

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

ISADORA BRINCKMANN OLIVEIRA NETTO

**A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL PARA O SUS E PARA ALÉM DO SUS: UMA
ANÁLISE DA INSERÇÃO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS EGRESSAS DOS
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre
2024

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

ISADORA BRINCKMANN OLIVEIRA NETTO

**A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL PARA O SUS E PARA ALÉM DO SUS:
UMA ANÁLISE DA INSERÇÃO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS
EGRESSAS DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DE PORTO ALEGRE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do Título de Mestra em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Patrícia Krieger Grossi

Porto Alegre

2024

Ficha Catalográfica

N476r Netto, Isadora Brinckmann Oliveira

A Residência Multiprofissional para o SUS e para além do SUS : Uma análise da inserção profissional de assistentes sociais egressas dos Programas de Residência de Porto Alegre / Isadora Brinckmann Oliveira Netto. – 2024.

113.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi.

1. Residência Multiprofissional em Saúde. 2. Assistentes Sociais egressas. 3. Espaços sócio-ocupacionais. 4. Inserção profissional. I. Grossi, Patrícia Krieger. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecária responsável: Clarissa Jesinska Selbach CRB-10/2051

ISADORA BRINCKMANN OLIVEIRA NETTO

**A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL PARA O SUS E PARA ALÉM DO SUS:
UMA ANÁLISE DA INSERÇÃO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS
EGRESSAS DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DE PORTO ALEGRE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestra em Serviço Social.

Aprovada em: 19 de Março de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Patrícia Krieger Grossi (Orientadora) – PUCRS

Prof^a. Dra. Maria Isabel Barros Bellini – PUCRS

Prof. Dra. Dolores Sanches Wunsch – UFRGS

Dedico esse trabalho a todos(as) residentes, ex-residentes e futuros(as) residentes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, que são fonte de inspiração na busca incessante pela educação de qualidade, que sempre me apoiaram a seguir o caminho da qualificação profissional e em todas as minhas escolhas e decisões. À minha irmã Alice, que mesmo entre tapas e beijos, me mostra que as diferenças são o que nos constroem enquanto família e nos fazem singulares em nossa existência. Ela que, mesmo sendo irmã mais nova, já cursa o Doutorado, brilha em tudo que faz e tem um ritmo difícil de acompanhar (em todos os sentidos).

Ao Vinicius, por me aturar nesse processo louco do Mestrado, desde o início como bolsista integral, até como estudante trabalhadora. Obrigada pela paciência e pela parceria nessa incansável jornada de leitura, mais leitura, escrita e crises existenciais. Dividir a vida contigo é uma aventura e tanto, e concluir mais etapa ao teu lado é muito especial. Obrigada por pegar junto e concluir esse trabalho comigo.

À minha amiga Bia, que mesmo sem saber, foi parte importante nessa finalização, por estar perto de mim me lembrando que tudo passa e que um dia o trabalho termina.

À minha orientadora, Prof. Patrícia, por ser calma em meio à tempestade. Por estar sempre disponível em todos os meios de comunicação e por me guiar nessa jornada.

Aos meus colegas do Mestrado da PUCRS, especialmente às colegas Fê e Dani, que se fizeram presentes de todas as maneiras nessa reta final.

A todas as professoras que cruzaram o meu caminho no mestrado. Sou resultado de todas vocês.

À banca de qualificação e defesa, por estarem ao meu lado nessa etapa e aceitarem essa tarefa de contribuir com o meu trabalho.

Por fim, um agradecimento mais que especial às participantes da pesquisa. Literalmente não haveria pesquisa se não fossem por elas! Serei eternamente grata.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

RESUMO

A presente dissertação possui como objetivo geral analisar, a partir da escuta dos participantes, de que maneira os programas de Residência Multiprofissional em Saúde de Porto Alegre contribuem para a inserção de assistentes sociais egressos em espaços sócio-ocupacionais do SUS, com vistas a contribuir para a qualificação deste processo. Já os objetivos específicos visam a: 1) Analisar se os programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde de Porto Alegre estão contribuindo para a formação de recursos humanos para o SUS, conforme legislação vigente; 2) Analisar as experiências sociais dos participantes em relação a suas inserções em espaços sócio-ocupacionais após a realização da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde; 3) Identificar como tem se dado a inserção desses egressos em espaços sócio-ocupacionais e a partir de quais tipos de certames/seleções isso tem ocorrido. O desenvolvimento desta pesquisa está alicerçado no método materialista histórico dialético, que perpassa todas as etapas da pesquisa, por intermédio da análise das seguintes categorias analíticas centrais: totalidade, historicidade, contradição e mediação. Considerando estes objetivos e a escolha pelo Método, optou-se pela pesquisa Qualitativa, adotando-se também a Técnica de Triangulação de Dados, através das entrevistas com as participantes, análise documental dos Editais e Processos Seletivos (datados dos anos 2021, 2022 e 2023), bem como a revisão de literatura acerca dos temas que perpassam os objetivos da pesquisa. A amostra se constituiu como intencional, e foi composta por 8 participantes. A escolha dos participantes aconteceu por conveniência, por meio da amostragem em bola de neve. Em relação aos documentos analisados, foi realizado um levantamento dos últimos Concursos e Processos Seletivos de todas as instituições em Porto Alegre que oferecem vaga para assistente social em seus Programas de Residência. Para a análise das informações coletadas, foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin (1977). O estudo revelou uma realidade extremamente contraditória no que se refere à realização da residência. Verifica-se que a bolsa oferecida é um importante diferencial, principalmente no que se refere à inserção no mercado de trabalho após a conclusão da graduação. Além disso, a pesquisa aponta para diversas dificuldades que perpassam a residência, como a carga horária excessiva, a falta de preceptoría e uma má compreensão do papel dos(as) residentes dentro das instituições. Mesmo frente a isso, a residência se mostra como um importante aprendizado profissional e crescimento pessoal. Além disso, nota-se que não há nenhum programa ou política de garantia de que as profissionais egressas das residências retornem ao SUS, entretanto, percebe-se que, conforme os dados coletados, as profissionais estão conseguindo retornar para o serviço público em geral, principalmente para a política de

assistência social e também para a política de saúde. Além disso, percebe-se que a realização da residência impacta de maneira diferenciada em cada participante, produzindo experiências específicas e percepções distintas em relação à profissão e ao serviço público. Identifica-se, também, a repercussão da realização da residência na atuação profissional das participantes, sinalizando a formação em serviço como um potencial de aprendizado e aperfeiçoamento.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional em Saúde; assistentes sociais egressas; espaços sócio-ocupacionais; inserção profissional.

ABSTRACT

The overarching goal of this dissertation is to analyze, based on participants' perspectives, how the Multiprofessional Health Residency programs in Porto Alegre contribute to the integration of graduate social workers into socio-occupational spaces within the Brazilian Unified Health System (SUS), aiming to enhance the qualification of this process. The specific objectives are: 1) To ascertain whether the Integrated Multiprofessional Health Residency programs in Porto Alegre are contributing to the formation of human resources for SUS in compliance with current legislation; 2) To analyze the social experiences of participants regarding their integration into socio-occupational spaces after completing the Integrated Multiprofessional Health Residency; 3) To identify the methods of integrating these graduates into socio-occupational spaces and the types of competitions/selections through which this has occurred. The development of this research is grounded in the Historical Dialectical Materialism Method, which spans all stages of the study through the analysis of central analytical categories: totality, historicity, contradiction, and mediation. Given these objectives and the chosen methodology, a Qualitative research approach has been adopted, along with the Data Triangulation Technique, involving participant interviews, documentary analysis of Announcements and Selection Processes (2021, 2022 and 2023), as well as a literature review encompassing themes relevant to the research objectives. The intentional sample will comprise 14 participants, selected through convenience sampling using a snowball approach. In terms of the documents to be analyzed, an overview of the latest Contests and Selection Processes from all institutions offering positions for social workers in their Residency Programs was conducted. The collected information will be analyzed using Bardin's Content Analysis (1977). The study revealed an extremely contradictory reality regarding the completion of residency. It is observed that the offered scholarship is an important differential, especially concerning integration into the job market after graduation. Additionally, the research points to several difficulties that permeate residency, such as excessive workload, lack of preceptorship, and a poor understanding of the role of residents within institutions. Despite this, residency proves to be an important professional learning experience and personal growth opportunity. Furthermore, it is noted that there is no program or policy guaranteeing that professionals who graduate from residencies return to the public healthcare system (SUS). However, it is perceived that, according to the collected data, professionals are managing to return to the public service sector in general, especially to social assistance and health policies. Moreover, it is evident that completing residency impacts each participant differently, producing specific experiences and distinct

perceptions regarding the profession and public service. The repercussion of completing residency on the professional performance of the participants is also identified, signaling in-service training as a potential for learning and improvement.

Keywords: Multiprofessional Health Residency; graduate social workers; socio-occupational spaces; professional integration.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ADN	Autodeclarado Negro
CFE	Conselho Federal de Educação
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSEM	Centro de Saúde Escola Murialdo
ESP	Escola de Saúde Pública
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HMIPV	Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas
HPS	Hospital de Pronto Socorro
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IPA	Centro Universitário Metodista IPA
MS	Ministério da Saúde
PCD	Pessoa com Deficiência
PNAIS	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RIMS	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
UBEA	União Brasileira de Educação e Assistência
UCS	Universidade de Caxias do Sul
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Sistematização dos artigos sobre egressos de programas de Residência.....	18
Quadro 2: Demonstrativo da Amostra das Participantes da Pesquisa.....	24
Quadro 3: Demonstrativo da Amostra dos Documentos da Análise Documental.....	26
Quadro 4: Caracterização das participantes da pesquisa.....	62
Quadro 5: Dados da atuação profissional das participantes.....	68
Quadro 6: Sistematização da Análise Documental.....	79
Figura 1: Prova de Títulos para Assistente Social Edital HCPA.....	82
Figura 2: Prova de Títulos para Assistente Social Edital SES/RS.....	83

SUMÁRIO

1 NOTAS INTRODUTÓRIAS	14
2 FORMAÇÃO EM SERVIÇO COMO ESTRATÉGIA DE SUBSTITUIÇÃO DE PROFISSIONAIS: Problematizações acerca dos Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde	30
2.1 “OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA ELAS VIERAM PARA MARCAR A IMPORTÂNCIA DO SUS, PARA MANTER O SUS VIVO”: resgate histórico e conceitual da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde	31
2.2 “BOTA TUDO NA CONTA DO RESIDENTE”: reflexões em relação à sobrecarga de trabalho e o excedente de carga horária.....	44
3 AS ASSISTENTES SOCIAIS EGRESSAS DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA ESTÃO RETORNANDO PARA O SUS? Uma análise a partir dos dados das participantes.....	61
3.1 TRAÇANDO O PERFIL DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA	62
3.2 “NÃO CONTOU, NEM A RESIDÊNCIA E NEM O MESTRADO”: a desvalorização da pós-graduação na inserção profissional das egressas	68
3.3 “O COLETIVO TEM FORÇA [...] É SÓ ASSIM QUE AS COISAS ANDAM”: as diversas dimensões dos aprendizados a partir da Residência.....	85
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICE A	106
APÊNDICE B.....	107
APÊNDICE C.....	110
APÊNDICE D	111
APÊNDICE E.....	112
ANEXO A	113

1 NOTAS INTRODUTÓRIAS

A presente proposta de investigação surgiu após a realização da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (2017-2019), a inserção enquanto assistente social funcionária pública em um espaço sócio-ocupacional do SUS em um Município da grande Porto Alegre (2020-2022), bem como pelo desejo de ingressar no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades PUCRS.

