalho alienado no mercado de trabalho e perceberam essa reprodução no

processo da residência. Pagu considera que em muitos momentos ela se sentiu inserida em um trabalho braçal, mão de obra no sentido do uso mesmo da sua força de trabalho, do simples ato de executar, no automático de uma fábrica como bem exemplifica Margarida, e sem ser reflexivo e formador como aponta Maria:

“Problema que eu acho que a gente era muito mão de obra, de tapa buraco, de setor que faltava profissional joga o residente pra lá, uma coisa muito de trabalho braçal mesmo e menos interação, aprendizado” (Pagu Galvão, 26 anos, parda)

“Ah é, acaba sendo, na teoria ela tenta ser diferente, mas ela acaba sendo... Que as vezes a gente vai fazendo as coisas, fazendo as coisas e meio que acaba aprendendo na prática (...)e acaba fazendo, fazendo pra se virar, as vezes indo fazendo as coisas no automático. Sabe como se fosse aquelas fábricas que vai fazendo, fazendo, e em algumas semanas acaba acontecendo isso” (Margarida Alves, 24a, branca)

“Olha lá eu via como uma forma de trabalho sim, ela acaba sendo porque...a lógica mesmo é que fosse uma construção de conhecimento, um programa de pós-graduação, mas o que é exigido do residente é muito mais um trabalho, porque se você for pensar a carga horária que você tem de atuação, é uma carga horária que ti dificulta raciocinar, ti dificulta fazer reflexões” (Maria da fé, 28 anos, branca)

As (os) entrevistadas (os) que expressam uma certeza de que a residência não pode ser considerada trabalho a justificam pela possibilidade de exercer o trabalho de forma diferente, ou seja, aqui a residência assumiria um trabalho com caráter formador, de aprendizado, e não no sentido econômico como expresso na fala de Frida e Clarice.

“Não...(risos) quer dizer...Não acredito que seja, é... (...). Então não seria 100% somente trabalho, é tanto que a gente reivindica que a gente não é mão de obra, que a gente está ali e é residente, e precisa aprender também, a gente tá ali pra aprender e melhorar o serviço, não apenas pra trabalhar, então acredito que não seja somente trabalho, mas tem a parte do trabalho e também a do aprendizado” (Frida Khalo, 23a, parda)

“Na verdade a residência não é um trabalho né, ela está dividida em tem 80% trabalho e 20% teórica, mas ela em si, não é...ela é uma especialização onde tem prática, eu não consigo ti dizer assim... é claro que seria bom se fosse trabalho, você vai exercer, mas não dá pra chamar como trabalho, eu não chamo como trabalho a residência... ela é uma especialização que tem prática, onde a gente exerce o nosso trabalho” (Clarice, 33a, branca)

Mas sabem e sentem que de fato ela é um trabalho no sentido econômico, pois em suas falas, apesar da negação, elas descrevem o trabalho como atividade que exercem na residência. Cabe registrar, aqui, que duas dessas entrevistadas tiveram inserções de emprego no mercado formal antes de cursarem a residência. Tiveram, portanto, experiência de emprego no mercado “formal”, caracterizado pelas leis trabalhistas (CLT), regras e normas. Esse lugar do emprego é o espaço da manifestação do que Zilda chama de *crtl c* e *crtl v* (que é o copiar e colar), é a reprodução do trabalho rotinizado e mecanizado, que ela não percebe no espaço da residência.

“Não, não considero. Eu considero a residência um espaço de formação, de luta, de mudança, e de muita persistência, eu não vejo a residência como um trabalho, de executar isso, fazer isso, fazer aquilo, pra minha agenda, de ctrl c e ctrl v, pra mim não, não me vejo com essa perspectiva, não acho que ela é um trabalho” (Zilda Xavier, 30a, branca)

E por fim, diferente das entrevistadas acima, Carlos tenta compreender a residência como um trabalho mais no sentido ontológico, por que acredita no seu caráter transformador, na consciência do processo de trabalho desenvolvido na residência, possibilitando, uma reflexão, um trabalho não alienado, mas notem que no tópico anterior, é o mesmo residente que acredita no esgotamento desse trabalho no mundo contemporâneo, ele afirma que hoje “o trabalho está sem significado”.

“Considero porque, eu ainda acho que a residência possibilita um trabalho melhor no sentido de que de fato você não tenha a cobrança do empregador, você tem uma cobrança muito mais educacional (...) considero trabalho porque você produz, você transforma, você se transforma na medida em que você está ali fazendo, por que é isso, no final das contas é a educação permanente mesmo ali acontecendo sabe” (Carlos Marighela, 28a, negro)

Em estudo sobre a relação entre trabalho e educação na formação profissional, Andrade (2015), também identificou essa tensão que os residentes apontam, ou seja, que a residência se caracteriza como um processo formativo que está nessa polarização entre a “dimensão do trabalho esvaziada da formação e da formação esvaziada do trabalho” (p.171). Os residentes entrevistados também apontaram o sentido do trabalho na residência como uma expressão do modelo hegemônico de assalariamento, porque percebem a lógica de organização dos programas com sentido produtivo e não de formação, ou seja, na materialidade concreta dos serviços que conferem traços característicos do trabalho alienado.

4.5.3 Como que os demais sujeitos (preceptores e coordenadores) da residência percebem esse lugar do trabalho?

É interessante notar, que o caminho da dúvida, da dubiedade também permanece para as preceptoras dos programas de residência, que são as trabalhadoras no serviço responsável por supervisionar os residentes. Nise inicia sua fala a partir da negação da residência enquanto trabalho no sentido econômico, mas no decorrer da sua explicação parece afirmar exatamente o contrário, esse lugar da residência como preponderante para o mercado de trabalho. Como também aponta que o próprio trabalho exercido na residência seria caracterizado como mão-de-obra, e que essa força de trabalho usada não era reconhecida como experiência de trabalho.

“É eu não vejo que é... eu na verdade considero a residência uma experiência, deveria entrar no currículo fazendo parte da experiência previa, só que isto não é visto pelo mercado, na verdade a residência tem o mesmo peso que uma especialização (...) então no mercado hoje a residência não é vista como um

trabalho, mas que é...ela não vai contar lá na experiência de anos de trabalho, são dois anos que basicamente eu tive aquela experiência, mas não conta como se eu tivesse dois anos de experiência em serviço, trabalhando (...)você fica dois anos trabalhando, dando a sua mão de obra (risos) pra um ambiente de trabalho e você não é considerado como trabalhador” (Nise da Silveira, preceptora há 1 ano e meio)

Luiza parte desse mesmo sentido dúbio, em que acredita no lado formativo e reflexivo que “confere” a residência, em não reduzir o trabalho ao emprego. No entanto, fica a dúvida em sua fala ao afirmar que o residente em determinados momentos vai ser considerado trabalhador apenas pela sua atuação profissional, pelas atividades exercidas, pelas responsabilidades assumidas, mas o fato das relações trabalhistas não estarem presentes descaracterizaria a residência enquanto trabalho.

“Então a residência não pode ser apenas um espaço de trabalho, porque se não é o primeiro emprego, o que diferencia esse processo é pra vim esse processo formativo, manter esse caráter formativo e reflexivo durante a prática, esse é o desafio!”. É porque.....porque.... porque assim é uma atuação profissional a residência, mas pra mim ela não tem a dimensão de trabalho, mesmo que ela se aproxime muito disso em alguns momentos, mas eu acho que o trabalho tem algumas dimensões que eu penso assim é, até na noção de responsabilidade (...)mas aí vai ter outras experiências que o residente vai ser colocado nesse lugar de trabalhador mesmo, mas pra mim ela tem uma dimensão de ser uma atuação assim, que ele é um profissional capaz de desempenhar um conjunto de atividades e de atribuições, então ele é capaz, mas não é, mas ele não é um trabalhador porque tem a dimensão da responsabilidade de produzir aquilo, entendeu? (...) (Luiza Mahin, preceptora há 2 anos)

Essa mesma análise não é diferente das entrevistas que assumem o papel da gestão e coordenação dos programas. Alexina traz embutida na sua fala a vivência de residente e considera que não é trabalho no sentido econômico, justamente pela ambiguidade de acreditar que ela possui um caráter reflexivo e formativo e pelo fato da mesma não ter as relações trabalhistas.

“Veja, na minha opinião, na minha vivência de que não... não é estritamente como um trabalho. Porque, por exemplo, eu fui residente, e enxergava a minha oportunidade de formação em serviço e tal, eu via na residência ainda uma oportunidade formação, mas o que eu vejo em outras residências e nessa turma é que muita gente encara como um trabalho, os próprios residentes encaram como um trabalho eu vejo isso, encaram como mais um trabalho, inclusive a gente já teve residente que não tem só recém formado em nossa turma, tem gente que já foi até secretário de saúde de municípios do interior, já tiveram outras experiências profissionais, e que eles encaram a residência como mais uma experiência profissional, só no âmbito do trabalho mesmo. Então deixa falar do lugar que eu estou de gestão (risos). Veja, a escola em si, ela tem bem claro que a residência não é só trabalho certo (...) é bem claro que a visão da escola que é a instituição que propõem e executa é de que residente não é trabalhador, mas em outros, assim, sobretudo como falei no início, nos serviços onde os residentes estão inseridos, boa parte encara o residente como trabalhador mesmo, é isso (Alexina Crespo, coordenadora há 1 ano)

Mas percebe enquanto gestora que os residentes encaram como trabalho, assim como os serviços pactuados para a parte prática dos residentes, no entanto, afirma que a instituição não compreende o residente enquanto trabalhador. Fica então a dúvida, eles exercem as atividades do serviço na prática, mas não é trabalhador?

Já Leila, que sempre assumiu esse papel de gestora, tenta explicar o equilíbrio dos polos educacional e do trabalho justificando que a garantia desse equilíbrio encontra-se no projeto pedagógico, reforçando esse papel da universidade na formação teórica e reflexiva da residência.

Olha a residência ela é de cunho é.... como vou dizer.... ela está ligada ao trabalho, mas ela tem uma dubiedade, porque como que vou, como é que você vai equalizar esses dois polos, o polo educacional e o polo trabalho. Quando você tem duas dimensões, falando em dimensões ao invés de polos, vai muito da interpretação, da visão de mundo dos atores sociais que fazem com que essa residência aconteça. A residência se não tiver um forte projeto, isso é um dos achados de nossa pesquisa, se não tiver um projeto político pedagógico forte, a dimensão educacional que não é simples ela vai virar trabalho, então o que nós encontramos é que a parceria com a comunidade acadêmica ela é fundamental, porque o discurso que nós temos, porque temos que ter senso crítico sobre alguns discursos, de que é.....residências sem qualquer vínculo acadêmico ela exista, porque o polo/dimensão educacional ele vai atrofiar, vai ficar só o trabalho (...) se você tem uma qualificação, com uma dimensão da educação e do trabalho, você precisa do equilíbrio, porque se não, tende só pra uma coisa (Leila Diniz, coordenadora há 10 anos)

Assim, essa percepção difusa entre trabalho e formação permanece para quem também executa o programa e fica mais crítica e evidente, quando no decorrer das entrevistas, surgiram aspectos contraditórios no processo de condução da preceptoria com os residentes. Um desses aspectos associa-se a afirmação de Nise acerca do esforço do programa em ter a parte da formação, mas considera o residente sim como parte da equipe e terá tarefas no serviço e é o responsável e, portanto, considerado um trabalhador. Neste sentido, Luiza também aponta o quão difícil é manter a dimensão formativa e reflexiva do trabalho, visto que o residente é considerado membro da equipe, entra no ritmo e rotina de trabalho, assume e desenvolve as atividades.

“A gente não vê um residente como um estagiário, a gente vê o residente como um farmacêutico, eles fazem parte da equipe, eles têm poder de decisão, eles têm participação no processo de formação deles, a gente preza muito isso (...) A gente preza muito pelo ensino do residente, a gente sabe, a gente tem consciência que o residente está ali aprendendo, está ali em formação, e então acontece em muitos lugares, que em muitos lugares o residente é só mão de obra única, exclusivamente, é claro que lá utiliza a mão de obra do residente, mas a gente tenta prover essa coisa do ensino. Mas tem algumas tarefas que são só do residente, que são tarefas que eles são totalmente capazes de desenvolver sozinhos, mas também tem a questão da supervisão (Nise da Silveira, preceptora há 1 ano e meio)

“(...)quando é um residente de mais tempo, aí acaba que o ritmo e o papel de um trabalhador ou da equipe também, ele acaba que se integra na rotina e vai ser mais um trabalhador da equipe em alguma medida, ou vai contribuir de forma com processos mais e menos estruturados (...) quando a gente está com o residente e vai

passar quatro meses ou cinco meses, acaba que entra na rotina um pouco das atividades rotineiras mesmo e assumindo em alguns momentos esse papel de mais um membro da equipe, mais um técnico que vai está desenvolvendo as atividades que vai sendo solicitadas (...) claro que o cuidado que as vezes, as vezes exagerado, as vezes menos, é nunca deixar ele perder a dimensão do aprendizado assim, sempre destacar que aquela experiência é de aprendizado (...) É uma tentativa né, não é fácil, consegui concretizar isso, mas que não transformar ele num trabalhador, por mas que ele possa vivenciar a rotina mesmo em alguns momentos, e que ele tenha uma dimensão de aprendizado do trabalho mesmo assim”(Luiza Mahin, preceptora há 2 anos)

Percebemos também o quanto o serviço recebe os residentes para exercer a parte prática como mão-de-obra necessária para o setor, como explícito na fala de Alexina. Essa realidade também foi destacada por Rodrigues (2016), em que a autora afirma que atualmente pelas condições que se efetiva o trabalho, a presença do residente nos serviços tem se tornado desafiante, pois há uma expectativa de que sua inserção é “mais um” a “substituir” o quadro de trabalhadores daquele local.

Assim, parece que a única diferença é que, apesar do residente estar atuando profissionalmente, ele tem um supervisor e, portanto, tem também a dimensão “formativa”, como apontado por Leila. Alexina destaca que “o residente não é profissional exclusivo do serviço”, ou seja, o residente é trabalhador, mas o seu vínculo é com o programa, e aí talvez a dimensão formativa pudesse ser garantida. Mas, notem que nas duas vezes que essa dimensão formativa apareceu nas falas das duas coordenadoras, esteve associada à participação em evento científico e a outra capacitação para atingir objetivos pedagógicos.

“O serviço sim, a gente tem situações de gerês, que inclusive a gente tem feito muito essa conversa, de que o gestor da gerês encara o residente como profissional, como mão de-obra, como trabalhador da gerês, inclusive a gente teve situações, por exemplo, de eles virem reclamar porque a gente estava liberando residente pra participar de evento científico, e aí que o residente ia ter que sair do setor pra um congresso e o setor ia ficar descoberto, e aí a gente sempre falando de quando acontece uma coisa como essa de que é oh residente não é profissional da gerês, ele é o residente que está em formação (...) O residente pode contribuir, ele vai ajudar, ele vai estar construindo junto, mas ele não é profissional exclusivo do serviço, e o serviço não pode se organizar só dependendo do residente” (Alexina Crespo, coordenadora há 1 ano)

“Então a gente procura trabalhar sempre que ser residente não é ser mão de obra, é um profissional que está em capacitação, então ele tem que atuar com supervisão, não tutelado como um graduando ou acadêmico, então ele tem trabalhar sob supervisão, atingir objetivos pedagógicos em cada cenário” (Leila Diniz, coordenadora há 10 anos)

Portanto, diante do exposto pela análise feita até agora, esta pesquisa conclui que a residência é trabalho para além do seu sentido ontológico como já referido anteriormente, é uma forma de trabalho no sentido econômico que ela adquiriu no modelo capitalista. Considera ainda trabalho no sentido de adquirir um posto de trabalho, em alinhamento as

pautas dos próprios residentes, em seus momentos de luta nos encontros que têm como pauta as conquistas dos direitos trabalhistas, como se verá no tópico seguinte.