A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde se constitui como uma pós-graduação *latu sensu* voltada para todos os profissionais de saúde, de diversas formações profissionais, que os capacita para o trabalho *NO SUS e PARA o SUS*. Frente à experiência da autora como assistente social residente e as indagações suscitadas durante esse processo, a presente proposta surge como uma estratégia de aprofundamento sobre o tema e também como uma maneira de (tentar) responder aos diversos questionamentos que surgiram durante a vivência.

Segundo Minayo “na investigação social, a relação entre o pesquisador e seu campo de estudo se estabelecem definitivamente. A visão de mundo de ambos está implicada em todo processo de conhecimento” (MINAYO, 2015, p. 13). Nessa perspectiva, entende-se que a trajetória da pesquisadora esteve presente em todos os passos da pesquisa.

Além disso, a opção pela realização do Mestrado também acarretou na exoneração do cargo público e a dedicação exclusiva à pesquisa no seu primeiro semestre de realização. Logo, o presente estudo foi elaborado, no primeiro semestre do mestrado, com o apoio de bolsa integral pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. A partir do segundo semestre, visto que a autora foi inserida novamente no SUS, o mestrado continuou com Bolsa Parcial de Estudo. Na Escola de Humanidades da PUCRS, a pesquisadora está inserida no Mestrado em Serviço Social, com a área de concentração Serviço Social, Políticas e Processos Sociais, na Linha de Pesquisa Serviço Social, Ensino e Formação, bem como participa do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Ética, Violência e Direitos Humanos (NEPEVEDH/PUCRS), coordenado pela Prof.^a Dra. Patrícia Krieger Grossi.

Como pré-requisito para conclusão do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, construiu-se um Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), cujo título foi “A Residência Multiprofissional como estratégia para o cuidado integral da saúde da criança: considerações acerca do trabalho dos Residentes Multiprofissionais”, orientado pela Prof. Dra. Vanessa Panozzo e co-orientado pela Me. Simone Beier. A pesquisa teve como objetivo geral: problematizar a contribuição do trabalho dos residentes multiprofissionais do

programa da saúde da criança de um hospital de alta complexidade de Porto Alegre na consolidação dos eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Após apresentação e avaliação da banca examinadora, a pesquisa foi sistematizada em artigo, que foi publicado na Revista Sociedade em Debate, de Pelotas, sob o título: ““Residente dá trabalho” x “Residente é tudo de bom”: (re)pensando o papel da Residência Multiprofissional em Saúde”, que foi submetido em Junho de 2019 e aceito em Outubro de 2020 (NETTO; PANOZZO; BEIER; 2020).

A pesquisa em questão foi realizada por intermédio de entrevistas semiestruturadas com os profissionais (preceptores e não preceptores) da equipe multiprofissional do setor de pediatria do hospital de estudo, contando com profissionais das áreas de educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social e medicina. A partir disso, foi possível realizar diversas problematizações em relação ao trabalho dos residentes na referida unidade, bem como sobre a compreensão dos profissionais entrevistados em relação ao papel desempenhado pelos residentes.

A pesquisa mostrou que não há consenso em relação à compreensão da Residência como uma formação em serviço no SUS por parte dos profissionais entrevistados. Nesse sentido, as falas dos participantes apontaram para duas direções distintas: a Residência como potência para a formação em saúde, e por outro lado, a Residência como *apenas* a soma de profissionais para a execução do trabalho (NETTO; PANOZZO; BEIER; 2020). Concomitantemente a isso, a pesquisa trouxe à tona também a problematização em relação a precarização das políticas sociais, repercutindo também na política de saúde e os impactos disso nas condições de trabalho dos profissionais e, logo, diretamente nas atividades exercidas pelos residentes em formação.

Um ponto importante foi a unanimidade da importância da presença dos residentes para a efetivação de um trabalho interdisciplinar, visto as atividades englobadas na carga horária dos residentes. Percebe-se, também, que para alguns profissionais, o residente significava algo positivo, o considerando como “tudo de bom”. Já outros profissionais, consideravam o envolvimento com a Residência como algo que “dá trabalho” e que exige uma dedicação extra, para além daquela já dedicada à assistência ao paciente (NETTO; PANOZZO; BEIER; 2020).

Verifica-se que existem diversos fatores relacionados a essas distinções, e que nenhum deles está isolado um do outro. A atual conjuntura neoliberal de precarização de políticas e direitos nos mostra que os profissionais da saúde estão cada vez mais sobrecarregados e trabalhando sob condições precárias e insalubres. Isso afeta a assistência ao paciente, bem como

afeta o processo de envolvimento com a Residência e com os residentes em si. Não é possível realizar uma análise em que não seja considerada toda a conjuntura atual, em sua totalidade.

Acredita-se que a pesquisa do TCR foi concluída com mais questionamentos dos que aqueles levantados em seu início. Visto que ela foi realizada com os profissionais envolvidos na Residência, o desenvolvimento do trabalho apontou que a visão dos próprios residentes também seria importante para tal análise, porém, em virtude do curto espaço de tempo e do objetivo do TCR, isto não seria possível.

Além disso, identificou-se a necessidade de um aprofundamento em relação ao surgimento dos programas de Residência e de seu aparato legal, bem como sua relação com a categoria trabalho (em Marx) e também sobre o destino profissional dos residentes após o término dos seus programas de Residência.

Importante destacar que, mais uma vez, a atual pesquisa não visa a esgotar o debate sobre a temática em questão, e sim dar visibilidade aos aspectos elencados pela autora, como um caminho escolhido, dessa vez com um protagonismo daqueles que vivenciam a rotina de 60h horas semanais por dois longos anos: os residentes.

A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde surge, no contexto da Reforma Sanitária e da instauração do SUS, como uma estratégia para fortalecer e qualificar os serviços desse sistema. Pois, segundo a Constituição Federal de 1988, “ao SUS compete, além de outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”.

Dessa maneira, pensa-se a Residência como um caminho para que o SUS seja reafirmado enquanto política pública, direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Entretanto, se fosse comparado o modelo de atenção proposto pelo SUS, tendo a universalidade, integralidade e equidade como diretrizes, com os modelos curriculares para formação dos trabalhadores em saúde à época, é possível perceber significativas contradições.

Tais contradições se apresentam, principalmente, através de formações fragmentadas, visando a especialidades e práticas isoladas, onde o indivíduo não é compreendido em sua totalidade, pois como traz Mattos (2001), “a população precisava dirigir-se a unidades diferentes conforme suas necessidades dissessem respeito à assistência médica ou às práticas da saúde pública” (p. 54).

Nessa perspectiva,

uma reorientação dos cursos de formação em saúde para a integralidade implica ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção do seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações (CECCIM; CARVALHO, 2005, p.78).

Segundo Olschowsky e Ferreira (2008), o SUS propõe um conceito ampliado de saúde, que ultrapassa procedimentos curativos e considera as condições de vida das pessoas como um todo. Porém, “os profissionais continuavam tendo um currículo organizado de acordo com a lógica do modelo clínico tradicional, hegemônico na área da saúde” (OLSCHOWSKY; FERREIRA, 2008, p. 139).

Nesse sentido, o Programa de Residência propõe

especializar profissionais da saúde para atuarem, imbuídos pelos princípios do SUS, trabalhando em equipe interdisciplinar, buscando novas alternativas para o trabalho e objetivando uma atenção integral em saúde (OLSCHOWSKY; FERREIRA, 2008, p.140)

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a formação deve englobar adequado conhecimento do SUS, produção de habilidades técnicas e de pensamento, além da produção de subjetividade. Além disso,

a formação para área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43)

Nesse sentido, como aponta Peduzzi *et al* (2013), a Residência multiprofissional em saúde é identificada como uma iniciativa de educação interprofissional, visto que “promove o trabalho em equipe integrado e colaborativo entre profissionais de diferentes áreas com foco nas necessidades de saúde de usuários e população, com a finalidade de melhorar as respostas dos serviços a essas necessidades e a qualidade da atenção à saúde” (PEDUZZI *et al*, 2013, p. 982).

A discussão da educação interprofissional é relevante para o presente estudo, dado que ela é “complementar à educação uniprofissional e/ou multiprofissional” (PEDUZZI *et al*, 2013, p. 979). Assim,

entende-se que a educação interprofissional na saúde passa a ser um meio de desafiar o contexto usual de formação, para encontrar respostas novas aos novos problemas que se configuram: a complexidade das necessidades de cuidado, a fragmentação do cuidado prestado pelas diferentes especialidades profissionais, bem como com o imperativo de superar os esquemas tradicionais de ensino (PEDUZZI *et al*, 2013, p. 979)

Frente a isso, a proposta de pesquisa surgiu como uma forma de aprofundar os estudos na temática da Residência em Saúde, mais especificamente em relação aos assistentes sociais egressos dos Programas de Residência.

Para além da Residência como formação para/no SUS, como estratégia de formação de recursos humanos para a política de saúde, é necessário pensar nesses profissionais assistentes sociais egressos dos programas de Residência. Se eles estão inseridos na política de saúde, se o

investimento do Ministério da Saúde - MS e do Ministério da Educação - MEC na Residência está sendo, de fato, investido em profissionais que estão *retornando* ao Sistema Único de Saúde.

O documento do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) intitulado “Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão” (2017) traz diversas contribuições para esse debate, como a relação entre o Projeto Ético Político Profissional com a Reforma Sanitária Brasileira, o histórico da Residência, bem como problematizações em relação ao processo de supervisão. Por fim, traz uma agenda “de pontos que precisam ser aprofundados e desafios a serem superados no âmbito da formação” (CFESS, 2017, p. 47). Ao todo, são sete desafios pontuados pelo Conselho Federal, mas cabe ressaltar o desafio a seguir: “É necessário instituir uma política de fixação dos profissionais egressos dos programas de Residência no sistema público de saúde cumprindo efetivamente com sua proposta” (CFESS, 2017, p.47).

Além deste documento, o Ministério da Saúde lançou, em 2006, um documento intitulado “Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios”. Na sua conclusão, traz a potência da Residência principalmente à formação de trabalhadores, bem como uma estratégia impulsionadora de transformação das realidades sanitárias e epidemiológicas (BRASIL, 2006). Traz também alguns desafios em relação a essa modalidade de ensino, como a formação de tutores e preceptores, os mecanismos de avaliação dos programas, a construção da transdisciplinaridade, bem como a fixação dos profissionais. Por fim, traz como objeto de estudo e pesquisa a ser desenvolvida com o apoio do Ministério da Saúde, a “verificação dos impactos da Residência Multiprofissional em Saúde e principalmente o destino dos egressos” (BRASIL, 2006, p. 401).

Em uma breve **revisão de literatura** sobre o estudo dos egressos dos programas de Residência, foram encontrados nove artigos que versam sobre o tema (no período de 2012 a 2022, que contam com o termo *egressos* em seus títulos), conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Sistematização dos artigos sobre egressos de programas de Residência

Título	Referência
Inserção de egressos de Programas de Residência Multiprofissional no SUS	Menêzes Flor, Tania; <i>et al.</i> Inserção de egressos de Programas de Residência Multiprofissional no SUS. In: <i>Ver Saúde Pública</i> . 55:88, 1-11, 2021
Perfil de Egressos de Residências Multiprofissionais em Saúde no Rio Grande do Sul	PASINI, Vera; <i>et al.</i> Perfil de Egressos de Residências Multiprofissionais em Saúde no Rio Grande do Sul. In: <i>Revista Polis e Psique</i> . 10(3), 205-225, 2020

<u><i>Perfil dos egressos de Serviço Social do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA</i></u>	NUNES, Keiza; NOGUEIRA, Ana Claudia; LIMA, Fernando. Perfil dos egressos de Serviço Social do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA. In: Tempus, actas de saúde coletiva, Brasília, 10(4), 111-128, dez, 2016
A trajetória profissional dos egressos de uma Residência Multiprofissional	KVELLER, Daniel; CASTOLDI, Luciana; KIJNER, Ligia. A trajetória profissional dos egressos de uma Residência Multiprofissional. In: <i>Diaphora</i> , Porto Alegre, v 17(1), jan/dez 2017
Perfil e Trajetória profissional Dos Egressos De Residência Multiprofissional: Trabalho E Formação Em Saúde	BRASIL, Camila; OLIVEIRA, Pedro Renan; MORAIS VASCONCELOS, Ana Paula. Perfil e Trajetória profissional dos egressos de Residência multiprofissional: trabalho e formação em saúde. In: <i>SANARE, Sobral – v.16, n.01, p. 60-66, Jan/Jun, 2017</i>
Programa de Residência Multiprofissional em saúde da família de Sobral: uma avaliação de egressos a partir da inserção no mercado de trabalho	MELO, Carla; <i>et al.</i> Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobras: uma avaliação de egressos a partir da inserção no mercado de trabalho. In: <i>SANARE, Sobral – v.11, n.01, p. 18-25, Jan/Jun, 2012</i>
<u><i>Contribuições da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde na trajetória de formação e inserção profissional de assistentes sociais</i></u>	GRAMS, Nathalia; CAMARGO, Marisa. Contribuições da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde na Trajetória de Formação e Inserção Profissional de Assistentes Sociais. In: <i>Socied. em Deb. Pelotas</i> , v.25, n. 3, p. 119-135, set/dez. 2019
A Residência Multiprofissional em Saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos	MARTINS CARNEIRO, Ester; TEIXEIRA, Livia Maria; PEDROSA, José Ivo. A Residência Multiprofissional em Saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos. In: <i>Physis: Revista de Saúde Coletiva</i> . Rio de Janeiro, v. 31(3), 2021
Residência Multiprofissional em Saúde: perfil, inserção profissional e avaliação dos egressos de sete programas de um complexo de serviços de saúde público	BRANCHI, Aline Zeller; MENDES, Jussara Maria Rosa. Residência Multiprofissional em Saúde: perfil, inserção profissional e avaliação dos egressos de sete programas de um complexo de serviços de saúde público. <i>Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde</i> , Porto Alegre, v/2, n.1, p. 10-32, 2022

Fonte: Sistematização da autora, 2023

Desses nove artigos encontrados, percebe-se que apenas dois versam diretamente sobre profissionais assistentes sociais, sendo que um tem por objetivo identificar as contribuições do

programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina; e o outro tem por objetivo identificar e analisar os perfis acadêmico e profissional dos assistentes sociais egressos no Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).

Visto isso, percebe-se que não existem estudos suficientes em relação ao tema da inserção profissional de assistentes sociais egressos dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde, e que aqueles encontrados são focados em Estados outros que não o Rio Grande do Sul. Diante disso, acredita-se que a pesquisa proposta, que será explanada a seguir, possui uma extrema relevância para nosso Estado e para o Município de Porto Alegre, como uma primeira aproximação com esses dados, mesmo que delimitados em um curto espaço de tempo, visto o tempo de realização do mestrado. Importante destacar que os artigos encontrados serão utilizados na discussão da análise dos dados, bem como na discussão do perfil das participantes da pesquisa, conforme andamento do presente trabalho.

Frente ao exposto, a pesquisa teve como **tema geral** a ser investigado a inserção profissional de assistentes sociais egressos dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde. E como delimitação do tema temos: o estudo de assistentes sociais egressos dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e a inserção destes em espaços sócio-ocupacionais da Política de Saúde.

Para responder à pergunta: “*Qual a contribuição dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde de Porto Alegre para o acesso de assistentes sociais egressos em espaços sócio-ocupacionais do SUS, a partir da escuta das participantes da pesquisa?*”, foi definido o **Objetivo Geral** como sendo: *Analisar, a partir da escuta das participantes, de que maneira os programas de Residência Multiprofissional em Saúde de Porto Alegre contribuem para a inserção de assistentes sociais egressos em espaços sócio-ocupacionais do SUS, com vistas a contribuir para a qualificação deste processo.*

E como **objetivos específicos** foram definidos: - Analisar se os programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde de Porto Alegre estão contribuindo para a formação de recursos humanos para o SUS, conforme legislação vigente; - Analisar as experiências sociais das participantes em relação a suas inserções em espaços sócio-ocupacionais após a realização da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde; - Identificar como tem se dado a inserção desses egressos em espaços sócio-ocupacionais e a partir de quais tipos de certames/seleções isso tem ocorrido.

Frente aos objetivos propostos e entendendo a metodologia como o “caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, 2015, p. 14), o presente trabalho se propõe a realizar uma **pesquisa qualitativa**, pois ela visa a “compreender e aprofundar os fenômenos, que são explorados a partir da perspectiva das participantes de um ambiente natural em relação ao contexto” (SAMPIERI et AL., 2013, p. 376). Além disso, segundo Minayo (2015), é a partir da realidade social que o método qualitativo se concretiza, pois aborda “o conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nas representações sociais, nas expressões da subjetividade, nos símbolos e significados” (MINAYO, 2015, p. 14).

Nesse sentido, “nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema na vida prática” (MINAYO, 2015, p. 16). Dessa maneira, para responder aos objetivos propostos, a metodologia qualitativa se torna essencial para alcançar tais respostas, pois ela se aprofunda no mundo dos significados.

Dentro da perspectiva qualitativa, tem-se, segundo Triviños (2019)

os enfoques crítico-participativos com visão histórica-estrutural-dialética da realidade social que parte da necessidade de conhecer (através das percepções, reflexões e intuição) a realidade para transformá-la em processos contextuais e dinâmicos complexos (TRIVIÑOS, 2019, p. 117).

Assim, a pesquisa qualitativa do presente estudo reforça a importância do contato com os sujeitos implicados nos processos a serem estudados, a fim de conhecer, a fundo, através de sucessivas aproximações, essa realidade, com o intuito de que os objetivos propostos sejam alcançados.

Nesta pesquisa, adota-se a técnica de **Triangulação de Dados**, que “tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo” (TRIVIÑOS, 2019, p. 138). Para tal, o autor refere três perspectivas de análise: percepção dos sujeitos, elementos produzidos pelo meio e processos e produtos originados pela estrutura socioeconômica e cultural do macroorganismo social no qual está inserido o sujeito (Triviños, 2019).

Para isso, foi traçado um esquema metodológico (Apêndice A) que engloba **entrevista com as participantes (percepção dos sujeitos)**, **análise documental de editais e processos seletivos (elementos produzidos pelo meio)** e **análise de conjuntura (processos e produtos originados pela estrutura socioeconômica e cultural)**. Além disso, será realizada a **análise de conteúdo do material coletado**, bem como **revisão de literatura acerca do tema de pesquisa**. Tais etapas serão desdobradas posteriormente.

Importante destacar que, em todo processo metodológico e de pesquisa, a pesquisadora

será orientada por uma visão de mundo crítica e embasada teoricamente, pois “não existe uma ciência neutra. Toda ciência [...] passa por interesses e visões de mundo historicamente criadas” (MINAYO, 2015, p. 13).

Além disso, “a experiência social como categoria de pesquisa [...] possibilita apreender a realidade social de sua complexidade e a teia na qual se constitui, aproximando-se [...] da construção de novas formas de luta e resistência construídas no cotidiano (MARTINELLI; LIMA, 2021, p. 29). Nessa perspectiva, a escolha pela análise das experiências sociais das participantes parte do entendimento de que, dessa maneira, estaremos valorizando “a memória e a fala como instrumentos de recuperação da história e de avanço da luta social” (MARTINELLI, 2023, p. 4).