Além disso, duas outras questões também se colocam como importantes. A primeira é que apesar de considerarmos a residência como trabalho no sentido econômico, não se nega que as pessoas aprendem enquanto estão desenvolvendo uma atividade. E, neste sentido, ela apenas apresenta caráter pedagógico e pragmático, do aprender fazendo, que confere a ela essa característica de formação/qualificação.

Assim, chama-se atenção para algumas falas descritas anteriormente, como a de Frida, que não considerava a residência somente trabalho, porque estava lá também para aprender, ou ainda como a de Gilberto, que confere à parte teórica o momento do estudo, da reflexão, do aprendizado. Essas falas expressam que somente se aprende quando há alguma teoria envolvida, parecendo sugerir que os trabalhadores não vinculados há um programa de qualificação, não aprendem, não pensam, nem refletem. Ou seja, que o trabalho executado no dia-a-dia está completamente anulado dessa possibilidade, sendo, dessa forma, apenas reprodução do trabalho alienado, discutido anteriormente. Mas, por contradição, a própria residência insere-se nessa definição, quando alguns entrevistados destacaram o trabalho mecanizado, braçal, mão-de-obra, sem reflexão.

Assim, concorda-se com Ramos (2009b), quando aponta que inserir a educação diretamente na prática do trabalho real dos trabalhadores da saúde, possibilita mais um processo de ensino-aprendizagem, que confere esse caráter pedagógico. O que parece acontecer com a residência em alguns momentos como explicitado pelos residentes, preceptores e coordenadores.

Essa maneira de perceber a dualidade do trabalho no mundo contemporâneo: “reflexivo” e “não reflexivo”, prático versus teórico tem origem, nas características históricas de como ele foi se transformando, descrito anteriormente, como também origina-se da divisão do trabalho intelectual versus o trabalho manual, da ciência e da técnica, e por consequência da teoria e da prática. Com o desenvolvimento das forças produtivas capitalistas, passa-se a exigir do trabalhador apenas o conhecimento para a produção de uma parte do produto. Com isso, o produtor capitalista, separa dele o produto final, não havendo necessidade do conhecimento da totalidade e do seu valor, e, portanto, o trabalhador não será um sujeito pensante, será considerado como parte das máquinas (RAMOS, 2010).

Esse processo está diretamente incrustado no trabalho em saúde. Atualmente, a forma de organizar o trabalho em saúde é justamente pautada na lógica da divisão do trabalho e na hierarquização dos postos de trabalhos, que se equivalem as divisões hierárquicas do

conhecimento. Os trabalhadores ficam responsáveis por tarefas específicas, e desconhecem o processo como um todo, sendo destituídos de poder e de autonomia frente ao processo do qual ele é também sujeito (RAMOS, 2009b).

Assim, para os residentes, preceptores e coordenadores resta a percepção de que os trabalhadores vinculados aos serviços estão imersos na rotina e sem possibilidades de realizar um processo de aprendizado, ao passo que os residentes, por estarem em um programa de pós-graduação lato sensu, estariam com a possibilidade de realizar esse processo mais pensante e reflexivo.

Contudo, o que se percebe, é que essa hibridez do trabalho/formação nos programas de residência, talvez seja a máscara do caminho do aprendizado pelo e para o trabalho. Usada, desse modo, para justificar o que seria na verdade, a reprodução de um trabalho que, em grande medida, é alienado, sem caráter formativo, reflexivo, e até mesmo precarizado, como veremos no tópico a seguir.

4.5.4 Faces da precarização: “Muitas coisas iam dar assédio moral ou então dar precarização de trabalho, se a gente for pensar de não ter um repouso, de não ter uma alimentação, de ouvir coisas absurdas (...)” (Maria da Fé)

Conforme discutido em capítulos anteriores, atualmente os jovens trabalhadores da saúde estão submetidos à forma mais recente da precariedade, que se expressa pela dificuldade de inserção no mercado, e fazem uso do prolongamento da escolarização enquanto estratégia de superação desse cenário. O caso da residência, no entanto, trata de um programa de qualificação que, em alguma medida, insere o jovem residente no mercado de trabalho ilustrando outros impactos da reorganização do processo trabalho pós-reestruturação produtiva. Nesse caso essa parcela de precariedade se relaciona com as condições de trabalho, intensificação do trabalho, com os vínculos e com as relações precárias.

Resgatando as principais características desse processo como foi descrita no capítulo 1, a reorganização do trabalho a partir da crescente flexibilidade do mercado, dá lugar as novas tendências de contratação, formas atípicas e inseguras. Como resultado os jovens trabalhadores altamente escolarizados também se incorporaram nessas novas relações salariais, que muitas vezes incluem baixos salários, alta rotatividade, falta de perspectivas de carreira e contratos atípicos como estágio, PJ, cooperativas, trabalho temporário e bolsas, que é o caso das residências [ALVES, 2013?].

Neste sentido, também gostaria de retomar e frisar que para compreender essa nova parcela da precariedade, as condições vão para além de renda e desemprego, como afirma Alves [2013?] e Tosta (2008). Os jovens que constituem essa parcela estão submetidos às novas práticas de trabalho e modalidades de contratação salarial de cariz flexível, instabilidade da remuneração, a ausência de direitos e benefícios, os gastos e a insegurança do trabalho, entre outros aspectos. Com isso, importa realçar esses principais elementos representativos dessa precariedade que os jovens residentes estão submetidos: as formas flexíveis de contratação da força de trabalho, uso intensivo da força de trabalho, das condições de precarização e a não garantias de direitos nas relações de trabalho.

O quadro 1 do segundo capítulo descreve as principais pautas dos residentes nos encontros realizados até o ano 2017, e parte delas refere-se a necessidade de melhores condições de trabalho, equiparação dos direitos trabalhistas que constam na CLT, como atestado médico, licenças, horário de almoço e descanso, e principalmente redução da carga horária semanal de 60 hs no regime de dedicação exclusiva.

4.5.4.1 O uso intensivo da força de trabalho e as condições de trabalho:

Desta forma, conforme quadro no apêndice B, foi realizada a descrição em quatro categorias sobre o que residentes pensam e sentem referente: a carga horária de 60 hs; condições que evidenciam a precarização na prática de trabalho, o uso da força de trabalho do residente pelos serviços que evidenciam situações de precarização e como que os residentes se sentem ou percebem a precarização no trabalho da residência.

A Carga Horária de 60 hs semanais: *"eu acho desumano, eu acho violento, eu acho bizarro, ter uma carga horária tão cruel assim"* (Nina Simone)

O formato de 60 horas semanais da residência é pensando na lógica do aprendizado por repetição e de forma intensiva, na lógica de quanto mais imerso e repetir, o aprendizado será excelente, ou padrão ouro, como é propagado pelo governo, conforme foi descrito no modelo dos programas de residência no capítulo 2. De forma unânime as (os) dez residentes, acham as 60 hs um absurdo, cansativa, muito pesada, sobrecarregada, desumana, violenta, extenuante, prejudicial, para além do que é preconizada na CLT, como ilustrado na fala de Gilberto.

“Era extremamente extenuante, muitas vezes prejudicial mesmo, que a gente sofria muito com isso, era uma carga horária que sufocava, alguns momentos quando a gente tinha aula, ou quando tinha outra coisa, o aproveitamento era insuficiente porque a gente chegava pra aquele momento esgotado” Gilberto Gil, 27a, negro)

Essa percepção, também não é apenas dos residentes, as preceptoras e coordenadoras entrevistadas também expressam o sentimento de desacordo:

“então eu acho 60hs, eu que já fui residente também sei como é difícil assim. Então a gente sabe que é bem pesado, e o trabalho delas também é, elas ficam o tempo inteiro no serviço trabalhando, a gente tem bastante atividades, tem bastante coisa para fazer, muitas demandas, então a gente sabe que o residente não está ali relaxando, tranquilo (...) então eu acho que essa carga horária ela deveria ser um pouco ser repensada também” (Nise da Silveira, preceptora há 1 ano e meio)

“eu acho que por ter sido residente (risos) eu sei que não é... é humanamente desgastante, aquela coisa da quantidade, da qualidade(...) mas é uma discussão que a gente faz que a gente escuta os residentes de que é muito, é muito pesado, é muita atividades e pra quem está em formação” (Alexina Crespo, coordenadora há 1 ano)

Nota-se que em duas falas, uma do residente Carlos e outra da preceptora Luiza, eles trazem a crítica ~~para o~~ ao formato “padrão ouro” que é tão propagado pelos gestores. O que é essa lógica, se não baseada no treinamento em serviço de pessoas, que ficam repetindo a mesma coisa, com jornadas longas e extenuantes, até considerar que ela tem a prática e está pronta para atuar?

“então não discutindo as 60 hs, porque a carga horária de 60 hs não é digna de ninguém vivenciar (risos), acho que a intensidade do processo não precisa ser medido pelas 60 hs, eu penso que, o que torna o processo intenso é a formação de fato ser um padrão ouro, esse processo, essa carga horária está permeada por um processo formativo reflexivo, acho que esse é o desafio, de cair numa carga horária apenas de trabalho pelo trabalho e o cumprimento dessa carga horária (Luiza Mahin, preceptora há 2 anos)

Eu acho um absurdo, um absurdo no sentido de porque não é necessário 60 hs pra você ter um padrão ouro de formação. Porque eu acho muito mais produtivo, que você trabalhe, vá lá no serviço e trabalhe, e volte pra casa e estude (...)” (Carlos Marighella, 28a, negro)

Processo esse que guarda relação com formas de exploração do trabalho vividas há muito tempo pelos trabalhadores do século passado, caracterizando as jornadas extensas de trabalho. Mas, com a reestruturação produtiva a jornada extensa foi remodelada pela flexibilidade de jornada, e pela intensificação da produtividade. Os modelos de gestão atuais introduziram novos modelos de organização da produção como o toyotismo, qualidade total, e o da acumulação flexível (DAL ROSSO, 2013).

No entanto, mesmo em pleno século XXI, a residência usa de forma intensiva a força de trabalho dos residentes, além de herdar princípios do taylorismo-fordismo, que preza por um trabalho repetitivo, maquinizado. E isso é de fato o que acontece, considerando que os residentes passam 80% ou mais da carga horária da residência na prática (serviço),

encontrando-se boa parte do tempo executando trabalho. Como exposto por Pagu, “Então era bem mecânico mesmo, era trabalho braçal total, nada ver”.

A redução da jornada de trabalho atual foi conseguida com muito custo e luta dos trabalhadores, sendo garantido pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 7º, VI e XIII:

“São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: VI - irredutibilidade de salário, salvo o disposto em convenção ou acordo coletivo; XIII - duração do trabalho normal não superior a 8 horas diárias e 44 semanais, facultada a compensação de horários e a redução da jornada, mediante acordo ou convenção coletiva de trabalho”.

O mesmo se aplica para a CLT, mas que faculta a negociação entre empregado e empregador:

“Art. 468 - Nos contratos individuais de trabalho só é lícita a alteração das respectivas condições por mútuo consentimento, e, ainda assim, desde que não resultem, direta ou indiretamente, prejuízos ao empregado, sob pena de nulidade da cláusula infringente dessa garantia”.

Assim, essa é uma reivindicação dos residentes conforme expresso pelo movimento dos residentes, reforçada, novamente, no VII ENRS realizado em 2017:

“Que, para salvaguardar a qualidade da formação e a saúde das(os) profissionais residentes, a carga horária seja reduzida para 44 horas semanais contemplando espaços práticos, teóricos e teórico-práticos, sem redução do atual valor da bolsa, considerando que é possível, com esta carga horária, garantir um processo de formação com qualidade. Pautar a redução da carga horária é ir ao encontro da luta histórica das(os) trabalhadoras(es), para garantir que haja vida após o trabalho assalariado, além de que em nossa realidade a atual carga horária de 60 horas, tem gerado um adoecimento dos profissionais residentes em todo país” (p.3)

Somando a extensa jornada, há condições do trabalho que evidenciam a precarização na parte prática (onde exercem o trabalho em si). Alguns exemplos foram relatados como, os residentes atuam em hospitais em forma de plantão e não tem direito a descanso como foi relatado por Maria, ou dificuldades para ter direito à alimentação como a mesma relatou.

“Estruturalmente era bem complicado, a gente não tinha lá no hospital um lugar de repouso, nenhum residente tinha (...) porque a gente fazia 12 hs todos os dias e a gente da psicologia, eu quando ia descansar juntava 3 cadeiras e descansava lá uma horinha e almoçava, ou quando era fim de semana a gente ia deitar em alguma maca vazia no ambulatório porque a gente não tinha espaço. Almoço por exemplo era uma guerra, a cada três meses a gente tinha medo de cortarem nosso almoço, porque viram e mexe eles queriam cortar nossa alimentação (risos)” (Maria da Fé 28a, branca)

Em setores dos serviços onde atuam, muitas vezes assumem atividades sozinhos por não ter o preceptor ou por não ter o trabalhador mesmo do serviço. Os serviços ou a própria organização do programa encontram-se, muitas vezes, sem nenhuma estrutura para o exercício do trabalho. Exercem atividades que ultrapassam 60 hs e participam de banco de horas para trocar por folgas como explicado por Gilberto e Margarida.

(...) então esse primeiro semestre foi caótico, porque a gente ficava sozinha lá na UTI, porque os preceptores precisavam ficar cobrindo os outros setores que tinham as RI" (...) "a minha colega ia passar na UTI a noite, o preceptor da noite estava de férias e ela que cobriu as férias dele, ficou sozinha lá" (...) (Margarida Alves, 24a, branca)

"No mês com quatro finais de semana, sobrava só dois que não tinha plantão, os outros todos tinham plantão; então as vezes emendava uma jornada de quase 15 dias corridos de trabalho e o trabalho diário em média é de 10 hs (...) tinha uma margem pra negociação assim, por exemplo, de fazer o banco de horas, nós fazíamos isso pra depois trocar por folgas, alguns dias ao invés de fazer até 17hs ficava até 19 hs" (Gilberto Gil, 27a, negro)

Os residentes entrevistados por Andrade (2015), também apontaram o sentido do trabalho da residência, com um sentido do trabalho assalariado, que nessa sociedade se caracteriza por sua exploração, pelo uso intensivo da jornada. Como também destacaram que a carga horária prática da residência é um trabalho, que foi associado à dimensão da precarização, onde na residência o trabalho do residente passa a “servir como mão de obra barata”.

Como não considerar os residentes como trabalhadores, se e pior ainda, em muitos dos casos é um trabalho sob condições precárias, com o trabalho sendo realizado nas condições expostas acima?

Como não considerar um trabalho sob condições precárias, se as instituições e ou serviços utilizam a força de trabalho dos residentes para suprir suas lacunas, como descrito em alguns trechos, em que instituições colocam os residentes para setores onde não tem profissionais, sendo os “tapa buraco” como ilustrado na fala de Margarida, que quando faltava profissionais no setor são eles que cobrem férias de funcionários, os serviços tentam organizar escala de trabalho contando diretamente com a presença do residente no serviço ou algumas atividades são de responsabilidade do residentes, como afirma Gilberto e Clarice. Essas atividades já são, inclusive, computadas para o residente, atualmente cadastrado no CNES⁵⁵.