Frente a isso, segundo os escritos de Martinelli (2021; 2023), tem-se o entendimento de que, a partir da escuta das participantes e da compreensão de suas experiências sociais, estaremos nos aproximando dos significados de suas histórias, buscando explicações históricas e culturais circunscritas, e, ao mesmo tempo, conhecendo formas peculiares de entendimento da realidade social. A decisão por esse caminho é uma opção política, valorizando e dando destaque para aquelas que vivenciaram a Residência em sua totalidade, compartilhando suas experiências (que também é um ato político) com vistas a contribuir para a construção de conhecimento e de resistência.

Tem-se o entendimento de que a presente pesquisa não pretende esgotar a discussão sobre a temática e adota-se a concepção de Minayo (2015) de

[...] Ciclo de Pesquisa, ou seja, um peculiar processo de trabalho em espiral que começa com uma pergunta e termina com uma resposta ou produto que, por sua vez, dá origem a novas interrogações (MINAYO, 2015, p. 26)

Nesse sentido, a metodologia proposta adota a compreensão de que os achados do estudo serão motores para novos estudos, e assim sucessivamente, visto que o objeto não se esgota e também pois “o ciclo de pesquisa não se fecha, pois toda pesquisa produz conhecimento e gera indagações novas” (MINAYO, 2015, p. 27).

Dentro da metodologia qualitativa, a pesquisa será fundamentada pelo método materialista histórico dialético, pois propõe analisar “os contextos históricos, as determinações socioeconômicas dos fenômenos, as relações sociais de produção e de dominação com a compreensão das representações sociais (MINAYO, 2015, p. 24)

A pesquisa foi realizada no Município de Porto Alegre e se **propôs a analisar as experiências** de assistentes sociais egressos dos Programas de Residência deste Município. A revisão de literatura proposta para o referido trabalho seguiu as seguintes categorias explicativas

da realidade que versam sobre o tema apresentado: trabalho, formação, Sistema Único de Saúde (SUS), educação em saúde e Residência Multiprofissional.

Já no que diz respeito à **amostra das participantes da pesquisa**, segundo Minayo (2017), ela deve estar relacionada aos objetivos da pesquisa e deverá privilegiar “os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer” (MINAYO, 2017, p. 4). A amostra se constituiu como **intencional**, pois o que interessa é a “opinião (ação, intenção, etc.) de determinados elementos da população, mas não representativos dela” (MARCONI; LAKATOS, 2021, p. 42). Frente a essa escolha, a pesquisadora assume a limitação que essa amostra abarca, visto a “impossibilidade de generalização dos resultados” (MARCONI; LAKATOS, 2021, p. 42)

Assim, o estudo contou com 8 participantes assistentes sociais egressas dos Programa de Residência Multiprofissional em Saúde de Porto Alegre. A escolha da amostra se deu **por conveniência** e teve como critérios de inclusão ter concluído a Residência nos anos de 2018 ou de 2019¹ e aceitar participar da pesquisa; e como critérios de exclusão, participantes que não desejaram participar da pesquisa e que não são egressos dos programas de Residência de Porto Alegre.

A pesquisa utiliza a **amostragem em bola de neve**, visto que o perfil das participantes é bem específico e eles se encontram em diversos locais. Ela funciona, segundo Vinuto (2014), com informantes-chaves que serão contatados em um primeiro momento pela pesquisadora e que indicarão novos contatos. Esses novos contatos, indicarão novos possíveis participantes e assim sucessivamente. Nesse sentido, essa amostragem “mostra-se como um processo de permanente coleta de informações, que procura tirar proveito das redes sociais dos entrevistados identificados” (VINUTO, 2014, p. 204).

As instituições foram selecionadas conforme amostra universal. Foi feito um panorama de todos os programas de Residência da cidade de Porto Alegre e verificado quais destes que possuem (ou possuíam, dentro do período estabelecido), em seus programas, vagas para profissionais assistentes sociais dentro do período proposto. Assim, identificaram-se *sete instituições* que possuíam Residência com vaga para Serviço Social.

Logo, nossa amostra das participantes foi composta da seguinte maneira:

¹ Optou-se por esse período, pois acredita-se que a Pandemia do Covid-19 transformou a configuração do mundo do trabalho, sendo diversos Concursos públicos adiados, muitos profissionais sendo desligados e outros contratados temporariamente.

Quadro 2 – Demonstrativo da Amostra das Participantes da Pesquisa

Programa de Residência	Término Residência em:
Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA	2018 (1) e 2019 (1)
Grupo Hospitalar Conceição - GHC	2019
Hospital São Lucas da PUCRS	2019
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	2019
Escola de Saúde Pública - ESP	2018
Hospital de Pronto Socorro - HPS	2019
UNISINOS	2019

Fonte: Sistematização da autora, 2023

Vale ressaltar que, conforme o Quadro 2, foi possível contar com a participação de assistentes sociais egressas das sete instituições de Porto Alegre que ofereciam vaga para Serviço Social em seus Programas de Residência no período delimitado. Além disso, através da amostragem em bola de neve, duas assistentes sociais egressas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre aceitaram participar da pesquisa e foram incluídas no estudo. Isso se deve ao fato da autora estar, atualmente, trabalhando como assistente social no referido hospital e ter maiores possibilidades de contato com as egressas.

Concomitante com as entrevistas, foi realizada uma análise documental, pois entende-se que ela “representa uma fonte estável e rica de onde podem ser retiradas evidências que fundamentem as afirmações e declarações do pesquisador” (PRATES; PRATES, 2009, p. 117). Reitera-se que, segundo os autores citados anteriormente, a análise documental ocorre com documentos já existentes e que não foram produzidos pela pesquisadora.

Logo, em relação à **amostra dos documentos que foram analisados**, optou-se por realizar a análise documental de editais de Concursos Públicos e processos seletivos públicos que oferecem vaga para assistentes sociais (celetistas e funcionárias públicas), a fim de analisar se as Residências são sinalizadas nesses processos, e, se sim, de que maneira elas pontuam ou contribuem para a classificação nesses processos.

Para tal, foi realizado um levantamento dos Concursos Públicos e processos seletivos para assistentes sociais realizados para ingressar nas instituições que oferecem os Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde com vagas para assistentes sociais (instituições sinalizadas anteriormente no Quadro 2). Visto que foram identificados SETE programas, foi realizada uma breve pesquisa sobre os locais de atuação dos residentes de cada programa e como funciona o ingresso de assistentes sociais nessas instituições.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre realiza seus **processos seletivos** para assistentes sociais conforme suas demandas. Além disso, todos os campos de atuação da Residência se encontram dentro do referido hospital. Já o Grupo Hospital Conceição realiza, conforme sua necessidade, **Concursos Públicos** para seu quadro de pessoal. E, como o hospital citado anteriormente, os campos de prática da Residência se dão dentro dos hospitais e das unidades de saúde do complexo Grupo Hospitalar Conceição.

O Programa de Residência da Universidade Federal do Rio Grande do Sul tem como campos de prática dos residentes diversas unidades de saúde do Município de Porto Alegre e de Canoas, além do próprio Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), conforme consta no último edital da Residência de 2022. Frente a isso, para alcançar os objetivos da pesquisa, optou-se por selecionar o **Concurso da Prefeitura de Porto Alegre** no que tange à inserção de assistentes sociais, visto que a pesquisa se delimita a este Município e também porque, mesmo que a Universidade Federal do Rio Grande do Sul conte com assistentes sociais em seu quadro de profissionais, estes não atuam no SUS.

O Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre tinha como campo de prática dos residentes as dependências da própria instituição. Por pertencer ao Município de Porto Alegre, o meio de ingresso de assistentes sociais no quadro de funcionários acontece por intermédio dos **Concursos Públicos da própria Prefeitura**, sendo o último Concurso com vaga para assistente social datado de 2022. A Residência Multiprofissional do HPS não está mais oferecendo vaga para Serviço Social.

O Programa de Residência da UNISINOS possui campo de prática com vaga para assistente social em dois municípios: Porto Alegre e São Leopoldo, num formato que se assemelha ao programa da UFRGS (referido anteriormente). Novamente, como o estudo está delimitado na cidade de Porto Alegre, entende-se que para avaliar se os profissionais estão sendo inseridos no Município, é necessária a análise do **Concurso da Prefeitura de Porto Alegre**.

A Escola de Saúde Pública – ESP possui campos de prática dos residentes em diversos Municípios do Estado do Rio Grande do Sul, conforme consta em seus editais. Por ser um órgão estadual e por pertencer à Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, será analisado o último **Concurso Público desta secretaria específica**. Tem-se em mente que a pesquisa está delimitada ao Município de Porto Alegre, porém, visto que este Concurso, mesmo sendo estadual, engloba vagas para Porto Alegre, optou-se por incluí-lo no estudo.

Por fim, o Hospital São Lucas da PUCRS, como os outros hospitais referidos anteriormente, possui como campo de prática dos residentes as dependências do próprio hospital. Porém, por ser um hospital que possui como mantenedora a União Brasileira de Educação e Assistência (UBEA), da Rede Marista, este não realiza Concurso Público e nem Processo Seletivo para o ingresso de seus profissionais. Quando acontece de possuir vaga disponível, o hospital a divulga, recebe os currículos e faz a seleção. **Esse processo de seleção não é público e não foi possível acessar no site do hospital os requisitos para seleção de assistentes sociais.**

Frente ao exposto, a **amostra da Análise Documental** foi composta por 4 documentos:

Quadro 3 – Demonstrativo da Amostra dos Documentos da Análise Documental

Programa de Residência	Concurso / Processo Seletivo com vaga para Assistente Social contratada/concursada	Ano do último Concurso / Processo Seletivo
Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA	Processo Seletivo	2021
Grupo Hospitalar Conceição – GHC	Concurso Público	2023
- Universidade Federal do Rio Grande do Sul -UFRGS + - Hospital de Pronto Socorro + -UNISINOS	Concurso Público Prefeitura de Porto Alegre	2022
Escola de Saúde Pública – ESP	Concurso Público Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul	2021

Fonte: Sistematização da autora, 2023

A coleta das informações foi realizada em dois momentos diferentes. Primeiramente,

com as participantes da pesquisa, foram realizadas **entrevistas semi estruturadas**, orientadas por um **roteiro** (Apêndice C) com perguntas abertas e fechadas. Para os registros, foi utilizada a gravação de áudio para a aproximação e integridade das falas das participantes. A partir dessas entrevistas e nos relatos das participantes entrevistadas, foram buscadas as informações necessárias para a materialização do processo da pesquisa e para responder aos objetivos propostos por ela. No momento em que as participantes aceitam participar da pesquisa, eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B), ficando uma cópia com a participante e outra com a pesquisadora.