“é obrigatório que quando a gente dê plantão ter pelo menos um fisio no hospital, então eles tentam organizar para que a gente esteja no hospital tendo um profissional pelo menos, mas que esse fica meio que tentando cobrir buraco sabe (...) se eles veem que um dia está mais desfalcado eles tentam fazer questão que a gente faça nesse dia" (Margarida Alves, 24a, branca)

Sabe-se que há muito tempo o trabalho em saúde é marcado pela precarização, como exposto no capítulo 1, mas atualmente estamos inseridos em profunda degradação do sistema público de saúde, que vem se agravando a cada dia, com falta de investimentos, congelamento

⁵⁵Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)- é uma base de dados do MS que cadastra a capacidade física instalada das unidades, os serviços disponíveis e profissionais vinculados aos estabelecimentos de saúde, equipes de saúde da família, subsidiando os gestores (MS, SES, SMS, etc.) com esses dados de abrangência nacional. Dentre uma das suas funções, é coletar os dados referente ao atendimento prestado pelos profissionais. Assim, através do CNES pode-se comprovar a produção realizada pelo profissional residente.

de recursos, maior privatização e terceirização dos serviços. Esse quadro leva, conseqüentemente, a falta de materiais, de condições de trabalho, e como evidenciado nas falas, falta de profissionais. Assim, parece ser o espaço cabível em utilizar da mão de obra do residente para suprir essas lacunas, que também fica imerso na reprodução das condições de precarização já vivenciadas pelos trabalhadores.

Situações como essas foram explicitadas na entrevista de Clarice, em que o programa de residência que cursava era de uma prefeitura municipal, que passou a ser proponente do programa na lógica de possuir profissionais formados no serviço, antes de ser um processo de qualificação. Nas falas anteriores de Frida e Pagu exemplificam que os trabalhadores do serviço, e até mesmo os seus preceptores, já tratavam seu trabalho como mão-de-obra ou “quebra-galho”.

Então oh assim, a gente enfrentou muitas dificuldades, então como a gente era segunda turma, então o programa estava muito... não estava pronto na verdade pra receber, tinha muita coisa faltando ali, que nos desse base, faltando coisas (...)“Era mal estruturado, a prefeitura não estava pronta, e aí assim, a gente foi discutir isso né porque eles estavam ganhando, e aí aquela coisa, eles não pensaram na estrutura de receber os residentes, eles pensaram nos residentes que eles iam ganhar, no que estariam ganhando trazendo os residentes e uma outra briga que a gente teve também do nosso programa, foi que a gente estava substituindo funcionários, porque falta funcionários”. (Clarice Lispector, 33a, branca)

Essa mesma relação vivenciada pelos residentes e os serviços de saúde, foi observada por Andrade (2015). Ela associa a lógica do trabalho alienado, do uso da mão de obra dos residentes, em detrimento da formação, em grande medida pelo contexto de precarização dos recursos, das condições de trabalho e da privatização no SUS, que vem impondo uma lógica produtivista da gestão do trabalho em saúde.

Nesta condição de reprodução da precarização, reproduz-se o trabalho alienado, repetitivo, invisibilizado, como expresso por exemplo na fala de Carlos. Mas indo além, cabe chamar atenção para um aspecto que me mobiliza desde o início da residência e que associa a certa negação do trabalho, a desconstrução do trabalho, que parece ocorrer o tempo inteiro com os residentes. Há a realização de um trabalho na residência que é negado, uma relação de trabalho não reconhecida, embora o trabalho central esteja presente e seja realizado pelos residentes.

“hoje é.. eu ainda considero leve viu, eu vou todos os dias, cumpro essa semana padrão, e na quarta feira eu saio do lugar onde eu faço a prática e vou pra um hospital, uma emergência, fazendo uma coisa que não me agrega conhecimento, um processo repetitivo, não tem nenhum tipo de exame clínico, o meu trabalho naquele setor é completamente invisibilizado, o produto que sai dali, uma folha de ofício não vai pro prontuário da paciente, não vai o nome do enfermeiro, já coloquei isso com a tutoria e eu tenho que ir pra cumprir tabela, porque se eu não for, eu vou ficar devendo, é uma coisa assim institucionalizada, absurdo” (Carlos Marighella, 28a, negro)

Esse processo vivido pelos residentes remete a um processo discutido por Sennett (2009) em seu livro *A Corrosão do Caráter sobre o trabalho ilegível*. Segundo o autor, devido as mudanças no processo de trabalho, com a incorporação das tecnologias e flexibilidade, os trabalhadores passam a se sentir pessoalmente degradados. Ele aponta que nesse processo, a compreensão de trabalho torna-se superficial, a identidade como trabalhador é fluida, adaptável: “a flexibilidade cria distinções entre superfície e profundidade, aqueles que são objetos menos poderosos da flexibilidade são obrigados a permanecer na superfície” (p. 88).

Essas sensações descritas por Sennett parecem ser as dos residentes. Não são vinculados como trabalhadores em aprendizado, são considerados apenas como estudantes e/ou estagiários, mas exercem o trabalho no setor. Ou seja, vendem sua força de trabalho, sem garantias de direitos trabalhistas, sem reconhecimento, ficando à mercê dessa relação fluida, que contribui para desconstruir e fragmentar sua compreensão de trabalho.

Esse processo também se assemelha muito com uma nova dimensão da precariedade do trabalho atual, em que a autora francesa Daniele Linhart (2014) denomina de precariedade subjetiva, sendo mais um componente do trabalho moderno. Para ela alguns fatores estão envolvidos nesse processo:

“ é o sentimento de não estar em casa no trabalho, de não poder se fiar em suas rotinas profissionais, em suas redes, nos saberes e habilidades acumulados; é o sentimento de não dominar seu trabalho e precisar esforçar-se permanentemente para adaptar-se; é o sentimento de isolamento e abandono; perda da auto-estima; é frequente o medo, a ansiedade, a sensação de insegurança; é o sentimento de não estar jamais protegido de uma perda súbita de emprego” (p. 45-46).

A autora destaca que esse processo é uma estratégia empresarial, que a administração moderna expandiu para todos os setores sendo pautada pela crescente necessidade de qualificações, polivalência sistemática, mobilidade, flexibilidade e disponibilidade. Apesar de ser associado aos trabalhadores assalariados por tempo indeterminado, esse processo muito se assemelha com a realidade vivida pelos residentes. Nota-se em algumas falas, esse não reconhecimento pelo trabalho realizado gerando frustrações e dificuldade de estabelecer redes porque para o serviço o residente não é de sua responsabilidade. O residente permanece no limbo entre a instituição e o serviço, mas suas habilidades e competências são requeridas o tempo inteiro. Sem contar, que os residentes nesse período vivem na insegurança, sabem que são temporários. Como afirma Pagu:

“eu acho que é um problema também, é que a gente não é absorvido, muitas vezes a gente termina a residência e... muita gente que eu conheci que termina e trabalha com outra coisa completamente diferente” (Pagu Galvão, 26a, parda).

Não se considerar trabalhador e nem ser considerado trabalhador, desqualifica os valores, a cultura e ideal de classe trabalhadora. Para Linhart (2014), nessa nova conformação

de trabalho, o indivíduo é posto sozinho, numa relação individualizada, sem redes, que fica confrontado com imposições e ideias não ajustadas a realidade concreta do trabalho. O que ascende nesse modelo de trabalho é a necessidade do indivíduo ser polivalente, ter mobilidade, flexibilidade, disponibilidade, devem o tempo inteiro demonstrar competência e empregabilidade.

Somando as essas características, outras repercussões que a precarização do trabalho traz para os residentes, é o impacto das relações adoecedoras. Relatam o esgotamento físico do trabalho, cansaço, sobrecarga, que gera sentimentos de frustração e desestímulo, além de levar os residentes a desenvolverem patologias, por conta da sobrecarga de trabalho e estudo ao mesmo tempo, explicitados na fala da Maria por exemplo:

"(...)as formas de relações de trabalho que se estabelecem na residência, no programa que eu estava, eram muito adoecedoras, eu por exemplo no meu último semestre, eu fui diagnosticada com transtorno de ansiedade já (...) a forma como é estabelecido essa carga horária, a forma como é estabelecido a exigência, a forma como é estabelecido as formas hierárquicas de poder, tudo isso é emocionalmente, fisicamente, isso desgasta completamente o residente" (Maria da Fé 28a, branca)

Portanto, é neste sentido, que concorda-se com o questionamento feito por Rosa e Lopes (2010, p. 20) sobre o modelo das residências:

"Resta saber se, na tentativa de efetivação do SUS, a indução de políticas públicas com interferência direta no modelo educacional vai contribuir para o aprimoramento da formação profissional na perspectiva da Educação Permanente ou, se é mais uma estratégia para estruturar a rede de saúde através da oferta de um campo de trabalho precarizado para os profissionais da saúde".

4.5.4.2 Formas flexíveis de contratação da força de trabalho e a não garantia de direitos

Outro aspecto da nova condição de precariedade que os jovens estão submetidos e que inclui jovens altamente escolarizados é a contratação totalmente flexível via modalidade de bolsa. Estamos partindo da constatação de que a residência é considerada pelos residentes e demais atores como a primeira inserção no mercado de trabalho, é uma forma de contratação indireta de emprego. Afirmo que é contratação, porque é assinado um contrato com o profissional, exige-se a carteira do conselho profissional, comprovando que o mesmo está apto a atuar profissionalmente e que pode ser responsabilizado pela sua atuação. E é flexível porque a modalidade de bolsa, atualmente, não garante direitos ou benefícios, não configura vínculo empregatício, e no caso da residência a justificativa usada é por ser um programa de formação.

Associado ao aspecto anterior, tem se a não garantia dos direitos e benefícios trabalhistas nos programas de residência. Se são trabalhadores, se a residência se configura,

em muitos casos, como uma relação de emprego como já evidenciado, então eles teriam o “direito” de serem assegurados por nossa legislação que consta da CLT⁵⁶. Essa pauta é levantada diariamente pelos residentes, como nos últimos encontros de residentes, conforme descrito no quadro 1, capítulo 2.

Duas coisas chamam a atenção nas falas, e que precisam ser diferenciadas. A primeira, trata da diferença de direito para benefícios trabalhistas. O que se entende por direitos, do ponto de vista constitucional, é quando o indivíduo tem um vínculo jurídico com o Estado e é portador de direitos e deveres fixados por esta estrutura legal (Constituição e leis). De acordo, com a Constituição (1988), Art. 6º, são direitos: educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados. Já os benefícios trabalhistas, são aqueles que garantem a qualidade do trabalho, e deveriam ser garantidos enquanto uma lei que existe, nesse caso a CLT, como exemplificado na nota.

A segunda volta-se para a lógica de regimento que, atualmente, muitos programas seguem que nada tem a ver com as leis mencionadas, e sim estão baseadas em normativas expedidas pela CNRMS.

Neste sentido alguns pontos precisam ser esclarecidos. Os únicos benefícios que existem relacionam-se ao desconto da previdência, assim, eles teriam benefícios que são assegurados aos contribuintes. No caso apenas em parte, por que como a residência funciona na lógica de uma carga horária total, em que o residente tem que cumprir 5760 horas para finalizar o programa. Essa carga é dividida em semanas, por um período de 24 meses que totaliza as 60 horas semanais. Assim, caso a residente utilize por exemplo, o benefício da licença maternidade, ela é obrigada a repor os 4 meses. O outro benefício reconhecido por algumas entrevistadas (os), foi com relação as férias, que são computadas na carga horária os 30 dias de férias em cada ano.

Mas fica perceptível na fala de Ângela e de Carlos que a maioria das (os) residentes desconhecem quais são esses benefícios trabalhistas que a residência possui:

"Eu sinceramente achava que não tinha direito nenhum, porque eu não considerava que seria trabalho, mas nesse meio termo, se considera ou não se considera, em

⁵⁶ É a legislação que rege as relações de trabalho, individuais ou coletivas. Esta lei unificou todas as normas trabalhistas praticadas no país, passando a regulamentar as relações trabalhistas, tanto no trabalho urbano e rural. Desde a sua publicação já sofreu inúmeras alterações, visando adaptar o texto às condições atuais do mundo do trabalho e ainda é o principal instrumento para regulamentar as relações de trabalho. Entre os principais direitos garantidos estão: registro em carteira de trabalho, 13º salário, férias remuneradas, FGTS, assistência médica, vale transporte, seguro desemprego, licença maternidade, entre outros benefícios (DECRETO-LEI N.º 5.452, 1943).

momentos sim ou em outros momentos não. Fiquei feliz em saber que temos algumas possibilidades de direitos, mas que eles ainda são muito (...)" (Ângela Davis, 28a, negra)

"A gente tem a bolsa, a gente tem desconto, mas a gente não tem esclarecimento assim do que esse desconto vai representar na vida da gente lá na frente, a gente tá contribuindo ou não? A gente está contribuindo pra quem? (Carlos Marighela, 28a, negro)

Lembrando que esses benefícios são assegurados por normativas próprias, cada programa executa de uma forma, assim como outros benefícios como fica evidente na fala de Maria e de Margarida. Margarida coloca que o regimento da sua instituição não deixava claro se era 60 h no máximo ou mínimo, e assim a coordenação interpretava da maneira que achava conveniente.

"Eu via muito mais o regimento de residentes, uma lógica institucional de universidade, lá eu não via, é muito contraditório, porque eles exigem da gente um trabalho, mas ao mesmo tempo quando são nossos direitos, não somos trabalhadores, e aí somos estudantes, e aí as relações hierárquicas de poder são bem estabelecidas" (Maria da fê, 28a, branca)

"E o nosso regimento, ele é muito.... ele tem muito buraco, não assegura muita coisa sabe, não está definido certinho se são 60 hs semanais no máximo ou no mínimo, então quando a gente foi questionar sobre as 60 hs semanais do ano passado, a coordenadora falou que era 60 hs no mínimo (...) eles não descontam a 1 hora do almoço lá na residência....se for dia de aula, que essa 1 hora de almoço, não conta na carga toda, você tem que pagar depois, então eu acho isso um pouco estranho, errado né". (Margarida Alves, 24a, parda)

Outra questão apontada pelos residentes refere-se ao atestado médico, em que os residentes têm que repor os dias, como explícito na fala de Frida e de Nina que exclama que residente não tem direito a ficar doente.

"As vezes a gente não tinha, não conseguia, porque uma carga horária muito extensa, a gente tempo pouco pra se alimentar, pouco tempo pra descansar, então é um ponto que precisa ser melhorado também... com relação a atestado médico não valia, porque por mais que a gente tivesse doente e levasse o atestado médico, a gente teria v que repor essa carga horária, então é como se não valesse (Frida Khalo, 23a, parda)

Ahh a gente tem direito quase nenhum né! Residente num tem direito nem de ficar doente! Como tem essa hibridez toda que a gente não é trabalhador, enfim a gente é trabalhador e não é, não se avançou muito nessa perspectiva dos direitos trabalhistas, porque no fim, a gente não é trabalhador e ou é enfim... e nessa brincadeira acaba que a gente não tem direito a um monte de coisas" (Nina Simone, 27a, negra)

Outros benefícios apontados tratam da integralização da carga horária de almoço, direito de descanso como já abordado anteriormente, receber o 13º salário como aponta Gilberto, pois já que trabalha então teria que ter benefícios trabalhistas.

"Uma parcela de direitos que a gente vê que todos os profissionais têm já, e na residência a gente acaba não conseguindo acessar por exemplo 13º salário, que a gente tem uma bolsa, que a gente trabalha ali que de certa forma ela cumpre alguns

quesitos trabalhista, que é de férias, então eu acho que a gente poderia avançar mais em alguns pontos” (Gilberto Gil, 27a, negro)

Existem muitos outros direitos que deveriam ser assegurados, como insalubridade já que a saúde normalmente é um setor que está exposto a riscos, como bem observado por Pagu. Assim, como também questionado por Clarice, deveriam ter leis que assegurassem e protegessem os direitos dos residentes.