A opção pelo instrumento de pesquisa semi-estruturada acontece pois, segundo Triviños, “o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa” (TRIVIÑOS, 2019, p. 146).

Além das entrevistas com as participantes da pesquisa, foi realizada a **Análise Documental**, por intermédio de um **roteiro** (Apêndice D) dos últimos editais para Concurso Público e processos seletivos dos locais que possuem Residência multiprofissional com vaga para assistentes sociais.

Para as análises das informações da pesquisa, optou-se pelo método de **Análise de Conteúdo, segundo Bardin** (1977). Para essa autora, a análise de conteúdo pode ser compreendida como um conjunto de técnicas de análise que visam a obter indicadores (quantitativos ou não) a partir de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens selecionadas, que permitam a dedução de conhecimentos relacionados às condições de produção/recepção destas mensagens, que tem por objetivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados.

A opção por este método se dá a partir do entendimento de que, nesta análise, “o pesquisador busca compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens tornados em consideração” (CÂMARA, 2013, p. 182).

Bardin (1977) indica que a utilização da Análise de Conteúdo deve ser realizada em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (inferência e interpretação).

A primeira fase, de pré-análise, pode ser considerada como a fase da organização dos materiais. É nela que a pesquisadora terá um primeiro contato com os documentos em análise. No caso de pesquisas que envolvem entrevistas, é nessa fase que estas serão transcritas pela pesquisadora. Esta fase é composta por quatro momentos: leitura flutuante, quando a

pesquisadora estabelece o primeiro contato com os materiais; a escolha dos documentos; a formulação de hipóteses e objetivos; a referência dos índices e indicadores e, por fim, a preparação do material (momento no qual as entrevistas realizadas serão transcritas).

Já a segunda fase contempla a exploração do material, onde as unidades de codificação serão escolhidas. Estas unidades de codificação compreendem as unidades de registros e as escolhas das categorias que serão analisadas. A partir dessa codificação, teremos a etapa de classificação e categorização.

Por fim, na terceira fase será realizado o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação. Quando as informações são destacadas para serem analisadas, em um momento de intuição e de análise crítica e reflexiva.

No que se refere às questões éticas de pesquisa, foram verificadas as Resoluções nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 e nº 510, de 07 de Abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que contêm aspectos éticos que devem ser cuidadosamente observados em pesquisas envolvendo seres humanos. Para tal, na presente pesquisa, foi aplicado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que considera a livre participação do sujeito e será apresentado às participantes, lido e assinado em duas vias, sendo que uma ficará com o entrevistador e a outra com o entrevistado.

Além disso, as gravações das entrevistas foram devidamente autorizadas pelas participantes, transcritas e armazenadas sob responsabilidade da pesquisadora e da orientadora responsável, pelo prazo de cinco anos. A identidade das participantes será preservada; as entrevistas serão identificadas apenas através de números sequenciais. Tais números serão utilizados durante todas as etapas da pesquisa e posteriormente na análise final.

Os riscos nesta pesquisa são mínimos. As questões abordadas podem suscitar sentimentos que provoquem emoções ou desconforto às participantes. Como benefício, a pesquisa possibilitará reflexões acerca dos objetivos da formação em serviço, bem como produção de conhecimento sobre a problemática da formação em saúde dos assistentes sociais egressos dos programas de Residência em Saúde.

O presente trabalho está dividido em quatro partes. Primeiramente, apresentam-se essas **notas introdutórias**, que apresentam ao leitor a trajetória resumida da autora e como esse caminho influenciou na escolha pelo tema a ser estudado; além disso, demonstra-se o percurso metodológico, para que o leitor compreenda o caminho a ser percorrido durante a realização da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão apresentados no decorrer do texto, a partir da discussão

teórica relacionada diretamente com as falas das participantes da pesquisa. Acredita-se que os trechos das falas das participantes ilustram de maneira muito rica a discussão e trazem para o centro do trabalho o protagonismo daquelas que tornaram possível a realização deste trabalho.

Nesse sentido, o **segundo capítulo** (que está dividido em dois subcapítulos) traz ao leitor a discussão sobre a trajetória e a consolidação da Residência Multiprofissional no Brasil e suas relações com o desenvolvimento das políticas sociais e dos movimentos sociais do setor saúde. Além disso, também aborda a questão da categoria trabalho como protagonista para a discussão da formação em serviço, trazendo as falas das participantes para ilustrar as problematizações suscitadas, bem como sobre o papel dos residentes no desempenho desse trabalho.

O **terceiro capítulo** (que está dividido em três subcapítulos) traz, em seu escopo do texto, uma análise do perfil das participantes da pesquisa e seus locais de atuação profissional, através da discussão com os referenciais teóricos da pesquisa. Além disso, também aprofunda o debate sobre a precarização das políticas sociais e suas relações com a terceirização da saúde e seus atravessamentos no mercado de trabalho. E por fim, traz o que as participantes da pesquisa apontaram como aprendizado do processo de realização da Residência e as contribuições dessa pós-graduação na sua prática profissional.

No delongar, então, são apresentadas algumas **considerações finais**, apontando as problematizações centrais do trabalho, bem como as propostas de devolução dos resultados para as participantes da pesquisa e proposições resolutivas a respeito da temática, visando a contribuição deste processo formativo que se configura a Residência.

Por fim, a pesquisa foi encaminhada e aprovada pela Comissão Científica da Escola de Humanidades. Posteriormente, foi enviada para a Plataforma Brasil e para comissão do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, para o aceite da aplicação da pesquisa. A presente pesquisa foi aprovada, em 8 de Setembro de 2022, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul por intermédio do número CAAE: 62714722.7.0000.5336.

2 FORMAÇÃO EM SERVIÇO COMO ESTRATÉGIA DE SUBSTITUIÇÃO DE PROFISSIONAIS: Problematizações acerca dos Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde

Neste capítulo, será abordado o histórico do surgimento dos Programas de Residência no Brasil, focando no contexto da Reforma Sanitária e do surgimento do Sistema Único de Saúde, bem como sobre algumas problematizações pertinentes em relação à essa modalidade de formação em serviço.

Para isso, se faz necessário, em um primeiro momento, resgatar os aspectos essenciais da formação do Brasil enquanto país de economia dependente, bem como resgatar o contexto do surgimento das políticas sociais e seus significados. A partir disso, vamos, gradativamente, trazendo o contexto da Reforma Sanitária e do surgimento do Sistema Único de Saúde como pano de fundo para o surgimento, a instauração e a evolução do aporte legal referente à Residência Multiprofissional em Saúde.

Em um segundo momento, aprofunda-se o debate em relação à conjuntura atual, utilizando autores como Dardot e Laval (2016) para compreender a definição de neoliberalismo, bem como Marx (2017) para a discussão em relação ao mundo do trabalho que contempla a residência multiprofissional. Além disso, serão trazidos alguns pontos essenciais para uma compreensão crítica em relação à realidade da residência, para que possamos analisá-la sob “uma lente de aumento”, identificando, concomitantemente, suas contradições e potencialidades.

Importante ressaltar que a organização adotada é puramente para guiar o(a) leitor(a), para que seja possível seguir uma linha de pensamento em relação aos achados e à produção teórica. Entende-se que todos os elementos trabalhados no texto estão relacionados e de alguma forma convergem ao debate sobre formação em serviço.

2.1 “OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA ELES VIERAM PARA MARCAR A IMPORTÂNCIA DO SUS, PARA MANTER O SUS VIVO”: resgate histórico e conceitual da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde

Inicia-se esta parte do trabalho, que visa a abordar o histórico do surgimento da residência enquanto formação, contextualizando o Brasil em escala mundial, como se deu o seu desenvolvimento em relação às políticas públicas e sociais, bem como com um breve resgate sobre a educação em saúde no país. Opta-se por esta localização do país em escala macroscópica, pois entende-se que nada pode ser analisado isoladamente, e todo o contexto do surgimento da Residência possui influências que vão além daquelas imediatas e mais recentes.

Konder (1981) afirma que a dialética “é o modo de pensarmos as contradições da realidade, o modo de compreendermos a realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação” (KONDER, 1981, p. 8). A compreensão de *totalidade* “é mais do que a soma das partes que a constituem” (KONDER, 1981, p. 37). Para Konder, totalidade pode ser definida como uma “visão de conjunto”, como um processo de constante mudança e compreensão do todo, em todas as realidades constitutivas interligadas. Nesse sentido

Para reconhecer as *totalidades* em que a realidade está efetivamente articulada (em vez de inventar totalidades e procurar enquadrar nelas a realidade), o pensamento dialético é obrigado a um paciente trabalho: é obrigado a identificar, com esforço, gradualmente, as *contradições* concretas e as *mediações* específicas que constituem o “tecido” de cada *totalidade*, que dão “vida” a cada *totalidade*” (KONDER, 1981, p. 46)

Além da compreensão da totalidade, importante também destacar o entendimento de *historicidade* que, segundo Closs (2015)

Demarca o caráter histórico do real, em permanente transformação, em constante devir, ou seja, vir a ser. Essa categoria implica analisar os fenômenos à luz da história, contextualizá-los, buscando apreender os processos, as relações que o engendram, bem como sua processualidade, tendo em vista identificar tendências em curso (CLOSS, 2015, p. 21).

É a partir dessas compreensões que se inicia o texto trazendo, brevemente, o contexto histórico do Brasil em relação à origem das políticas públicas e sociais, e como o setor saúde foi se delineando no decorrer dos anos. Segundo Pereira (2012), “a política social brasileira tem particularidades que devem ser observadas. [...] As definições e os rumos da política social não estão imunes a influências internacionais hegemônicas” (PEREIRA, 2012. p. 730). Diante disso, é necessário contextualizar os acontecimentos mundiais e também os acontecimentos nacionais, concomitantemente, para uma compreensão mais completa da formação das políticas sociais e seus significados.

Nos países considerados dominantes, europeus, no período pós II Guerra Mundial (pós

1945), o Estado de bem-estar social (Welfare State) caracterizou-se por princípios dos direitos sociais universais, igualitários e solidários (COUTO, 2010). Porém, segundo a autora

Se o projeto de Estado de bem-estar social teve sua imagem vinculada ao sucesso do período de acumulação capitalista do pós-guerra, foi também esse mesmo projeto acusado de ser o responsável pela crise enfrentada pelo capitalismo na década de 1970 (COUTO, 2010, p. 67).