“A gente não tem insalubridade nenhuma e está exposto, é um direito que a gente não tem, a gente não tem direito nenhum, a gente ganha uma bolsa, é bolsista, e trabalha como trabalhador, eu acho complicado....férias ok, não tem problema nenhum, férias de 30 dias; você não tem 13º, você não tem nada... eu acho que quanto a isso é bem...porque todo mundo fala a bolsa é legal, a bolsa é isso, é aquilo...só que eu acho que tinha que ter outros aparatos de segurança pra pessoas...só INSS que a gente contribui (Pagu Galvão, 26a, parda)

“Porque que a gente não tem direito, lá é uma especialização, mas assim a gente está lá, a gente está trabalhando, não é um trabalho, mas a gente está trabalhando de alguma forma, a gente não é um funcionário (...) Tem coisas que tem que ser reformuladas, que ser revista, nós não temos uma lei dentro da residência, leis que de alguma forma que nos auxiliie, eu acho que deveria rever algumas coisas, do próprio programa assim, do programa não, da residência em si, a gente deveria ter sim, de alguma forma, leis que nos protegesse, que os auxiliasse” (Clarice Lispector, 33a, branca)

Nesta direção, como não exigir o reconhecimento legal dos benefícios trabalhistas se já se submetem ao programa de controle de carga horária, exigem ponto eletrônico, o mesmo sistema para os trabalhadores que estão regulamentados, como foi exposto por Zilda:

“E pior é que tem outros absurdos, tipo obriga o residente a bater ponto eletrônico, exigir isso do residente (...) no meu programa já existe residentes que batem ponto eletrônico, nos outros municípios também, a maioria aderiu, e acham que é normal, que sou trabalhador, tenho que bater ponto, e eu não concordo com essa ideia, não bato ponto eletrônico, acho que a residência vai para além disso (Zilda Xavier 30a, branca)

Situações como essa e todas as outras são expressas na fala contundente de Maria nos permitem afirmar a precariedade das relações que são estabelecidas na residência:

“Direitos trabalhistas na residência, como não era uma prática de pós-graduação, eu não via direitos trabalhistas, porque se eu visse direitos trabalhistas lá muitas coisas iam dar assédio moral ou então dar precarização de trabalho, se a gente for pensar de não ter um repouso, de não ter uma alimentação, de ouvir coisas absurdas (...)” (Maria da fê, 28a, branca)

Esses depoimentos traduzem, como já abordado no capítulo 1, as novas formas de trabalho que os jovens são submetidos. Tosta (2008) também aponta que, mesmo que as modalidades flexíveis de trabalho sejam respaldadas por lei, o que ocorre é que elas são na verdade, a forma de mascarar a relação empregatícia por meio de outro tipo de relação de trabalho que não prevê o acesso a uma série de direitos e proteção social. Isso ocorre com o programa da residência, que mesmo possuindo algumas normativas legais, não assegura quase nenhuma proteção legal aos residentes.

Desta forma, ratifica-se a afirmação feita no início desta pesquisa, de que mesmo os trabalhadores com alta escolaridade já estão em condições de similitude com as antigas formas de precarização, como afirma Tosta (2008, p. 253):

“Não há mais a garantia de integração social pelo emprego. Assim, é preciso elaborar estratégias que mostrem os ganhos econômicos da flexibilização e que minimizem seus custos. As novas formas de trabalho que surgem no capitalismo contemporâneo aproximam os trabalhadores de antigas formas de precarização relativas à contratação, condições de trabalho e proteção social”.

Por fim, diante do exposto, a residência não é só a manifestação da precarização do trabalho do mundo contemporâneo, constituindo-se, ainda, em um processo de precarização. Desde a sua concepção essa modalidade tem o trabalho como elemento central, no entanto, como vimos, não é no sentido ontológico, formador e transformador do homem e de suas relações. O trabalho que está presente na residência é, em grande parte, um trabalho alienado, reproduzindo as relações precarizadas do trabalho contemporâneo. Desde sua origem, não garante os benefícios que os residentes deveriam ter, já que eles vendem também a sua força de trabalho. Neste sentido, retoma-se o conceito de precariedade exposto no capítulo 1, que afirma a precarização do homem que trabalha enquanto:

“a precarização do trabalho vivo, a desefetivação do homem como ser genérico. Que significa que o novo metabolismo social do trabalho implica não apenas tratar de novas formas de consumo da força de trabalho como mercadoria, mas sim, novos modos de (des)constituição do ser genérico do homem” (Alves, 2010, p.2).

Para o autor, nessa nova precariedade salarial, o homem, está submetido a desmedida da jornada de trabalho, que altera a “relação espaço-tempo de formação dos sujeitos enquanto humano-genéricos, aprofundando a auto-alienação do homem que trabalha”. Desta forma, o capitalismo “manipulatório”, consegue controlar a consciência do homem que trabalha, ou seja, a sua subjetividade. Por isso, falamos também de uma precariedade subjetiva.

Segundo Alves (2010), experimenta-se um processo de “captura” da subjetividade, por meio de mecanismos de coerção e consentimento, de manipulação, e pelo sentimento de disputa e concorrência. Mas principalmente, a captura dilacera “não apenas a dimensão física da força de trabalho, mas também a dimensão psíquica e espiritual (que se manifesta por sintomas psicossomáticos)” (p.13). Processos esses, que foram percebidos nos relatos dos residentes. Percebe-se que a alienação frente aos residentes, não se dá apenas usando a força de trabalho deles, mas também negando o próprio espaço do trabalho, como pode ser sentido na fala de Carlos.

O trabalho hoje não transforma a natureza, não transforma a sociedade, não transforma o trabalhador, ele tem sido colocado numa perspectiva mercadológica, de repetição, de reprodução de doença, o próprio trabalho da residência produz muita doença, então assim, não tem sido digno, sabe aquela parábola quem cedo madruga Deus ajuda, e que o trabalho dignifica o homem, o trabalho não tem feito

isso hoje em dia... não tem significado, hoje o trabalho está sem significado, enfim estou frustrado, deprimido com o trabalho (risos). ~~(risos)~~” (Carlos Marighella, 28a, negro)

A produção do capital é fruto da redução do trabalho vivo a simples força do trabalho como mercadoria. Assim, o homem enquanto ser é separado do trabalho que produz, da sua força de trabalho, e é justamente nessa separação, nesse processo de alienação, que ocorre a captura da subjetividade pelo capital, que degrada o homem como pessoa. A vida simplesmente é reduzida a atitudes, comportamentos, e valores sociais vigentes, que alimentam a necessidade do trabalho alienado para manter essa estrutura da acumulação capitalista (Alves, 2010).

Desse modo, o homem que trabalha, não consegue ir além da reprodução da força de trabalho enquanto mercadoria, o capital manipula a sua consciência negando a sua subjetividade, leva a “negação da negação”, como afirma Alves (2010, p.23): “não interessa formar homens com capacidade crítica, mas apenas força de trabalho ou indivíduos reduzidos a sua mera particularidade, incapazes de escolhas radicais. Enfim, eis a natureza do estranhamento social”.

É exatamente nesse sentido que pretendo inferir, o trabalho negado aos residentes, que leva a alienação da produção do trabalho, contribui em alguma medida para a dificuldade que eles têm em compreender o trabalho para além do uso da força de trabalho, cria obstáculos para eles exercerem uma reflexão mais crítica da realidade do que acontece nas residências. Assim acabam por reproduzir discursos que consistem em conformar como se chegou a essa hibridiz do trabalho.

Como consequência, essa geração de jovens vislumbra uma degradação futura do que podem compreender enquanto classe trabalhadora, visto que nessas circunstâncias de trabalho, o que permanece é a individualidade. E quando há algum tipo de aproximação é apenas a partir da luta por mínimos direitos trabalhistas, aliás, o que sempre restou a toda a classe trabalhadora.

4.6 O LUGAR DA EXPERIÊNCIA: “Apesar de estar muito cansada, muito mesmo (risos), estou gostando muito, eu consegui aprender bastante” (Margarida Alves)

Cada trajetória conhecida nas entrevistas nos revela como cada sujeito vivencia, percebe, sente e experimenta esse momento particular da história, que foi cursar a residência. Assim, compreender a categoria experiência, tornou-se fundamental porque era muito latente nas entrevistas. A ambiguidade parece marcar essa experiência como os termos expressam

“apesar de ser sofrido, eu aprendi”, “não me arrependo, apesar de estar muito cansada”, “foi um crescimento profissional e pessoal, apesar de ser difícil”, “apesar de ter uma exigência de carga de trabalho muito grande, foi muito gostoso trabalhar”, “apesar de sermos mão de obra barata, é um investimento para melhorar o sistema de saúde”, tornando necessário compreender melhor.

“Primeiro ano eu tive muita dificuldade, eu acho, porque era isso, era mal organizado (...) era bem mal organizada, joga aí a pessoa e deixa ela fazer a rotina, não tinha uma coisa a acrescentar. No meu segundo eu acho eu já tinha mais autonomia, consegui ter experiência muito mais interessante. Mudou completamente tudo, tudo, eu saí outra pessoa da residência, aprendi muito mesmo na prática, porque não se compara o estágio, aprendi muita coisa mesmo” (Pagu Galvão, 26a, parda)

“Apesar de estar muito cansada, muito mesmo (risos), estou gostando muito, eu consegui aprender bastante, consegui crescer bastante como profissional (...) os ex-residentes, que são preceptores, os nossos sabe, parecem que eles estão querendo descontar sabe em nós, e eu não quero ser desse jeito e valeu a pena sabe, eu tenho uma colega minha que ela fala que não recomenda para ninguém, que foi um inferno (risos), mas pra mim está valendo a pena” (Margarida Alves, 24a, branca)

“Eu acho que é uma experiência importante para eu aprender coisas que eu não deveria fazer no sistema único de saúde, mas não só lá, em qualquer lugar do trabalho (...) acho que uma das minhas maiores lições é isso, é de entender o como não fazer muitas coisas, e uma das coisas que eu acho também importantes é levar essas poucas sementinhas que cruzaram o meu caminho” (Nina Simone, 27a, negra)

“Apesar de não ter tido as aulas, de não ter cumprido a carga horária do eixo teórico específico, mas a prática em si foi um aprendizado enorme, então assim no geral, foi uma experiência única que não me arrependo de ter feito” (Frida Khalo, 23a, parda)

Essas falas tocavam em um ponto que, desde o início desta pesquisa, me inquietava: mas afinal, hoje, o que a residência representa, para além dos elementos já evidenciados neste capítulo? Necessitava compreender exatamente porque, mesmo sabendo de todos os sofrimentos que passamos, essa experiência marca tanto nossas trajetórias e não é motivo de arrependimento? Tinha a impressão de que pelo fato de ser justamente tão pesada, intensa e sofrida, a marca dessa experiência é o que prevalece.

Todas as (os) entrevistadas (os), mesmo aquelas (es) que até chegaram a adoecer física e mentalmente, não se arrependem de terem feito residência, ou ainda assim, recomendam que todos os profissionais façam. Com todas as contradições postas, ainda acreditam no potencial formativo, como afirma Carlos:

A residência ela é... sempre vai valer a pena, uma experiência que se todo profissional de saúde, que se formou na área da saúde tivesse oportunidade de fazer, fizesse. Eu acho que é importante, dou muita importância a residência, é isso, ela tem essa possibilidade de você trabalhar e trabalhar de verdade sabe, claro são 60 hs, mas a relação de trabalho ali, o objetivo com que você vai fazer esse trabalho é um objetivo diferente, você está implicado com o processo formativo, você não está implicado apenas com o trabalho (Carlos Marighella, 28a, negro)

Parecia-me que esse era apenas o primeiro plano, a superfície da construção de que essa seria a função da residência, como já questionado anteriormente. E assim, qual o lugar da experiência, o que ela de fato representa? Com isso, retomo a discussão sobre a concepção de práxis e do pragmatismo do início do capítulo.

Para Ramos (2010, p. 129), na filosofia da práxis, a concepção de experiência, segundo Marx, era resultado da “atividade humana sensível, mediadora da relação sujeito-objeto, que se manifesta no trabalho e na práxis”. O conhecimento que é produzido dessa mediação é “produto histórico construído pela práxis social, que se constitui no próprio processo de formação humana”. Assim, a autora afirma que no primeiro momento da atividade prática, o sujeito tem apenas a “percepção sensível” da realidade, ou seja, o conhecimento produzido está apenas no exterior, na superfície, no primeiro nível das sensações e representações. E, portanto, para o conhecimento apresentar dimensão ontológica, ele precisa “se elevar até a elucidação progressiva das contradições internas nos fenômenos que existem objetivamente, até a elucidação das suas leis, da ligação interna dos diferentes processos” (p. 131).

Em contrapartida, para o pragmatismo, a categoria de experiência se tornou critério de verdade, em que a experiência seria a prática empírica, o ato de experienciar para verificar, assimilar e comprovar a eficácia. Assim, a experiência seria uma mediação entre sujeito e objeto, sendo referência para orientar o conhecimento e a ação humana, ou seja, “o conhecimento autêntico resultaria da experiência direta” (RAMOS, 2010).

Neste sentido, a autora chama atenção de que a realidade é objetivada pelo sujeito, é historicamente construída, e assim, outros sujeitos vão se apropriando para a manutenção da existência humana através da mediação do trabalho, enquanto uma ação humana consciente e transformadora. Assim, o “maior dos nossos conhecimentos é, na realidade produto de uma experiência indireta”, mas não como uma função somente adaptativa, o que seria na verdade, a perspectiva do pragmatismo (RAMOS, 2010).

Para o pragmatismo, a experiência é uma adaptação da realidade ao meio, é a forma de socialização. E para se adaptar, as características internas do sujeito seriam a forma de mediação entre ele e a realidade, promovendo o desenvolvimento humano dessa relação. Desta forma, Ramos (2010) afirma que essa concepção pragmatista se relaciona com a concepção de competência. Esta que já foi discutida como modelo que prevalece nos programas de residências no capítulo 2.

A autora afirma que, as competências seriam os mecanismos adaptativos. Nesse sentido, as competências cognitivas voltar-se-iam para a adaptação ao meio material e as competências socioafetivas para a adaptação ao meio social. E assim, a concepção de experiência pragmática seria a forma de ultrapassar os problemas ou a realidade em vez de enfrentá-los (RAMOS, 2010).

Portanto, entende-se, porque a experiência para os residentes permanece nessa ambiguidade: mesmo apresentando tantos problemas e sofrimentos, representa para eles a forma de se adaptar à realidade. Esta experiência da residência, na verdade, possibilita que o jovem residente se socialize em um mundo do trabalho já conformado, ou seja, vá se adaptando a uma realidade, reproduzindo o que já está construído, ou seja, uma visão mais pragmática da experiência. Apesar de alguns afirmarem que sofreram transformações após a experiência da residência, que obtiveram crescimento profissional, todos estão ligados ao fato do aprendizado de uma prática, que vai possibilitar que eles se desenvolvam nesse mundo do trabalho, ou, como falam os jovens aprendem a “se virar”. Como bem exemplifica Clarice, ela vai estar segura para atuar profissionalmente. No entanto, sugere-se que não possibilita a transformação consciente de si e da realidade a sua volta, no sentido ontológico do trabalho.

“Ah eu posso dizer assim, que sou muito grata pelo que a residência fez na minha vida, eu aprendi muito, eu me sinto muito segura para mim atender qualquer circunstância e qualquer tipo de problema, eu vi tudo” (Clarice Lispector, 33a, branca)

Entretanto, não quero de forma alguma deixar de reconhecer o valor e a experiência dos sujeitos entrevistados. Mas, sim trazer para discussão elementos necessários para (re)pensar o modelo de residências que é hoje uma qualificação muito desejada pelos profissionais da saúde. Esse fato fica explícito nas falas, e, portanto, é um espaço que requer cuidado e atenção, visando refletir sobre como estamos produzindo conhecimento nele. Já que, diante de tudo que foi exposto até aqui, é um espaço de reprodução da realidade, de um trabalho realizado em condições de precariedade, esta que muitas vezes é reconhecida, mas ao mesmo tempo é aceita como normalidade, como fica explícita na fala de Ângela e Maria da fé:

Às vezes, até eu já falei, mas revi essa minha fala de que a gente é uma mão de obra barata, mas ao mesmo tempo quando eu vejo que em várias unidades de saúde aqui, quem tem estado nas unidades, quem tem qualificado a questão da saúde, são as pessoas oriundas da residência. Aí eu percebo que valeu a pena, que não foi uma mão de obra barata, que foi um investimento para que essas pessoas atuem na saúde da família (Ângela Davis, 28a, negra)

“Olha foi muito gostoso trabalhar, porque é a área que eu amo, sou apaixonada por essa área de hospitalar, mas foi muito difícil para mim, eu imagino que pra outras pessoas, que não tinham todas as condições que eu tinha (...) eu achei que era uma

exigência de trabalho, uma carga de trabalho muito grande, e eu acho também que há uma exigência muito grande dos residentes” (Maria da fé, 28a, branca)

Neste sentido, cabe também aqui correlacionar essa experiência da residência com o conceito de “experiência da nova precariedade salarial” abordado por Giovanni Alves [2013?]. Para ele, “é o espaço onde se desenvolve uma ação segundo uma articulação temporal (presente-futuro) que abre o horizonte do sujeito em relação às expectativas, pela projeção e espera de realização pessoal na sociedade salarial” (p.29).

Mas, para compreender o lugar da experiência nesse contexto de precariedade, Alves [2013?], então, conceitua experiência como um espaço de prática, intervenção, obstáculos e recusa, resultante de um processo de formação de identidade de classe, gênero, etnias e geracional. Sendo, portanto, um processo dialético e histórico, onde os sujeitos da ação são individualidades pessoais que trabalham e vivem sua história sob determinadas condições objetivas.

Referenciado em Thompson e Marx, Alves [2013?] afirma que a categoria de experiência apresenta duas dimensões, a experiência vivida, resultante do ser social que é determinado pelas causas materiais, independente da consciência ou da intencionalidade, e a experiência percebida, como resultado da consciência social. A categoria de experiência, seria a mediadora entre o ser social e a consciência social.

No entanto, para ele, os sujeitos da experiência não são livres, e autônomos, “são pessoas que experimentam situações e relações produtivas determinadas como necessidades, interesses e antagonismos” (p.31), ou seja, a experiência é fruto da vida material que está sob a pressão de um modo de produção ideológico e hegemônico sobre a consciência dos indivíduos.

Nesse modelo capitalista, em que os jovens trabalhadores estão inseridos, a ideologia e hegemonia são elementos essenciais. E neste sentido, a ideologia tem um papel determinante entre a experiência vivida e a percebida [ALVES, 2013?].

Cabe, nesse contexto, fazer um parêntese, e conceituar ideologia e hegemonia. Para Gramsci (2006), em toda concepção de mundo, há uma prática, uma unidade de fé, que se propaga uma forma de viver, se manifesta em tudo, como na arte, no direito, na economia, na educação, de forma individual e coletiva, e esta é a ideologia, que é doutrinária, normativa e de dominação. Deste modo, para ele, as ideologias não criam a realidade social, mas sim, é a realidade social, a partir da sua estrutura econômica e produtiva, que cria as ideologias propagadas.

Esses valores e significados são dominantes e eficazes para constituir o que Gramsci, chama de hegemonia. Esta opera mantendo, para a maioria da sociedade, um único sentido de realidade, pois a realidade vivida, “esconde” as contradições de classe e unifica as ideologias em um bloco homogêneo. Essa dominação ideológica se difunde através dos aparelhos que operam em nossa sociedade, como a religião, a escola, a universidade e a mídia (revistas, jornais, televisão, internet) (GRAMSCI, 2006).

Portanto, é assim, que a ideologia hegemônica do modelo capitalista opera no conjunto das forças produtivas, determinando uma realidade, que é a princípio a única possível. E a partir dessa realidade concreta, Alves [2013?], aponta, que é possível apreender como as individualidades pessoais de classe, estão frente às determinações do processo estrutural de precarização do trabalho.

Para ele, os jovens que constituem essa parcela de precariedade salarial, têm uma experiência “expectante”, que é uma dimensão da experiência percebida, onde os jovens mapeiam seus desejos, constroem suas trajetórias, sonhos, criam aspirações de um projeto de sucesso, e realização profissional e pessoal. No entanto, ele ressalta que essa categoria da experiência expectante está impregnada de ideologia capitalista, e estas imprimem marcas no “espaço da experiência e no horizonte das expectativas dos sujeitos da ação” (p.33). O que, para ele também, se desdobra em uma “dialética da ilusão e da frustração”, na medida em que a experiência expectante ocorre em um espaço determinado por relações estruturais de produção capitalista. Assim, esses jovens vão se constituir enquanto homens e mulheres, mas serão manipulados pela realidade.

Essas reflexões me possibilitam inferir que os residentes, inscritos nesse processo histórico, diante da necessidade de se pôr no mundo do trabalho, permanecem presos a uma dimensão da experiência na forma vivida. Mesmo que cheguem próximo à experiência percebida, mesmo que tenham momentos de abertura, oportunidades, a ideologia capitalista já está presente. Por isso, talvez eles tenham falas contraditórias como, mesmo sendo mão de obra, o trabalho nas unidades está mais qualificado, e que mesmo sendo um trabalho precarizado, é um investimento.

De tal modo, pode ser por isso que o entendimento deles fica mais no âmbito da experiência vivida como muito importante. Porque para eles há o sentido útil e pragmático do aprendizado, estão dando sentido concreto ao que aprendem na medida que estão inseridos na realidade do trabalho, e a residência oportuniza isso.

Assim, mesmo próximos de uma experiência percebida, eles já estão inscritos nessa experiência de precariedade salarial. É uma parcela de jovens cheia de aspirações e

expectativas, que entendem a residência como uma experiência essencial dessa construção de trajetória profissional, mas sem conscientemente perceberem a fragilidade das relações de trabalho e como eles reproduzem isso na residência. Sem conscientemente perceberem, que as futuras relações de trabalho que eles podem ter será similar ou até mesmo mais frágil do que possuem no trabalho da residência. O futuro do trabalho continuará sendo reduzido às formas de exploração e alienação do homem, que continuará a prevalecer a reprodução das relações de precariedade, conforme todas as características anteriormente apresentadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das reflexões produzidas, esta pesquisa evidenciou alguns aspectos do processo de formação/qualificação dos programas de residência que permitiram compreender a residência como uma manifestação da precarização do trabalho em saúde. Para tanto, alguns questionamentos foram analisados à luz das entrevistas realizadas e da concepção teórico metodológica adotada.

Como ponto de partida, foi necessário aprofundar e diferenciar teoricamente o entendimento de precarização do trabalho e precariedade salarial, para que fosse possível situar as relações de e como o trabalho é produzido na residência. Assumindo que as manifestações atuais da precariedade salarial constituem essa nova camada de jovens com relações precárias do trabalho, foi necessário identificar as repercussões da reorganização do processo de trabalho no setor saúde. Posteriormente, e de forma mais específica, buscou-se entender como as (os) jovens trabalhadoras (es) da saúde se inseriam nessas novas relações.

Partiu-se do pressuposto de que a residência se justifica enquanto um processo formativo para qualificar jovens para inserção no mercado de trabalho, configurando-se como um processo de elevação da escolarização. Retomando o processo histórico da formação profissional para o trabalho em saúde, pode se inferir que há um descompasso entre o processo de formação e a realidade dos serviços em saúde e os esforços governamentais se restringem a resolver essas lacunas, através de programas pontuais como o das residências. Espera-se “qualificar” os profissionais para se adequarem as necessidades dos serviços em saúde, mesmo diante ao desmonte das condições de trabalho e dos próprios serviços.

A análise das entrevistas possibilitou captar quais os motivos que levam os jovens trabalhadores de cursarem a residência. Foi possível conceber alguns elementos que conformam essa decisão, apesar da miscelânea de possibilidades indicadas nos depoimentos que esfumaçavam os reais motivos, de acordo com cada trajetória. Isso foi marcante nas entrevistas, visto que uma mesma fala apontava vários aspectos. Os principais foram organizados em cinco configurações: a necessidade da prática, a necessidade da segurança profissional, a residência como um caminho natural, a residência era o mínimo, e o peso do mercado de trabalho sobre a escolha.

Dentre essas, a necessidade da prática parecia ser primordial nas falas, sendo quase unânime. Caracterizada pela necessidade de vivenciar a realidade, dar sentido e materialidade a teoria aprendida na graduação, adquirir experiência pela repetição do aprendizado na

prática. O que a princípio, em alguma medida, poderia apontar para um caráter de práxis, pela projeção inicial de concretizar o trabalho em contexto real, em que eles poderiam se relacionar socialmente, modificar e transformar a partir do trabalho. Onde a práxis assumiria a dimensão de deixá-los mais abertos para a realidade em geral.

Mas, a partir da análise foi mais evidente a necessidade do aprendizado prático, o ato de exercitar para atuar profissionalmente, o que confere maior caráter pragmático do aprendizado. Assim, parece difícil sustentar uma prática transformadora da realidade, do próprio homem, que esteja voltada para as necessidades coletivas da sociedade e não individuais. Enfim, as (os) entrevistadas (os) demonstram grande necessidade de adquirir segurança profissional para atuar no mercado de trabalho.

Naturalizam o caminho da residência na pós-graduação pela própria historicidade da formação ser oriunda da residência médica que imputa a necessidade da especialização. Nessa direção, é que a motivação da residência como patamar mínimo ganha materialidade. A percepção das dificuldades de inserção no mercado de trabalho e da própria qualificação não ser garantia de inserção profissional, permitem afirmar a hipótese levantada inicialmente, ela torna-se uma estratégia de prolongar a inserção no mercado trabalho formal, mas também, em alguma medida, é a própria configuração do que poderíamos de chamar, ter o primeiro posto de trabalho.

Conclui-se, portanto, que quem educa a escolha dos jovens para o mundo do trabalho é a historicidade, são as condições concretas. É uma condicionalidade posta, não é um diferencial. Esse é o novo mecanismo de controle e poder do capitalismo sobre os jovens na busca do seu lugar no mundo do trabalho.

Mesmo diante desse mundo complexo, instável e flexível do mercado de trabalho, as (os) jovens entrevistadas (os) em sua maioria, nutrem expectativas de almejar o tão ideal sonho de carreira estável. Alguns, por outro lado, já ressignificam o termo carreira estável para uma nova reconfiguração, que seria marcada por um conjunto mínimo de condições de trabalho, autonomia, ganhar bem e garantia dos direitos trabalhistas.

As (os) entrevistadas (os) conformam a nova camada do precariado que, mesmo altamente escolarizados, estarão regidos por relações de emprego precário, carregarão o peso da ansiedade e da expectativa de uma “boa vida”. Pois, é uma parcela de jovens que está sendo formada e qualificada para dar sentido às necessidades fictícias da vida cotidiana, sendo jovens mais ansiosos e pragmáticos, que se preocupam mais em garantir um posto de trabalho (ALVES, 2012).

Todos os aspectos identificados na pesquisa, implicam no sentido híbrido que o trabalho na residência acaba adquirindo. Primeiro, os residentes concebem o trabalho em uma lógica econômica, que pressupõe que poderiam ter as relações trabalhistas estabelecidas, onde a residência não se encaixaria. Em segundo, consideram trabalho, porque em alguma medida executam as atividades consideradas como trabalho. E por fim, em virtude da residência se apresentar como um processo formativo, fica um sentido mais “educativo”.

Mas essa hibridez do trabalho/formação, talvez seja a máscara do caminho do aprendizado pelo e para trabalho para justificar o que seria a reprodução de um trabalho alienado, sem caráter formativo, reflexivo, e até mesmo precarizado.

A compreensão de que as relações de trabalho na residência constituem a nova precariedade salarial, partiu do relato das (os) residentes, que foram categorizados em quatro componentes: a carga horária de 60 hs, condições que evidenciam a precarização no ambiente (parte prática) de trabalho, o uso da força de trabalho do residente pelos serviços que evidenciam situações de precarização e como que os residentes se sentem ou percebem a precarização no trabalho da residência. Estes foram associados aos principais elementos representativos dessa precariedade: as formas flexíveis de contratação da força de trabalho, uso intensivo da força de trabalho, das condições de precarização e a não garantia de direitos nas relações de trabalho.

Além disso, percebe-se uma negação do trabalho e uma desconstrução do trabalho dos residentes, em que há o uso da força de trabalho deles, mas também a negação do próprio espaço do trabalho. Como afirma Alves (2010), há uma precarização do homem que trabalha, reduzindo o seu trabalho vivo em simples reprodução da força de trabalho enquanto mercadoria, abrindo caminho para a captura da subjetividade do homem que trabalha. Consequentemente, é o que leva a uma precariedade subjetiva, a qual os residentes estão submetidos.

Portanto, conclui-se, que somando os aspectos anteriores, as (os) jovens trabalhadoras (es) mesmo com alta escolaridade, considerando aqui os residentes em uma relação de trabalho no sentido econômico, já estão em condições de similitude com as antigas formas de precarização.

Como última categoria de análise, a palavra experiência se tornou essencial, por ter sido recorrente nas falas, e principalmente porque ia ao encontro de um objetivo, que era a tentativa de compreender, o que a residência representa, mesmo diante de todas as suas contradições. Muitos relatos foram percebidos a partir de uma ambiguidade: apesar de ser sofrido, eu aprendi, não me arrependo e dentre outras afirmações.

Neste sentido, a experiência para muitos leva a concluir que se alinha mais a visão pragmática, visto que representa para eles a forma de se adaptar a realidade, possibilita o jovem residente se socializar em um mundo do trabalho já posto, reproduzir o que já está construído, sem necessariamente ser uma ação consciente e transformadora de si e da realidade. Como também foi possível inferir que para os residentes, diante a necessidade de se pôr no mundo do trabalho, a experiência que marca, é a vivida, sendo resultante das atividades realizadas pelo ser social, impregnada de ideologia capitalista, e sem necessariamente ser consciente. Assim, são jovens inscritos em um processo histórico, que vão se constituir enquanto mulheres e homens que trabalham, que possuem experiências, mas serão manipulados pela realidade.

Por fim, há que inferir que a residência não é só a manifestação da precarização do trabalho do mundo contemporâneo, ela se constitui um processo de precarização desde a sua concepção. Os jovens residentes são partes constituintes da nova camada de precariedade, pois estão sob o véu de uma formação profissional que camufla as relações precárias vividas, bem como afirma Alves (2012, p.1), “desperdiça-se a futuridade de jovens altamente escolarizados, penhorando-se suas perspectivas de carreira e mobilidade social”.

Contudo, esta pesquisa não tem o intuito de sugerir uma completa oposição ao modelo das residências, mas sim suscitar mais questionamentos e aprofundamentos. Possibilita, ainda, suscitar, porque não (re)pensar em modelos contra hegemônicos de formação e qualificação para os trabalhadores da saúde. Porque não pensar uma educação que possibilite quebrar essa lógica hegemônica mercadológica da formação em saúde?

Para isso, é necessário transformar a relação entre trabalho e educação, como uma relação de identidade, onde os espaços formativos possibilitem ao indivíduo compreender as bases organizacionais do trabalho na nossa sociedade junto da realidade social concreta, permitindo o domínio dos fundamentos científicos e das diferentes técnicas que caracterizam o processo do trabalho na modernidade (SAVIANI, 2007).

Essa transformação possibilitará ao jovem a reflexão do trabalho inserido em uma sociedade de classes e como este processo está relacionado ao modo de pensar e produzir saúde nos dias atuais, pois a forma como se compreende o trabalho tanto no aspecto ontológico como histórico possibilita entender as contradições que atravessam o processo educativo dos trabalhadores da saúde (RAMOS, 2010).