Segundo Boschetti (2016), importante destacar a diferenciação de Estado de bem-estar social e Estado Social (termo que a autora adota para realizar a discussão da realidade brasileira). Para a autora, o uso do termo Estado social se torna mais apropriado visto que explica “a natureza do Estado capitalista que se erigiu após a crise de 1929 e se expandiu após a Segunda Guerra Mundial nos países do capitalismo central e periférico” (BOSCHETTI, 2016, p. 31).

Para a autora, ao visar a regulação econômica e social no capitalismo tardio, “não significa atribuir ao Estado uma natureza anticapitalista (BOSCHETTI, 2016, p. 24). Realizar essa discussão traz à tona a importância da compreensão da contradição para a compreensão da realidade, sendo reconhecida “como princípio básico do movimento pelo qual os seres existem” (KONDER, 1981, p. 49). Dessa maneira, a contradição, sendo condição do desenvolvimento de mudanças, da luta dos contrários que compõe a realidade e da totalidade, é essencial para o desvelamento daquelas. E como nos traz Closs

[...] mais do que tensão e antagonismo, refere-se a aspectos contrários que são inter-relacionados, a uma oposição inclusiva que engendra transformações, superação. Essa categoria aponta para a necessidade do desvendamento de tais oposições presentes na realidade, as quais, em si, são criadores e demarcam também a dinâmica dos fenômenos (CLOSS, 2015, p. 21)

Isto posto, entende-se que esse Estado social que é fundamental para o capitalismo

é permeado por relações contraditórias. Por um lado, se mostrou historicamente imprescindível na criação de condições objetivas de reprodução e integração da força de trabalho e reprodução ampliada do capital, ou seja, como um elemento indispensável na manutenção das relações de produção capitalista. Por outro, a ampliação de direitos trabalhistas e sociais decorrente da luta da classe trabalhadora assegurou a esta o acesso a bens e serviços antes inexistentes, como aposentadorias, seguro saúde, seguro-desemprego, educação, moradia, transporte (BOSCHETTI, 2016, p. 49)

Dito isso, o que se pretende a partir de agora é destacar o percurso das políticas sociais brasileiras, compreendendo que esse caminho se inicia em um momento histórico em que os países dominantes já vivenciavam fortes interferências neoliberais nas políticas sociais, vendo-as como prejudiciais para a manutenção do capitalismo. Dessa forma, Ribeiro afirma que

Na América Latina, não se reproduziram aquelas condições de universalização das políticas sociais vistas nos Estados europeus do pós-guerra, as políticas sociais compensatórias são uma realidade histórica. O subdesenvolvimento foi condição de existência e desenvolvimento do capitalismo monopolista no centro imperialista, gerando no continente latino-americano uma população trabalhadora alijada das relações de trabalho formais e regulamentadas (RIBEIRO, 2021, p. 390-391).

O que Ribeiro (2021) afirma é que para compreender as políticas sociais é necessário identificar o Brasil como economia dependente, o que significa que “a política social adquire traços específicos em razão da herança do colonialismo e, posteriormente, da dependência que se funda após as independências formais sob as determinações da transferência internacional de valor” (RIBEIRO, 2021, p. 387).

Tal constatação é reforçada por Evangelista (2021), que afirma que no caso latino-americano, “a sociedade burguesa encontra seus embriões de desenvolvimento nas mudanças e transformações econômicas impostas pelos países centrais do capitalismo do século XIX” (EVANGELISTA, 2021, p. 88).

Importante destacar que o Brasil hoje é um país urbano e industrializado, porém sua história remete a uma realidade rural, agrícola, restrito às elites e voltado para o exterior. Mesmo após a independência “isso não significou um divórcio com o progressismo positivista, sempre presente na ordem nacional, desde o Império” (PEREIRA, 2012, p. 732). Essas características estão intrínsecas na formação sócio-histórica da nossa sociedade e das nossas políticas, e que devem ser constantemente lembradas. Além disso, “o Brasil Colônia está articulado com o processo de acumulação primitiva do capital da Europa Ocidental” (EVANGELISTA, 2021, p. 88).

Desse modo, com o que foi exposto anteriormente, é possível identificar e traçar as características que determinaram o surgimento das políticas sociais no Brasil, localizando-o como um país dependente dentro da esfera global. Nesse sentido, “a permanência do desenvolvimento desigual interno tornou-se vantajoso para a elite brasileira se adaptar às transformações capitalistas de fora para dentro” (EVANGELISTA, 2021, p. 89).

Vemos que, historicamente, na história do país, as primeiras legislações instauradas não tiveram o objetivo fim de promover igualdade e cidadania. Conforme nos demonstra Ribeiro (2021), após a independência no Brasil em 1822, diversas leis foram implementadas para regular trabalho, terras e outros. Destaca-se aqui a Lei de Terras (1850) e a Lei Eusébio de Queiros (1850). Não convém para o presente trabalho aprofundá-las, porém ressalta-se que, implementadas quase que concomitantemente, elas se contradizem no sentido de que libertam os escravos, mas os impossibilitam de obter terras tanto no campo como na cidade.

Percebe-se, com isso, que a história do Brasil sempre foi conformada a partir dos interesses da classe dominante, à época ainda sobre influência da Coroa e do Imperialismo Inglês. Dessa maneira, foi garantida a força de trabalho desejada pela classe dominante, à

medida que os escravos são “libertados”, porém não possuíam nenhum direito civilizatório, gerando assim um ciclo que não se quebrou.

Especificamente na área da saúde, o que antes era pautado apenas na filantropia e na prática liberal, ganhou a atenção estatal entre as décadas de 20 e 30, a partir das transformações políticas e econômicas, como a industrialização das grandes cidades e o nascimento do movimento operário. Na ocasião, questões como higiene e saúde do trabalhador entraram em foco, dando rumo a algumas medidas “que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a criação das Caixas de Aposentadora e Pensões (CAPs) em 1923” (BRAVO, 2009, p.90)

A Lei Eloy Chaves, de 1923 instaura as Caixas de Aposentadoria e Pensão, que legitima os direitos trabalhistas e previdenciários apenas para categorias de trabalhadores envolvidos diretamente na produção e circulação do café. Isso faz com que seja possível constatar que “este fato chama especial atenção, posto que demonstra explicitamente como a política social já se conforma e consolida pautada pelos interesses do capital, como elemento constitutivo da hegemonia burguesa” (RIBEIRO, 2021, p. 395).

Segundo Pereira (2012), “foi em meio a essa reorganização econômica, social e política que a política social no Brasil se instituiu, nos anos 1930, associada fortemente a direitos sociais reivindicados por trabalhadores organizados” (PEREIRA, 2012, p. 732). É indiscutível identificar tal constatação nos marcos históricos a seguir demonstrados.

Segundo Paim et al, “o modelo de intervenção do Estado brasileiro na área social data das décadas de 1920 e 1930” (PAIM *et al*, 2011, p. 14), quando os direitos civis e sociais, ou seja, o acesso à saúde, por exemplo, estavam vinculados à posição do indivíduo no mercado de trabalho, e não contemplavam uma perspectiva universal.

Entre os períodos do Governo Vargas (1930-1945) e dos governos militares (1964-1985), houve uma expansão do sistema de proteção social brasileiro, porém as tomadas de decisão aconteciam sem a participação da sociedade. Ainda permanecia a cobertura do direito à saúde vinculado à inserção no mercado de trabalho, por intermédio dos institutos de aposentadorias e pensões. Já nos governos militares houve um aumento considerável do setor privado de saúde, o que vai de encontro com a concepção de Estado que aquele período sustentava (PAIM *et al*, 2011).

Como marcos decisivos para a política social brasileira, temos a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), de 1943, e a Constituição Federal de 1988, porém nesse meio tempo é realizado o golpe civil militar que instaura a Ditadura Militar a partir de 1964.

A CLT forneceu acesso a serviços e direitos apenas para aqueles com vínculos formais de trabalho, que na época não eram a maioria da população brasileira, o que significou a manutenção de uma cidadania “restrita aos limites da hegemonia burguesa” (RIBEIRO, 2021, p. 396), ao passo que grande parte da população permaneceu sem acessar os direitos sociais. No período da ditadura militar “a política social foi amplamente utilizada como compensação ao cerceamento dos direitos civis e políticos, praticado pelo Estado, e que [...] deu continuidade à industrialização desenvolvimentista do país” (PEREIRA, 2012, p. 733).

No período da ditadura civil-militar

o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder da regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2009, p. 93)

Sendo assim, houve um declínio do que já tinha sido conquistado na questão da saúde pública, ao mesmo tempo que a medicina previdenciária cresceu, corroborando o projeto vigente na época. Além disso, “a medicalização da vida foi imposta” (BRAVO, 2009, p. 93), e a saúde pública adotou ações de cunho curativos, predominantemente comandadas pelo setor privado.

Já no período dos anos de 1970 e 1974, houve uma expansão significativa de hospitais privados, concomitantemente com os sindicatos e entidades filantrópicas sendo responsáveis pela oferta da assistência à saúde a trabalhadores rurais. Nesse sentido, a cobertura por meio de planos de saúde privados expandiu, o que acabou gerando uma crise da previdência social, o que, combinada com outros fatores, gerou anseios pela reforma no setor saúde (PAIM *et al*, 2011).