Partindo desse ponto, chego a pensar em um programa de residência que tenha como concepção e práticas o referencial do trabalho enquanto princípio educativo. Assim, os jovens

trabalhadores da saúde poderiam ser considerados trabalhadores em aprendizado, tendo os seus direitos garantidos e trabalho reconhecido.

Chego até a sonhar, porque não, que um dia o jovem trabalhador na residência seja um “trabalhador socializado” para utilizar a definição de Gramsci, em que a educação estará em completa simbiose com os problemas reais da sociedade e com o mundo do trabalho. O “trabalhador socializado” estará inserido na trama das lutas políticas e sociais, realizando um trabalho não apenas como mera função operativa, executiva e técnica-trabalho (SEMERARO, 2015).

O trabalho ontologicamente constitutivo é necessário para tirar o trabalhador “da subalternidade e se tornar dirigente para recriar o modo de produção e reorganizar a sociedade sobre as bases da socialização do poder e de uma democracia política voltada a fazer coincidir governantes e governados” (GRAMSCI apud SEMERARO, 2015, p.242).

Assim, desejo um processo educativo que de fato pense nas contradições que atravessam a nossa formação, que pense que somos também trabalhadoras (es) da saúde e assim sofremos todos os impactos perversos do capital sobre a conformação da trajetória profissional. Desejo um processo educativo que articule o trabalho as dimensões humanas e social, que possibilitará forjar mulheres e homens trabalhadores conscientes de si e do mundo, para usar novamente Gramsci, enquanto “intelectuais orgânicos”.

REFERÊNCIAS

- ABIB, 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.
- ABRES. **Associação Brasileira de Estágios**. Disponível em <http://www.abres.org.br/v01/dados-estagiarios-estudantes-no-brasil/>. Acesso em: novembro de 2018.
- ALVES E. C. **Residência multiprofissional, desafios e compromissos na reorientação da formação para o sus: um estudo na atenção primária**. Dissertação em Ensino na Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015, 80f
- ALVES G. Capítulo X- O novo (e precário) mundo do Trabalho no Brasil in: **O novo (e precário) mundo do Trabalho. Reestruturação produtiva e crise do sindicalismo**. 1ª ed. São Paulo: FAPESP/Boitempo, 2000.
- _____. **A educação do precariado**. 2012. Disponível em < <https://blogdaboitempo.com.br/2012/12/17/a-educacao-do-precariado/>>. Acesso em: janeiro de 2018.
- _____. **Trabalho, subjetividade e capitalismo manipulatório- O novo metabolismo social do trabalho e a precarização do homem que trabalha**. 2010. Disponível em: < http://www.giovannialves.org/Artigo_GIOVANNI%20ALVES_2010.pdf>. Acesso em 04 de março 2017.
- _____. **A derrelição de Ícaro. Sonhos, expectativas e aspirações de jovens empregados do novo (e precário) mundo do trabalho no Brasil (2003-2013)**. [2013?]. Disponível em: < <http://anpocs.com/index.php/encontros/papers/36-encontro-anual-da-anpocs/gt-2/gt36-2/8285>. Acesso em: 04 de março 2017.
- ANTUNES R. Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil. **Estudos avançados**. São Paulo. v. 28; n.81, mai/ago, 2014.
- ANTUNES R. DRUCK G. A terceirização como regra? **Rev. TST**. Brasília. V. 79, nº4, out/dez, 2013.
- ANDRADE R. T. **A Relação entre Trabalho e Educação na Formação Profissional: um estudo sobre a residência multiprofissional em saúde**. Programa Interdisciplinar de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015, 180 f.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BATISTA JÚNIOR F. **GESTÃO DO SUS: O QUE FAZER?** In: Bravo M. I. S. et al (orgs.) **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.
- BRASIL. Decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). **Diário Oficial da União**, Brasília, 1943.
- _____. Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2000.

_____. Lei 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas**. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2007.

_____. LEI N° 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1 de maio de 1943. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2009b.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012.

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria nº 16, de 22 de dezembro de 2014. Altera a Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial nº 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro de 2010 e revoga a Portaria Interministerial nº 1.224/MEC/MS, de 3 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 7, de 13 de novembro de 2014. Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014.

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria nº. 754, de 18 de abril de 2012. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 1, de 21 de julho de 2015. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que ofertam programas de residência em área profissional da saúde na modalidade multiprofissional e uniprofissional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2015a.

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria conjunta nº51, de 8 de setembro de 2015. Dispõe sobre a convalidação de certificados dos egressos dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional, com turmas iniciadas anteriormente a 30 de junho de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde-PRO EPS-SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. DEGES. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é retomada no país**. 2017. Disponível em <
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:kL2IVMtHumsJ:portalms.saude.gov.br/noticias/664-sgtes-noticias/42173-politica-nacional-de-educacao-permanente-em-saude-e-retomada-no-pais+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 9 de fevereiro de 2018.

BRESSER PEREIRA L.C. **Os dois congelamentos de preços no Brasil**. Revista de Economia Política. V. 8, nº 4, 1988.

BRITTEN N. Capítulo 2 in: **Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed. Artmed, Porto Alegre, 2009.

BRUNHOLI G. N. **CAMINHANDO PELO FIO DA HISTÓRIA: a Residência Multiprofissional em Saúde nos espaços de construção da política de formação de trabalhadores para o SUS**. Dissertação de Mestrado em Política Social. Programa de Pós-Graduação em Política Social. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013,198p.

CARTA DO VI ENRS. IV Encontro Nacional de Residentes em Saúde: **Construindo nossa Identidade e questionando nossa formação**. Disponível em:
 <http://portal.cfmv.gov.br/uploads/files/Carta_VI_ENRS_Curitiba_final.pdf>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2017.

CARDOSO M. L. M et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 22, n.5, p.1489-1500, 2017.

CHINELLI F. **Trabalhadores ou “colaboradores”?** Um estudo sobre as transformações no treinamento para o trabalho. Tese de doutorado em Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008, 308p.

CHINELLI F.; VIEIRA M.; MENEZES C. Qualificação Profissional e Trajetórias Ocupacionais de Trabalhadores Técnicos em Saúde in: **Trabalho em Saúde. Desigualdades e Políticas. Martins et al (Orgs.)**. Rio de Janeiro. Ensp, 2014. Disponível em <http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cics_ebooks/article/view/1917/1841>. Acesso em: 28 de outubro 2016.

CHINELLI F. LACERDA A. VIEIRA M. A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. In: Vieira et al (Orgs.). **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

CNS. CNS DEFENDE A REGULAMENTAÇÃO DA EC nº 29. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webec29/index.html>>. Acesso em: 25 de janeiro de 2017.

DALLEGRAVE, D. **No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde**. Dissertação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, 2008.91p.

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

DA ROS, M. A. et al. Residência Multiprofissional em Saúde: uma conquista do movimento sanitário. In: CAMPOS, F. E. et al. (Org). **Cadernos RH Saúde**. Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, v. 3, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 109-118.

DAL ROSSO S. **Crise socioeconômica e intensificação do trabalho**. In Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II. 1ª ed. Boitempo, São Paulo, 2013.

DEDECCA, C. S. & TROVÃO, C. J. B. M. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, p.1.555-1.567, 2013.

DELUIZ N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. In: **Boletim Técnico do Senac**, Rio de Janeiro, v.27, n3, set-dez 2001.

EPSJV. Entrevista: ‘É uma verdadeira tragédia para o mundo do trabalho no Brasil’ com RUY BRAGA. 2016. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/terceirizacao-o-que-a-saude-tem-a-ver-com-isso>>. Acesso em: maio de 2017

ESTATUTO DA JUVENTUDE. LEI nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Presidência da República Casa Civil/Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, 2013.

EVANGELISTA O. Algumas indicações para o trabalho com documentos. In. **Dossiê: uma metodologia para análise conceitual de documentos sobre política educacional**. Florianópolis, 2004.

FERREIRA S. R. **Residência integrada em saúde: uma modalidade de ensino em serviço.** Dissertação de mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008, 117f.

FLEURY M.T.L. FLEURY A. Construindo o Conceito de Competência. **RAC, Edição Especial.** p.183-196, 2001.

FRANCO M. L. P. B. **Análise de conteúdo.** 2ª ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

FRANZOI N.L. Profissão. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

FRIGOTTO G. **A produtividade da escola improdutivo.** 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Trabalho. In: Dicionário da Educação profissional em Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

_____. Novos fetiches mercantis da pseudoteoria do capital humano no contexto do capitalismo tardio. In: ANDRADE J.; PAIVA L.G. (orgs.). **As políticas públicas para a educação no Brasil contemporâneo: limites e contradições.** Juiz de fora: Ed UFJF, 2011.

_____. **Educação e Trabalho em Tempos de Insegurança.** Disponível em: <<http://www.sinproeste.org.br/wp-content/uploads/2013/04/DIESE.-Artigo.-2012.pdf>>. Acesso em: 07 de Julho de 2017.

_____. **Juventude, trabalho e educação no Brasil: Mistificações e desafios de uma relação complexa.** (Entrevista/Programa de TV). [2004]. Disponível em <<http://xa.yimg.com/kq/groups/25293257/1207984995/name/frigotto>>. Acesso em: 07 de julho de 2017

GEMMA. Relatório das desigualdades de raça, gênero e classe. Rio de Janeiro. n. 1; p. 1-21; 2017. Disponível em <http://olma.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Relat%C3%B3rio-das-desigualdades-ra%C3%A7a-genero-e-classe.pdf>. Acesso em: novembro de 2018.

GUIMARÃES N. A. Trajetórias inseguras, autonomização incerta: os jovens e o trabalho em mercados sob intensas transições ocupacionais. 2006. Disponível em<http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/capitulo_6_trajetorias.pdf>. Acesso em: novembro de 2018.

GRAMSCI, A. Apontamentos para uma introdução e um encaminhamento ao estudo da Filosofia e da História da Cultura. In: **Cadernos do Cárcere.** Volume 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

HARVEY, D. **Condição Pós-moderna.** São Paulo: Loyola, 1992, p. 135-162.

_____. **O Neoliberalismo: história e implicações.** São Paulo: Loyola, 2008, p. 76-96.

_____. **Para entender O Capital. Livro I.** Rio de Janeiro: Boitempo, 2013.

HARVEY, D. **As 17 contradições e o fim do capitalismo.** São Paulo, Boitempo, 2016.

IBGE. Ministério do Planejamento. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. “Características Étnico-raciais da População: Classificações e identidades. Estudos e Análises, Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro. n. 2, 2013.

IBGE. PNAD. Ministério do Planejamento. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro. n.36, 2016.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Análise do Mercado de trabalho**. 2017. Disponível em <
http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho/171024_bmt_63_02_analise_do_mercado_de_trabalho.pdf>. Acesso em janeiro de 2018.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. 5ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1989.

LIMA, J. O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal em saúde”. In: PEREIRA, J.M.M. et al. **A demolição dos direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2014, p. 233.253.

LINHART D. Modernização e precarização da vida no trabalho. In Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III. São Paulo: Boitempo, 2014.

LINHARES M.I.S.B. **Os favoritos precários: sonhos, aspirações, expectativas e perspectivas de trabalho de jovens estudantes do ensino superior**. Progresso de investigação em curso. GT 22: Sociologia da Infância e da Adolescência. [2013?]. Disponível <
http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT22/GT22_BezerraLinhares.pdf>. Acesso em: 07 de março de 2017.

LOBATO C. P. **Formação dos trabalhadores de saúde na residência Multiprofissional em saúde da família: Uma cartografia da dimensão política**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Universidade Estadual de Londrina, 2010, 117f.

LUKÁCS, Gyorgy. **Ontologia del ser social**. El trabajo. Buenos Aires, Herramienta, 2004.

MACHADO M.H. et al. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: Pierantoni et al. (Orgs.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1ª.ed. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ, 2011.

MARX, K. **O Capital: Crítica da Economia Política**. Volume I. 3ªed. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

MARQUES A. P. **“Sacralização” do mercado de trabalho. Jovens diplomados sob o signo da precariedade**. Revista Configurações [Online]. Portugal, n.7, 2010. Disponível: <
<http://configuracoes.revues.org/183>>. Acesso em: 28 de outubro 2016.

MATTOS V. B. **Pós-graduação em tempos de precarização do trabalho um estudo sobre o alongamento da escolarização entre os mestrandos da UFSC**. Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências da Educação (CED), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2007. 165f.

MEDEIROS K. R. ALBUQUERQUE P. C. A precarização dos vínculos trabalhistas no setor saúde brasileiro: um balanço do período de 2004 a 2012 in: **Trabalho em Saúde. Desigualdades e Políticas**. Martins et al (Orgs.). Rio de Janeiro: Ensp. 2014. Disponível em <
http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cics_ebooks/article/view/1917/1841>. Acesso em: 28 de outubro 2016.

MEDEIROS, K. R. **Lei de Responsabilidade Fiscal e despesas com pessoal da saúde: um estudo dos municípios brasileiros**. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2011. 220 f.

MUNANGA K. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia.** Palestra proferida no 3º Seminário Nacional Relações Raciais e Educação-PENESB-RJ. 2003.

NASCIMENTO, H. M. **A Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco: um olhar dos primeiros egressos.** Dissertação de Mestrado em Educação. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.154f.a.

NASCIMENTO D. D. G. **A Residência Multiprofissional em Saúde da Família como estratégia da formação da força de trabalho para o SUS.** Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008, 142f.b.

NASCIMENTO T.A.C. OLIVEIRA S.R. **Os sentidos do trabalho no serviço público: uma perspectiva geracional.** XXXVII Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2013_EnANPAD_GPR1162.pdf>. Acesso em: janeiro de 2018.

OBSERVARH. Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. **Análise da Política de Educação Permanente do SUS (PEPS) implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES).** Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Disponível em <http://www.obsnetims.org.br/uploaded/3_2_2016__0_Vol%20II_Relatorio_EPSUS_Cnpq_2015.pdf>. Acesso em: janeiro de 2018.

OLIVEIRA C. F. **A residência multiprofissional em saúde como possibilidade de formação de profissionais para o sistema único de saúde.** Dissertação em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009, 105f.

PAGLIOSA F.L. DA ROS M.A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista brasileira de educação médica**, v.32, n.4, p.492-499, 2008.

PASSINI V.L. **Residência multiprofissional em saúde: De aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o sus.** Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia. Faculdade de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2010. 155p.

PAIM J. S. **O que é SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PINTO, G. A. **A Organização do trabalho no Século 20.** São Paulo: Editora Expressão Popular, 2010.

PIRES D. E. Divisão social do trabalho. In: Dicionário da Educação profissional em Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

POCHMANN M. O emprego na globalização. São Paulo: Boitempo, 2001.

PRANDI R. **Os favoritos degradados.** São Paulo: Editora Loyola, 1982.

RAMOS M. Qualificação, certificação e competências: visão educacional. **Formação, Revista do PROFAE.** Brasília. v.1, n.2, p.17-26, 2001.

_____. A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. É possível uma pedagogia das competências contra-hegemônica? Relações entre pedagogia das competências, Construtivismo e neopragmatismo. **Trabalho, Educação e Saúde.** Rio de Janeiro. v.1, p.93-114, 2003.

_____. Concepções e práticas pedagógicas nas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde: fundamentos e contradições. **Rev. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro**, v. 7, p. 153-173, 2009a.

_____. Educação pelo Trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v.18, s.2, 2009b.

_____. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde**. EPSJV, UFRJ: Rio de Janeiro, 2010.

RODRIGUES T. F. Residências Multiprofissionais em Saúde: formação ou trabalho? **Serv. Soc. e Saúde**, Campinas, v. 15, n.1, p.71-82, 2016.

ROSA, S. D.; LOPES R. E. 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.

SANTOS F. M. D. **A qualificação profissional e a política nacional de educação permanente: considerações sobre o PRÓ-SAUDE E O PET-SAUDE**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz. Rio de Janeiro, 2016. 118f.

SARMENTO L. F. **Residência Multiprofissional em Saúde: análise da oferta de programas financiados pelo Ministério da Saúde de 2009 a 2015**. Dissertação. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2016. 143p.

SENNETT R. **A corrosão do caráter: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. Rio de Janeiro: Record, ed. 14, 2009.

SHIROMA E. et al. Técnicas e procedimentos para a análise conceitual de documentos de política educacional. In. **Dossiê: uma metodologia para análise conceitual de documentos sobre política educacional**. Florianópolis, 2004.

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, 2009.

SILVA R. M. DE O. **Especialização em enfermagem sob a forma de residência: experiência transicional na trajetória das egressas**. [tese de doutorado em enfermagem]. Universidade Federal da Bahia. Bahia. 287f. 2013.

SINGER, Paul. **O capitalismo: sua evolução, sua lógica e sua dinâmica**. São Paulo: Moderna, 1987.

TARTUCE G.L.B.P. **Tensões e intenções na transição escola-trabalho:**

um estudo das vivências e percepções de jovens sobre os processos de qualificação profissional e (re)inserção no mercado de trabalho na cidade de São Paulo. [Tese Doutorado em Sociologia]. Universidade de São Paulo, São Paulo. p. 441. 2007.

_____. Algumas reflexões sobre a qualificação do trabalho a partir da sociologia francesa do pós-guerra. **Educ. Soc.** Campinas, v. 25, n. 87, p. 353-382, maio/ago 2004.

TOSTA L. D. **Antigas e novas formas de precarização do trabalho: o avanço da flexibilização entre profissionais de alta escolaridade**. [Tese de Doutorado em Sociologia]. Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

VALORE L. A. SELIG G. A. **Atravessamento das lógicas do mercado de trabalho na inserção profissional de recém-graduados**. Revista Estudo e pesquisas em Psicologia. Rio de Janeiro, n.2, ano 10, 2010.

VARELLA, T. C. & PIERANTONI, C. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. **Physis**. Rio de Janeiro, v.18, p.521-544, 2008.

VAZQUEZ A. S. Filosofia de la praxis. Coleção enlace. México: Editorial Grijalbo,1980.

VIEIRA M et al. **Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde**, relatório final. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde. Observatório dos Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro, 2006.

_____. Dinâmica da Formação Técnica e da Ocupação de Postos de Trabalho em Saúde: Brasil ano 2000. In: MOROSINI et al (orgs.). **Trabalhadores técnicos em Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2013.

VIEIRA M.; CHINELLI F.; LOPES M. R. O trabalho e a educação na saúde: a “questão dos recursos humanos”. In: Vieira et al (Orgs.). **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

VIEIRA M.; CHINELLI F. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. Rev. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.18 n.6, 2013.

APÊNDICE A

Quadro: Estrutura orientadora para a instituição dos programas de residência em área profissional da saúde

	Definição	Documento	Observações
Conceito	A Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em área profissional da saúde constituem modalidade de ensino de pós-graduação “lato sensu”, sob forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 2 (dois) anos, em regime de dedicação exclusiva. O disposto nesta portaria abrange os egressos das seguintes áreas de formação na graduação: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e Física Médica.	Portaria nº 16, de 22 de dezembro de 2014	Embora a portaria nº 16 de 2014 use a nomenclatura A Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em área profissional da saúde as resoluções da CNRMS a partir de 2014 usa a nomenclatura Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional. A partir dessa portaria é que passa a incluir os cursos de Saúde Coletiva e Física Médica.
Modalidade	Modalidade Multiprofissional em Saúde: orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões, devendo, para isto, ser constituído por, no mínimo, 03 (três) profissões da saúde. Modalidade uniprofissional em Saúde: orientado pelo desenvolvimento do núcleo específico dos saberes e práticas inerentes a cada profissão, em determinado campo de conhecimento.	Resolução nº 2, 2012	
Carga horária	Os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional terão a duração mínima de dois anos, equivalente a uma carga horária mínima total de 5760 (cinco mil setecentos e sessenta) horas.	Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014	
Ensino e prática	Os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional serão desenvolvidos com 80% da carga horária total sob a forma de estratégias educacionais práticas, com garantia das ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social e 20% sob forma de estratégias educacionais teóricas ou teórico-práticas.	Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014	Antes a resolução nº 3, de 4 de maio de 2010 estabelecia: Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde serão desenvolvidos com 80% da carga horária total sob a forma de atividades práticas e com 20% sob forma de atividades teóricas ou teórico-práticas.
Quem pode ofertar programas	A instituição proponente de programas de Residência em Área Profissional da Saúde deverá constituir uma única Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), com o fim de atender aos dispositivos desta Resolução. Entende-se por instituição proponente aquelas	Resolução nº 7, de 13 de novembro de 2014	Até este período entendia se por instituição proponente: as instituições de ensino superior-IES. A partir dessa resolução outras instituições podem ofertar programas desde que atendam aos

	que oferecem programa de residência.		requisitos presente na resolução nº 7 de 2014.
Bolsa	O valor da bolsa para trabalhador-estudante será fixado pelo Ministério da Saúde a cada programa, projeto, ação ou atividade a que estiver vinculada.	Portaria nº. 754, de 18 de abril de 2012- fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho.	
Certificação	Os certificados dos egressos de Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional com turmas iniciadas antes de 30 de junho de 2005 poderão ser convalidados por ato dos Ministérios da Saúde e da Educação. A solicitação de convalidação dos certificados deverá ser feita pela instituição ofertante do programa de residência, para cada turma de programa de residência.	Portaria conjunta no - 51, de 8 de setembro de 2015 que dispõe sobre a convalidação de certificados dos egressos dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional, com turmas iniciadas anteriormente a 30 de junho de 2005.	Até este período competia as próprias instituições conceder certificado de conclusão.

APÊNDICE B

CATEGORIAS	Sobre a carga horária (60 hs semanais)	Condições que evidenciam a precarização na prática de trabalho	O uso da força de trabalho do residente pelos serviços que evidenciam situações precarização	Como os residentes se sentem ou percebem a precarização no trabalho da residência
PERFIL				
Ângela Davis	"A gente trabalha numa carga horária que é além da preconizada para quem trabalha, mas a gente ainda se insere numa lógica da CLT? Num sei se é CLT...do trabalho, como o desconto do nosso salário"			
Pagu Galvão	"Eu acho 60 hs um absurdo, acho que não há um trabalhador que trabalhe tudo isso e a gente ganha uma bolsa, a gente não tem insalubridade, a gente trabalha dentro e diretamente no hospital, a gente não tem direito trabalhista nenhum, e ainda trabalha 60 hs".	"Então era bem mecânico mesmo, era trabalho braçal total, nada ver".	"eu acho que eles não estão tão preparados para receber residentes, muitos lugares eu chegava, era tipo olha aí, vai observando aí, em alguns setores era assim, não tinha a preocupação de ah ele é residente e não é um quebra-galho. Minha preceptoria não foi uma boa preceptoria, só era tipo cobre um buraco ali, aqui, não tinha diálogo muito.	"Problema que eu acho que a gente era muito mão de obra, de tapa buraco, de setor que faltava profissional joga o residente pra lá, uma coisa muito de trabalho braçal mesmo e menos interação, aprendizado".
Gilberto Gil	"Era extremamente extenuante, muitas vezes prejudicial mesmo, que a gente sofria muito com isso, era uma carga horária que sufocava, alguns momentos quando a gente tinha aula, ou quando tinha outra coisa, o aproveitamento era insuficiente porque a gente chegava pra aquele momento esgotado	"No mês com quatro finais de semana, sobrava só dois que não tinha plantão, os outros todos tinham plantão; então as vezes emendava uma jornada de quase 15 dias corridos de trabalho e o trabalho diário em média é de 10 hs (...) tinha uma margem pra negociação assim, por exemplo, de fazer o banco de horas, nós fazíamos isso pra depois trocar por folgas, alguns dias ao invés de fazer até 17hs ficava até 19 hs".	No final de semana, por conta que (...) o hospital está passando por um déficit de profissionais, os residentes acabam com mais responsabilidades, tipo um setor né, por exemplo o acolhimento, que é a triagem que é feita, então ali final de semana quase sempre é o residente que fica".	
Maria da fé	Era 60 hs puxado, era 60 hs que a gente fazia durante a semana e durante os fins de semana (...) eu acho um absurdo (risos) eu acho	"Estruturalmente era bem complicado, a gente não tinha lá no hospital um lugar de repouso, nenhum residente tinha (...)porque a gente fazia 12 hs todos os dias e a gente	Sobre ficar sozinha no setor: "Sim, só lá no setor, demorou mais de um ano para contratarem uma psicóloga da UTI,	"(...)as formas de relações de trabalho que se estabelecem na residência, no programa que eu estava, eram muito adoecedoras,

	que isso é regime militar (risos), isso aí foi construído com base em regime militar certeza (risos) (...) pra você ter uma ideia eu tinha pesadelos que estava doente e ficava pensando nossa como é que vou fazer pra cumprir essa hora,	da psicologia, eu quando ia descansar juntava 3 cadeiras e descansava lá uma horinha e almoçava, ou quando era fim de semana a gente ia deitar em alguma maca vazia no ambulatório porque a gente não tinha espaço. Almoço por exemplo era uma guerra, a cada três meses a gente tinha medo de cortarem nosso almoço, porque viram e mexe eles queriam cortar nossa alimentação (risos)”.	(...) aí eu via também que o residente era tapa buraco muitas vezes de setores que não tinham os profissionais adequados, (...) Quem era responsável pelo setor de psicologia nas clínicas, eram as residentes de psicologia, porque não tinha um psicólogo responsável, mas a gente não fazia uma escala diretamente com o serviço do hospital, mas a gente informalmente era o próprio serviço”	eu por exemplo no meu último semestre, eu fui diagnosticada com transtorno de ansiedade já (...) a forma como é estabelecido essa carga horária, a forma como é estabelecido a exigência, a forma como é estabelecido as formas hierárquicas de poder, tudo isso é emocionalmente, fisicamente, isso desgasta completamente o residente”.
Zilda Xavier	Eu acho cansativa, muitas vezes é, é (...) Então é como se fosse mais uma forma de trabalho, usar essa força de trabalho do que formação, e é muito cansativo, é muito cansativo mesmo.	“Quando a gente dá plantão, aqui não tem direito a alimentação e não tem direito a descanso”.		
Margarida Alves	“É muito pesada, é muito, muito pesada, não dá não tempo de você respirar as vezes... mas no começo do ano que é quando eu estava aqui na minha casa, a minha casa fica muito longe do hospital, então eu dormia menos de 5hs... eu não conseguia dormir, eu não conseguia estudar, não conseguia fazer nada, então eu fiquei muito frustrada, porque quando chegava lá eu chegava morta já	Sobre ultrapassar carga horária de 60hs: “Já, e muitas vezes... no começo do ano e nessa reunião foi decidido que não tinha mais direito a folga quando desse o plantão de 12 hs, que feriado era dia corrido... eu já cheguei a fazer mais que 60 hs esse ano.... , porque a gente ficava no hospital, e tinha disciplina de EAD da Coremu, tinha um curso obrigatório de neo que a gente tinha que ir, e ainda dar o plantão de final de semana, então ultrapassou muito”.	(...) então esse primeiro semestre foi caótico, porque a gente ficava sozinha lá na UTI, porque os preceptores precisavam ficar cobrindo os outros setores que tinham as R1” (...) "a minha colega ia passar na UTI a noite, o preceptor da noite estava de férias e ela que cobriu as férias dele, ficou sozinha lá” (...) Então e o hospital que eu faço ele está em crise sabe, então as vezes falta muita coisa, muitas coisas mesmo sabe, tem isso de faltar funcionários (...). “é obrigatório que quando a gente dê plantão ter pelo menos um fisio no hospital, então eles tentam organizar para que a gente esteja no hospital tendo um profissional pelo menos, mas que esse fica meio que tentando	"As vezes eu me sinto usada sabe, tratam a gente como se a gente tivesse que trabalhar, trabalhar e esquece que a gente está lá para aprender, então isso as vezes a gente fica se sentindo usada”.

			cobrir buraco sabe (...) se eles veem que um dia está mais desfalcado eles tentam fazer questão que a gente faça nesse dia".	
Nina Simone	"eu acho desumano, eu acho violento, eu acho bizarro, ter uma carga horária tão cruel assim"	"A instituição tem uma estrutura ok, mas os distritos não, por exemplo o distrito que eu estou está em processo de mudança há dois meses praticamente, o distrito mudou e está sem internet, tá sem computador, sem mesas, sem cadeira, sem nada"		
Carlos Marighella	Eu acho um absurdo, um absurdo no sentido de porque não é necessário 60 hs pra você ter um padrão ouro de formação. Porque eu acho muito mais produtivo, que você trabalhe, vá lá no serviço e trabalhe, e volte pra casa e estude (...)"	"A residência é um processo muito desorganizado, da primeira residência. Então quando eu cheguei, você chega bem imaturo, sem a experiência, sem a vivência, a gente idealiza que tem um lugar institucionalizado pra você com espaço, com professores, com cronograma e tudo (...) a gente compreende as dificuldades que mantém os programas que não é uma coisa fácil, porque realmente não tem incentivo nenhum, e o incentivo é só a bolsa do residente e acabou a história, estrutura não tem, tem nada. Para a segunda residência que cursa: "eu sabia muito bem que esse programa que eu faço hoje, muito mais precarizado, no sentido de estrutura mesmo, de apoio, da própria universidade, da instituição, é muito pior do que a residência anterior"	"a pessoa que fazia minha preceptorial, ela passou num concurso e foi assumir, e no início ficou ninguém lá fazendo esse trabalho, e aí até chegar uma pessoa nova eu que assumi, eu assumir todas as tarefas... então foi bom essa parte do programa, eu trabalhei mesmo, tive muita autonomia, eu considero que trabalhei mesmo".	"hoje é.. eu ainda considero leve viu, eu vou todos os dias, cumpro essa semana padrão, e na quarta feira eu saio do lugar onde eu faço a prática e vou pra um hospital, uma emergência, fazendo uma coisa que não me agrega conhecimento, um processo repetitivo, não tem nenhum tipo de exame clínico, o meu trabalho naquele setor é completamente invisibilizado, o produto que sai dali, uma folha de ofício não vai pro prontuário da paciente, não vai o nome do enfermeiro, já coloquei isso com a tutoria e eu tenho que ir pra cumprir tabela, porque se eu não for, eu vou ficar devendo, é uma coisa assim institucionalizada, absurdo"

Frida Khalo	<p>“Bom eu acho que é essa carga horária deveria ser reduzida por conta que a gente fica muito sobrecarregada só com prática, prática e prática, e quase a gente não tem a teoria, e acaba que quando a gente chega em casa e ainda vai estudar aí a gente nem tem mais força</p>	<p>“Existem dois prédios lá, então apesar da estrutura física ser boa, ainda há muito falta de material que a gente precisa para trabalhar (...) a gente tem uma sala de repouso, que foi conseguida a pouco tempo também, aí a gente lutou, lutou para ser transferida para o prédio novo, aí agora a gente tem uma sala de descanso no prédio novo, mas é uma sala pequena, que as vezes não comporta todo mundo, não tem como todo mundo descansar, não tem colchonete pra todo mundo, mas essa sala falta melhorar bastante”.</p>	<p>“(…)teve momentos que faltava profissionais naquele setor, e não tinha ninguém pra cobrir e aí eles pediam a gente pra cobrir aquele profissional que faltou, mas a gente sempre foi muito resistente, eu e a outra residente nutricionista a gente nunca aceitou (...)”“com relação aos profissionais que não eram preceptores eles viam a gente como uma mão de obra, exceto alguns, que mesmo não sendo preceptores, eles tinham paciência, ensinavam”.</p>	<p>“é tanto que a gente reivindica que a gente não é mão de obra, que a gente está ali e é residente, e precisa aprender também, a gente tá ali pra aprender e melhorar o serviço, não apenas pra trabalhar, então acredito que não seja somente trabalho, mas tem a parte do trabalho e também a do aprendizado”</p>
Clarice	<p>Pra ser bem sincera eu acho muito cansativo (...) então eu acho assim oh... é 60 hs, é 60 hs só que tem que medir tudo que vai acontecer.</p>	<p>Então oh assim, a gente enfrentou muitas dificuldades, então como a gente era segunda turma, então o programa estava muito... não estava pronto na verdade pra receber, tinha muita coisa faltando ali, que nos desse base, faltando coisas (...)“Era mal estruturado, a prefeitura não estava pronta, e aí assim, a gente foi discutir isso né porque eles estavam ganhando, e aí aquela coisa, eles não pensaram na estrutura de receber os residentes, eles pensaram nos residentes que eles iam ganhar, no que estariam ganhando trazendo os residentes e uma outra briga que a gente teve também do nosso programa, foi que a gente estava substituindo funcionários, porque falta funcionários”.</p>	<p>“Quando dava algum problema, eu digo muito pelas minhas colegas, porque pra mim, o meu trabalho lá foi muito tranquilo, as meninas de enfermagem tinha muitos problemas, e aí era complicado a gente não tinha apoio, eu digo assim dentro da unidade, ah tinha que assumir área sozinho, a pessoa tá caindo lá no segundo ou no terceiro dia e a pessoa tem que assumir tudo sozinha, e tem que se virar”.</p>	<p>"Chegou agosto, eu já não tinha mais vontade de sair da cama, comecei a ficar tão cansada que, eu já estava com vontade de largar tudo, não só eu, eu e outros colegas, porque a gente começou a ficar muito cansados (...) e eu digo que quase desistir, mas por cansada, porque eu estava esgotada fisicamente, não desisti, cheguei até o fim (risos) mas por um momento cheguei a pensar em abandonar, eu não estou dando conta, é muita coisa sabe, eu não tinha mais vontade, eu saía me arrastando, dormia muito pouco”.</p>

ANEXO A

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 238, DE 1º DE FEVEREIRO DE 2005.

[Convertida na Lei nº 11.129, de 2005](#)

[Exposição de Motivos](#)

[Texto para impressão](#)

~~Institui, no âmbito da Secretaria Geral da Presidência da República, o Programa Nacional de Inclusão de Jovens — ProJovem, cria o Conselho Nacional de Juventude — CNJ e cargos em comissão, e dá outras providências.~~

~~— O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:~~

~~— Art. 1º Fica instituído, no âmbito da Secretaria Geral da Presidência da República, o Programa Nacional de Inclusão de Jovens — ProJovem, destinado a executar ações integradas que propiciem aos jovens brasileiros, na forma de curso, elevação do grau de escolaridade visando a conclusão do ensino fundamental, qualificação profissional voltada a estimular a inserção produtiva cidadã e o desenvolvimento de ações comunitárias com práticas de solidariedade, exercício da cidadania e intervenção na realidade local.~~

~~— Art. 2º O ProJovem destina-se a jovens com idade entre dezoito e vinte e quatro anos, que atendam, cumulativamente, aos seguintes requisitos:~~

~~— I — tenham concluído a quarta série e não tenham concluído a oitava série do ensino fundamental; e~~

~~— II — não tenham vínculo empregatício.~~

~~— Art. 3º A execução e a gestão do ProJovem dar-se-ão, no âmbito federal, por meio da conjugação de esforços entre a Secretaria Geral da Presidência da República, que o coordenará, e os Ministérios da Educação, do Trabalho e Emprego e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, observada a intersetorialidade, e sem prejuízo da participação de outros órgãos e entidades do Poder Executivo Federal.~~

~~— Art. 4º Para fins de execução do ProJovem, a União fica autorizada a realizar ajustes com órgãos e entidades da administração pública dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem assim com entidades de direito público e privado sem fins lucrativos, observada a legislação pertinente.~~

~~— Parágrafo único. No exercício de 2005, a implementação do ProJovem priorizará os jovens residentes nas capitais dos Estados e no Distrito Federal.~~

~~— Art. 5º Fica a União autorizada a conceder auxílio financeiro aos beneficiários do ProJovem.~~

—§ 1º— O auxílio financeiro a que se refere o caput será de R\$ 100,00 (cem reais) mensais por jovem beneficiário, por um período máximo de doze meses ininterruptos, enquanto matriculado no curso previsto no art. 1º.

—§ 2º— É vedada a cumulatividade da percepção do auxílio financeiro a que se refere o caput com benefícios de natureza semelhante recebidos em decorrência de outros programas federais, permitida a opção por apenas um deles, nos termos do ato do Poder Executivo previsto no art. 8º.

—Art. 6º— Instituição financeira oficial será o Agente Operador do ProJovem, nas condições a serem pactuadas com o Governo Federal, obedecidas as formalidades legais.

—Art. 7º— As despesas com a execução do ProJovem correrão à conta das dotações orçamentárias consignadas anualmente no orçamento da Presidência da República, observados os limites de movimentação, empenho e de pagamento da programação orçamentária e financeira anual.

—Parágrafo único.— O Poder Executivo deverá compatibilizar a quantidade de beneficiários do ProJovem às dotações orçamentárias existentes.

—Art. 8º— Ato do Poder Executivo disporá sobre as demais regras de funcionamento do ProJovem, inclusive no que se refere à avaliação, monitoramento e controle social, e critérios adicionais a serem observados para o ingresso no Programa, bem como para a concessão, manutenção e suspensão do auxílio a que se refere o art. 5º.

—Art. 9º— Fica criado, no âmbito da estrutura organizacional da Secretaria-Geral da Presidência da República, o Conselho Nacional de Juventude—CNJ, com a finalidade de formular e propor diretrizes da ação governamental voltadas à promoção de políticas públicas para a juventude e fomentar estudos e pesquisas acerca da realidade sócio-econômica juvenil.

—Parágrafo único.— Ato do Poder Executivo disporá sobre a composição e o funcionamento do CNJ.

—[Art. 10.](#) O art. 3º da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 3º— À Secretaria-Geral da Presidência da República compete assistir direta e imediatamente ao Presidente da República no desempenho de suas atribuições, especialmente no relacionamento e articulação com as entidades da sociedade civil e na criação e implementação de instrumentos de consulta e participação popular de interesse do Poder Executivo, na elaboração da agenda futura do Presidente da República, na preparação e formulação de subsídios para os pronunciamentos do Presidente da República, na promoção de análises de políticas públicas e temas de interesse do Presidente da República, na realização de estudos de natureza político-institucional, na formulação, supervisão, coordenação, integração e articulação de políticas públicas para a juventude e na articulação, promoção e execução de programas de cooperação com organismos nacionais e internacionais, públicos e privados, voltados à implementação de políticas para a juventude, bem assim outras atribuições que lhe forem designadas pelo Presidente da República, tendo como estrutura básica o Conselho Nacional de Juventude—CNJ, o Gabinete, a Subsecretaria-Geral e até três Secretarias." (NR)

~~— Art. 11. Ficam criados, no âmbito do Poder Executivo Federal, para atender às necessidades da Secretaria-Geral da Presidência da República, vinte e cinco cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores—DAS, sendo: um DAS-6; um DAS-5; onze DAS-4; quatro DAS-3; quatro DAS-2; e quatro DAS-1.~~

~~— Art. 12. Fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram as áreas de saúde, excetuada a médica.~~

~~— Parágrafo único. A Residência a que se refere o caput será desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde.~~

~~— Art. 13. 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.~~

~~— Art. 14. Fica instituído o Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, destinadas aos estudantes universitários e aos profissionais diplomados em curso superior na área de saúde, visando à vivência, ao estágio de estudantes universitários da área da saúde, ao aperfeiçoamento e à especialização em área profissional.~~

~~— § 1º O Programa de Bolsas de que trata o caput deste artigo poderá ser estendido aos militares convocados à prestação do Serviço Militar, de acordo com a [Lei nº 5.292, de 8 de junho de 1967](#).~~

~~— § 2º As bolsas a que se refere o caput ficarão sob a responsabilidade técnico-administrativa do Ministério da Saúde.~~

~~— Art. 15. As bolsas objeto do Programa instituído pelo art. 14 serão concedidas nas seguintes modalidades:~~

~~— I Iniciação ao Trabalho;~~

~~— II Residente;~~

~~— III Preceptor;~~

~~— IV Tutor; e~~

~~— V Orientador de Serviço.~~

~~— § 1º As bolsas relativas às modalidades dos incisos I e II terão, respectivamente, valores isonômicos aos praticados para a iniciação científica junto ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico—CNPq, e para a residência médica, permitida a majoração desses valores de acordo com critérios técnicos relativos à dificuldade de acesso e locomoção ou provimento e fixação dos profissionais.~~

—§ 2º— As bolsas relativas às modalidades dos incisos III a V terão seus valores fixados pelo Ministério da Saúde, guardada a isonomia prevista no § 1º, permitida a majoração ou redução desses valores.

—§ 3º— Os atos de fixação dos valores e quantitativos das bolsas de que trata o caput deste artigo serão instruídos com demonstrativo de compatibilidade ao disposto no [art. 16 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#).

—Art. 16. As despesas com a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho correrão à conta das dotações orçamentárias consignadas anualmente, a título de ações ou serviços públicos de saúde, no orçamento do Ministério da Saúde, observados os limites de movimentação, empenho e de pagamento da programação orçamentária e financeira anual.

—Art. 17. O Ministério da Saúde expedirá normas complementares pertinentes ao Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho.

—Art. 18. O caput do art. 1º da Lei nº 10.429, de 24 de abril de 2002, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º Fica instituído para os exercícios de 2002, 2003, 2004 e 2005 o Auxílio-Aluno, destinado ao custeio parcial das despesas realizadas com transporte coletivo municipal, intermunicipal ou interestadual pelos alunos matriculados em cursos integrantes do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem — PROF/AE, nos deslocamentos de suas residências para os locais de realização dos cursos que estiverem freqüentando e destes para suas residências." (NR)

—Art. 19. Os auxílios financeiros previstos nesta Medida Provisória, independentemente do nomen juris adotado, não implicam caracterização de qualquer vínculo trabalhista.

—Art. 20. Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.

—Brasília, 1º de fevereiro de 2005; 184º da Independência e 117º da República.

~~LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA~~

~~Tarso Genro~~

~~Ricardo José Ribeiro Berzoini~~

~~Humberto Sérgio Costa Lima~~

~~Nelson Machado~~

~~Patrus Ananias~~

~~José Dirceu de Oliveira e Silva~~

~~Luiz Soares Dulei~~

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 2.2.2005

acesso em 09 de fevereiro: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Mpv/238.htm

ANEXO B

SUGESTÃO DE ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

1. Roteiro de entrevista aos residentes

I. Perfil do entrevistado

- a) Nome (se autorizado):
- b) Graduação:
- c) Idade:
- d) Sexo:
- e) Cor:
- f) Cidade que mora:
- g) Cidade de origem (caso não seja a mesma):
- h) Condição de moradia, com quem reside, tem filhos:
- i) Renda: (Se ainda cursa o programa, a bolsa é a única fonte de renda?)
- j) Qual programa de residência cursa/cursou?
- k) Qual cidade em que cursa/cursou o programa?
- l) Se já cursou, o que faz atualmente?

Dados dos pais:

- a) Escolaridade:
- b) Renda:
- c) Cor:
- d) Profissão:

I.I Percurso anterior ao ingresso na residência:

- a) Natureza da instituição que cursou ensino fundamental, médio e graduação:
- b) Teve interrupções no percurso escolar? Se sim porque?
- c) Utilizou algum sistema de cotas para acesso na universidade?
- d) Qual a motivação de escolha do curso na área da saúde na graduação?
- e) Já participou/participa de algum movimento estudantil/político/social durante a graduação?
- f) Trabalhou ou fez algum tipo de estágio durante a graduação?
- g) Quanto tempo de formado na graduação?
- h) Já trabalhou após concluir a graduação?

II. Motivações para ingressar na Residência:

- a) Quais foram suas motivações/ou o que ti levou a continuar estudando depois da graduação? Utilizou estratégias específicas? se já terminou a residência e continua estudando, perguntar por que.

- b) Na escolha pelo programa de residência, o retorno financeiro da bolsa pesava ou pesou na escolha?
- c) Durante a graduação já sabia da existência dos programas de residência? Como ficou sabendo?
- d) Fale um pouco sobre o que achava da residência antes de iniciar? E atualmente? ou depois.
- e) Já participou/participa de algum movimento estudantil/político/social? (caso não tenha iniciado antes).

III. Sobre a residência em si:

- a) Fale como você percebe que a sua experiência acontece na residência.

III. I Sobre a organização do trabalho no programa:

- a) Descreva como é o desenvolvimento das suas atividades no momento da prática?
- b) As atividades realizadas pelos residentes é sozinho ou compartilhada com outros trabalhadores?
- c) Como é a divisão das atividades/rotinas?
- d) Como é lidar com essa carga horária e as rotinas das atividades práticas do programa? Qual a importância dessa carga horária prática?
- e) Fale um pouco como você percebe a relação de trabalho com os outros trabalhadores.
- f) Como é estrutura física no serviço em que o programa está inserido?

IV. Trabalho

Sentido de trabalho:

- a) O que você entende por trabalho?
- b) E por emprego?
- c) O que é a residência para você? Considera como um trabalho? Fale um pouco sobre como este tipo de trabalho afeta a sua formação como profissional.
- d) O que compreende por direitos trabalhistas? Como é ser residente do ponto de vista dos direitos e deveres? Quais os direitos que você têm enquanto residente relacionado a: férias, atestado médico, plantão, licenças e outros? E os deveres?
- e) Fazer o programa de residência lhe garantiu/garantirá inserção no mercado de trabalho? Fale um pouco sobre isso? Como se imagina daqui há 3 anos? Têm expectativa de emprego estável?
- f) Se já terminou o programa, logo em seguida se inseriu no mercado de trabalho? Quanto tempo ficou desempregado?
- g) Diante o contexto atual (da crise política e econômica), como você percebe sua experiência na residência ou lugar dela para o trabalho em saúde?

2. Roteiro de entrevista aos preceptores, tutores e coordenadores de curso

I. Identificação do entrevistado

- a) Nome (se autorizado):
- b) Formação:
- c) Qual categoria exerce no programa (tutor, preceptor ou coordenador):
- d) Qual programa e quanto tempo está nessa função:
- e) Já cursou algum programa de residência?

II. Concepção de formação:

- a) Fale um pouco sobre o programa de residência em que você atua. Qual perfil de profissional o seu programa tem como objetivo formar?
- b) Para você, qual a importância de se formar profissionais por meio da residência para o serviço em saúde?
- c) Quais principais motivações você percebe que leva o residente escolher pelo programa de residência?

II. I Sobre a organização do trabalho no programa:

- a) Descreva como é o desenvolvimento das atividades no momento da prática?
- b) Qual a importância dessa carga horária prática? As atividades realizadas pelos residentes é sozinho ou compartilhada com outros trabalhadores? Como é a divisão das atividades/rotinas?
- c) Como é estrutura física no serviço em que o programa está inserido?

III. Trabalho

Sentido de trabalho na residência:

- a) De que modo e em que medida a residência pode ser considerada como um trabalho?
- b) Você percebe que há inserção do profissional residente no mercado de trabalho?
- c) Considerando que a formação na residência ocorre em atividades de trabalho, fale um pouco sobre como este tipo de trabalho afeta a formação profissional do residente.
- d) Diante o contexto atual (crise política e econômica), como você percebe o trabalho exercido pelos residentes na saúde