Com o fim da Ditadura Militar e com o processo de democratização do país, a sociedade brasileira passou por diversas mudanças, e a saúde “deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (BRAVO, 2009, p. 95). O desenvolvimento do setor saúde nesse contexto de democratização será aprofundado adiante, porém destaca-se que, após a Ditadura Militar, a Constituição Federal

apresentou um conjunto de mudanças no que se refere às políticas sociais, abrangendo setores que até então não tinham quaisquer garantias de direitos. Embora a legislação apontasse para o princípio da universalidade, isso nunca chegou a ser implementado (RIBEIRO, 2021, p.398)

Importante destacar, nesse sentido, que a Constituição Federal de 1988 surge na contramão dos países europeus, considerados o berço da política social, onde, nessa época, já se aplicavam medidas de um Estado Mínimo, a fim de ir contra os direitos sociais (PEREIRA,

2021). A referida autora ainda reitera que, nesse sentido, as políticas sociais, mesmo que recentes, não tinham o objetivo fim de promoção de cidadania, e sim responder aos interesses do capital, conformados com a situação mundial de ostensiva desse regime. Além disso,

Esse descompasso histórico e civilizatório entre a política social brasileira e a dos países capitalistas centrais, que conheceram os chamados anos gloriosos da proteção social pública, abalou sensivelmente a utopia nacional de instituir, pela primeira vez, um regime de bem-estar, mediante o qual políticas universais na área da saúde e educação pudessem ser realizadas, a pobreza extrema (pelo menos esta) fosse, de fato, minimizada, e o trabalho se tornasse valorizado e protegido, além de a população poder participar diretamente do controle das políticas públicas, por meio de mecanismos de democracia participativa, também previstos na Constituição Cidadã (PEREIRA, 2012, p. 737)

Nessa perspectiva, é possível compreender o motivo pelo qual as políticas sociais assumem um papel focalizado, fragmentado e privatizado, na medida em que a ostensiva neoliberal assume total controle pelas medidas adotadas pelo Estado brasileiro a fim de favorecer o mercado e o sistema capitalista. Por esse motivo que Ribeiro (2021) afirma que

as políticas sociais no Brasil são materializadas sob condições bastante restritas. Como elementos constitutivos da hegemonia, o fundo público e as políticas econômicas e sociais adquirem características particulares devido a transferência de valor dos países dependentes aos imperialistas (RIBEIRO, 2021, p. 402).

É nesse contexto de ostensiva neoliberal, em que “o enfrentamento das desigualdades, via intervenção do Estado, é considerado indesejável” (COUTO, 2010, p. 69), que as políticas sociais vão sendo dizimadas e substituídas pela caridade, pelo terceiro setor e ações da sociedade civil.

Entretanto, é nesse cenário que vemos a Residência Multiprofissional em Saúde surgir ancorada na Constituição Federal de 1988 e também na Lei Orgânica de Saúde – SUS de 1990. Apesar dos avanços que elas representam, é imprescindível analisá-las sob o viés de política localizada dentro de um contexto neoliberal e de um país economicamente dependente, como destacado no início deste capítulo.

Silva (2016) nos sinaliza que a ideia de modalidade de ensino chamada residência surgiu, no final do século XIX (nos anos de 1889 e 1890), nos EUA, vinculado à medicina, como uma proposta de especialização da classe médica, no Hospital John Hopkins. A novidade dessa modalidade de ensino consistia no fato de que esses médicos em especialização residiam no hospital, disponibilizando todo seu tempo ao programa, denominando-o como “residência” (SILVA, 2016).

Já no Brasil, conforme Silva (2016), a primeira residência médica é datada de 1944, vinculada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; em seguida surge, em 1948, o programa de residência do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Essa prática

se iniciou no Brasil por intermédio da “experiência de médicos que realizavam estágios em hospitais estadunidenses e voltavam ao Brasil” (SILVA, 2016, p. 121). No início, poucos médicos recém-formados optavam pela especialização, porém já nas décadas de 1960 e 1970, houve uma expansão do surgimento de diversos programas ligados a diversas especialidades, disseminando esse tipo de formação.

Nos anos 1970 (Parecer nº 576 do CFE), 1977 (Decreto nº 80.281) e 1981 (Lei nº 6.932/81), a modalidade de Residência Médica é reconhecida como sistema pedagógico ideal para a formação médica, e é regulamentada como pós-graduação a partir de treinamento em serviço com definição de carga horária de 60 horas semanais, constituída também de atividades teórico-práticas de no mínimo 10% e no máximo 20% de sua carga horária (SILVA, 2016).

Silva (2016) nos coloca que a discussão sobre os possíveis mecanismos de exploração dessa modalidade de especialização já era discutida no surgimento da residência médica, destacando que “a figura do residente diminuía (e diminui) os gastos com o corpo médico fixo, além de promover uma renovação bianual dessa força de trabalho” (SILVA, 2016, p. 124).

Já no campo da enfermagem, temos o surgimento do primeiro Programa de Residência em Enfermagem em 1961, no Hospital Infantil Morumbi na cidade de São Paulo. Posterior a isso, temos a partir de 1973 a segunda experiência nessa modalidade de ensino, que disseminou também nessa categoria profissional a residência como opção de especialização (CARNEIRO *et al*, 2021).

Porém, é em 1977 que temos o registro da experiência que é considerada a primeira residência multiprofissional do Brasil. A Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS) criou, em 1976, o Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária, desenvolvida no Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM), que tinha como proposta “formar profissionais com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública, com perfil humanista e crítico, com competência para uma resolubilidade das necessidades de saúde da comunidade” (BRASIL, 2006, p. 5).

Em 1977, foram integrados ao programa profissionais assistentes sociais, enfermeiros e médicos veterinários, dando início à Residência Integrada em Saúde Coletiva, que “tratava-se de uma formação desenvolvida no campo da atenção básica, sendo uma inovação o trabalho e a formação em saúde a partir de uma equipe multiprofissional” (SILVA, 2016, p. 127). A autora ainda nos traz a seguinte reflexão

O caráter inovador da residência integrada e multiprofissional do CSEM da ESP/RS assenta-se em um conjunto de elementos, dentre eles: o fato do desenvolvimento, em meados dos anos 1970, de uma residência multiprofissional na atenção básica, campo não prioritário para a atenção em saúde no Brasil daquele tempo; a própria ideia de

que as necessidades de saúde de uma determinada população não passam apenas por atendimentos de médicos e enfermeiros que outros profissionais são fundamentais se o objetivo for a produção de saúde. Tal premissa contraria uma lógica de poder simbólico instituído, tanto no que se refere à figura do médico, como na forma de entender a complexidade das necessidades de saúde do “paciente”, o usuário/população; outro elemento é a percepção de que a integração na formação em saúde opera como potencializador no processo de ensino a partir da prática, podendo contribuir para a desfragmentação das práticas em saúde (SILVA, 2016, p. 128)

Além da experiência do Murialdo da ESP/RS, outras experiências também foram consideradas pioneiras naquela época, como o Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública (PAR-MP/MS/SP), criada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), como também o Treinamento Avançado em Serviço (TAS) da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ) (BRASIL, 2006; CARNEIRO *et al*, 2021).

As experiências retratadas anteriormente foram pioneiras no contexto da formação em saúde, porém foi no contexto da redemocratização do país, a partir de meados da década de 1980, que a proposta de reforma do setor saúde no Brasil começou a ganhar forma. A população denunciou suas condições de saúde, o centralismo autoritário do regime militar e propôs alternativas para a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática. Além disso, a saúde começou a ser debatida não como exclusivamente uma questão biológica, e sim a partir do campo das ciências sociais e humanas. Neste sentido, o movimento da reforma sanitária surgiu como um movimento político e com a proposta de repensar o sistema de saúde.

Vale ressaltar que esse movimento foi conduzido pela sociedade civil, por intermédio de movimentos de base, população da classe média, sindicatos, professores e profissionais da saúde. O movimento da Reforma Sanitária surge, então, como resistência e com o objetivo de transformar um modelo de formação hospitalocêntrico centrado na doença apenas como fator biológico, a fim de propor um conceito ampliado de saúde (PAIM *et al*, 2011). Além disso, eram reivindicações e temas de debates do Movimento da Reforma Sanitária: a universalização do acesso à saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local pela determinação de novos mecanismos de gestão (BRASIL, 2013).

Porém, é importante salientar que, conforme a conjuntura da época nos explicita, “a reforma do setor saúde no Brasil, estava na contramão das reformas difundidas naquela época no resto do mundo, que questionavam a manutenção do estado de bem-estar social” (PAIM *et al*, 2011, p. 18).

Foi em 1986, por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que a proposta da Reforma Sanitária foi concretizada, a partir da aprovação do conceito de saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. Além disso, foi nesta conferência que se delineou os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), com base no desenvolvimento de várias estratégias administrativas organizacionais, sendo considerado o grande evento fundador do SUS.

Após a Conferência, foi durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988), que o movimento da reforma sanitária concretizou suas reivindicações, quando foi elaborada a nova Constituição Federal de 1988.

A Constituição Federal de 1988, considerada a Constituição Cidadã, legitima os princípios de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, além de reafirmar que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Traz como diretrizes da política de saúde a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Após a Constituição, é em 1990 que a Lei nº 8.080 é promulgada, regulando o Sistema Único de Saúde, discorrendo sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Nela, encontramos os 13 (treze) princípios que devem ser desenvolvidos nas ações e serviços de saúde. Destes, destacam-se a universalidade do acesso; a integralidade de assistência; a igualdade da assistência; a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa (BRASIL, 1990)

Segundo Closs (2013), para além do desafio da universalização e da garantia da saúde como direito, a Lei Orgânica da Saúde propõe o desafio de uma “mudança qualitativa do fazer saúde” (CLOSS, 2013, p. 55). E essa mudança, segundo a autora, acontece através de “iniciativas voltadas para a inovação no plano assistencial que tenham como foco a integralidade na atenção às necessidades de saúde” (CLOSS, 2013, p. 56).

Nesse sentido, o SUS traz, em seu Art. 27º, que “a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo” (BRASIL, 1990), e tem, como um de seus objetivos a “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (BRASIL, 1990). Dessa maneira, é imprescindível destacar a importância das mudanças que ocorreram também no que diz respeito à formação dos profissionais de saúde. Assim

A superação do inoperante e restritivo modelo hospitalocêntrico e biomédico requer que os princípios seminais do SUS avancem para além dos marcos legais e instaurem-se também no cotidiano das práticas de saúde. Cotidiano este que constitui um espaço privilegiado para a análise e a construção de práticas e estratégias

profissionais e de políticas capazes de transpor o modelo médico assistencial hegemônico na direção de uma política de saúde efetivamente assentada na equidade e na justiça social (SILVA; MENDES, 2013, p. 50)

A partir dessa compreensão, diversos movimentos em prol de discussões a respeito de reformulações dos currículos e da formação em saúde aconteceram. Mais precisamente, entre 2001 e 2004, as diretrizes nacionais para os cursos de graduação da área da saúde foram aprovadas, afirmando que “a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde” (CECCIM; CARVALHO, 2005, p. 77).

Então, foi a partir da 12ª Conferência Nacional de Saúde de 2003, que foi sinalizado a necessidade de uma regulamentação específica para a residência multiprofissional, que culminou na Portaria nº 198/GM/MS, do Ministério da Saúde, de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A Educação Permanente em Saúde prevê a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações.

Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde, desde o nível técnico até a pós-graduação, tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e transformem as práticas profissionais e a própria organização do trabalho (BRASIL, 2004; 2007). Nesse sentido, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde visa a contribuir para a transformação e a qualificação dos serviços de saúde, da organização das ações e principalmente os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (VARGAS; BELLINI, 2012 p.66).

Além disso, a relevância de iniciativas direcionadas à qualificação dos trabalhadores do SUS

[...] é demarcada pela necessidade de mudanças no processo de trabalho e no modelo assistencial em saúde, tendo em vista efetivar práticas qualificadas, que contemplem o conceito ampliado de saúde e a integralidade da atenção (CLOSS, 2013, p. 29).

Nesse contexto, a Residência em Área Profissional da Saúde foi instituída, no Brasil, a partir da Lei nº 11.129 de 2005, que a define como pós-graduação *lato sensu*, “voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde” (BRASIL, 2005). Além disso, tal lei afirma que a residência deverá favorecer a inserção qualificada de profissionais no SUS, bem como deverá ser realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde. Nesse sentido, a formação em serviço mostra-se como uma proposta apropriada, “pois permite articular gestão, atenção, ensino e controle social no enfrentamento dos problemas concretos de cada equipe de

saúde em seu território geopolítico de atuação” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 51).

Ainda, o programa de residência objetiva a superação da fragmentação e segmentação do conhecimento e do cuidado/atenção em saúde, visando a

VII - integração de saberes e práticas que permitem 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 em saúde (MEC/MS, 2009)

Outras portarias também foram implementadas a fim de regulamentar o funcionamento de tal programa. A Portaria nº 1.111, de 2005, que visa a fixar as normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, e a Portaria Interministerial nº 2.117, também de 2005, que institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde.

Porém, é com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, que a residência é estabelecida e definida. Conforme o Art. 1º, que traz a residência como um curso de especialização por ensino em serviço, que possui carga horária semanal de 60 horas e possui duração mínima de dois anos; e o Art. 2º traz que o Programa de Residência será orientado pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, seguindo 12 eixos norteadores.

Percebe-se, assim, que a potencialidade do programa de residência consiste em

sintonizar trabalho e formação, bem como em situar as necessidades de saúde da população usuária como eixo norteador da qualificação de profissionais de saúde, tomando o cotidiano dos serviços do SUS como lócus de ensino e aprendizagem (CLOSS, 2013, p. 24)

Pois como nos demonstra a Participante 07

Quando a gente estava na aula de eixo transversal, revisando o que nós (assistentes sociais) vimos na graduação, a gente se dá conta que tem categorias profissionais que nunca estudaram o SUS ou leram a legislação do SUS. Então não sei se as graduações não estão um pouco defasadas em trabalhar uma base mais forte sobre o SUS e sobre o trabalho no SUS (Participante 07)

Dessa maneira, percebe-se que o programa de residência pode ser considerado “um modelo inovador de ensino em serviço, pois almeja ultrapassar a visão reducionista de saúde direcionada ao cuidado biológico individual e descontextualizada de sua produção social, cultural e histórica” (OLSCHOWSKY; FERREIRA, 2008, p. 141).

Nesse sentido, a residência pode ser entendida como uma formação para

além do aperfeiçoamento técnico, mas como uma ação política, na qual os atores devem desenvolver a capacidade de trocar diferentes olhares à promoção de saúde, encarando limites e considerando o homem e as relações de vida social (OLSCHOWSKY; FERREIRA, 2008, p. 145)

Concorda-se com Vargas (2011), quando o autor afirma que a Residência tem sua potencialidade na transformação de práticas hegemônicas no cotidiano dos serviços, na vivência do trabalho e na possibilidade de construção de novos perfis profissionais. Nesse sentido

Trata-se de uma modalidade estratégica de formação para os trabalhadores, tendo em vista seu potencial para transformar práticas hegemônicas nos serviços de saúde. Essa formação prevê a inserção efetiva no cotidiano do exercício profissional na saúde, das diferentes categorias profissionais envolvidas, somada à constituição de espaços de discussões sobre o trabalho desenvolvido, onde a realidade é problematizada a fim de construir aprendizagem significativa e desencadear mudanças nas ações e no perfil dos profissionais da saúde (VARGAS, 2011, p. 12)

Ainda nessa perspectiva, corroborando com o entendimento de que a residência multiprofissional é uma estratégia de educação interprofissional, com potencial de produzir melhores resultados na atenção à saúde, Peduzzi *et al* (2020), apontam que a constituição de equipes interdisciplinares e interprofissionais

É uma perspectiva que tem como pressupostos: a superação da fragmentação do trabalho e da individualização biomédica; a busca da reconstituição da integralidade do trabalho coletivo em saúde; e a qualificação do conjunto dos profissionais sob esses signos que visa democratizar o contexto do trabalho e efetivar integralmente o cuidado (PEDUZZI *et al*, 2020, p. 5)

Esse resgate do aporte legal em relação à origem da residência e sua instauração na realidade brasileira, traz reflexões pertinentes em relação à qualidade da formação que tem se oferecido aos profissionais de saúde que acessam tal pós-graduação. Além disso, o potencial que residência possui em oportunizar trocas entre profissionais de diversas áreas de atuação não é medida em palavras, decretos ou portarias, conforme traz a autora

É sob essa perspectiva que apreendemos a necessidade de reorientação da formação de recursos humanos para o SUS, voltada para a promoção da saúde, com foco na integralidade e na intersetorialidade, e comprometida com a gestão democrática e a interdisciplinaridade. A residência multiprofissional pode ser uma importante contribuição nesse sentido, ao propiciar a vivência intensiva nos serviços e propor um eixo integrador entre as diferentes áreas profissionais, e potencialmente capaz de articular as diferentes profissões entre si, promover a reflexão sobre o cotidiano de execução da política e contribuir para o estranhamento de relações institucionais verticais, naturalizadas e cristalizadas (MENDES, 2013, p. 183-184)

Com o que foi exposto até agora, é possível identificar a potência do Programa de Residência Multiprofissional e todo o caminho percorrido para termos uma pós-graduação fortemente instaurada no cenário brasileiro e que contribui para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, formando profissionais altamente qualificados e críticos em relação à política de saúde e um olhar ampliado em relação à compreensão da saúde. Claro que não se adota uma compreensão ingênua deste programa, até porque o próximo passo é levantar algumas

problematizações em relação a alguns aspectos, porém entende-se que é necessário fazer esse reconhecimento da potencialidade dessa modalidade de formação.

Além disso, visualizá-la em todo processo histórico, tanto da educação quanto da saúde, nos auxilia a compreender os movimentos que foram realizados e os motivos pelos quais a história vem se conformando dessa maneira. Para corroborar essa contextualização e os objetivos da residência multiprofissional, coloca-se em evidência algumas falas das participantes da pesquisa, que demonstram o que foi discutido:

[...] Eu acho que os programas de residência eles vieram pra, como é que se diz? *Pra marcar a importância do SUS* assim sabe, e eu acho que ter residência *além de ter a possibilidade de qualificar os serviços, tu também consegues manter o SUS vivo*. Eu acho que a força dos residentes ali se movimentando e defendendo que também consegue manter, tanto os programas quanto o próprio Serviço de Saúde, e de demonstrar a importância do SUS pra população (Participante 03, grifos nossos)

[...] a residência me trouxe essa possibilidade de *conhecer mais de perto o SUS e de estar de um outro lado que até então eu nunca tinha estado, como profissional da saúde*. [...] Mas assim, gosto mais do SUS hoje em dia do que de repente antes assim. Compro briga, faço com que lutem pra que ele fortaleça cada vez mais. Que eu acho que é uma coisa linda comparando [...] aquele velho discurso *'não existe em nenhum lugar do mundo nada como nosso querido e amado SUS'*. (Participante 06, grifos nossos)

A residência me ajudou a compreender a importância do SUS, do trabalho no território, o quanto o trabalho em equipe tem impacto positivo para o território, porque a Unidade de Saúde ela é referência para as pessoas. E se tu tens uma base boa de atenção básica, tu diminui muito os atendimentos na média e na alta complexidade. Isso foi essencial para entender que o trabalho de base é o fundamental mesmo (Participante 01)

Percebe-se, através desses três fragmentos de falas, que a realização da residência, significa a reafirmação do SUS e seu reconhecimento enquanto política pública para a população. É possível identificar que, de alguma maneira, os objetivos do programa, bem como alguns dos princípios do SUS, estão sendo concretizados através das experiências das participantes da pesquisa.

Isso nos impulsiona a permanecer nesse processo de reafirmação e problematização em relação à residência multiprofissional como política de educação permanente e de formação de recursos humanos para o SUS, mesmo com as dificuldades e percalços em relação à realidade capitalista neoliberal em que se insere (questões que serão abordadas posteriormente). As falas das participantes demonstram que o Programa de Residência Multiprofissional cumpre seu papel de fortalecer o sentido de defesa da saúde enquanto política pública universalizante e integral, sob viés democrático, sendo resistência ao movimento do projeto privatista da saúde, em voga há décadas e que será abordado a seguir.

2.2 “BOTA TUDO NA CONTA DO RESIDENTE”: reflexões em relação à sobrecarga de trabalho e o excedente de carga horária

Para essa parte do trabalho, pretende-se problematizar a Residência Multiprofissional como formação em serviço, dando foco à categoria trabalho como central para a discussão, bem como trazendo em cena a discussão dos dois projetos de saúde vigentes (e em constante disputa) no cenário brasileiro. Entende-se que, para tal, também é necessário compreender a conjuntura atual e de que maneira ela interfere diretamente na qualidade da formação oferecida, na materialização das políticas sociais, nas condições de trabalho e em todos os aspectos que englobam o cenário da residência multiprofissional e do trabalho profissional. Pois como enfatiza a autora “a formação via Residência não pode ser discutida sem considerarmos as facetas da política de saúde brasileira e sua relação com o desenvolvimento do capitalismo no Brasil” (SILVA, 2020, p. 151).

Nesse sentido, entende-se que a formação pelo trabalho oferecida pela modalidade Residência “se dá em um processo social e histórico, sendo fundamental apreendê-la não somente por si mesma, mas à luz de problematizações que possibilitem mediações com a totalidade” (SILVA, 2020, p. 152). Nesse sentido, a mediação se apresenta como a possibilidade de articulação dos processos históricos, para que nosso conhecimento da realidade se aprofunde, entendendo que

para nós podermos ir além das aparências e penetrar na essência dos fenômenos – precisamos realizar operações de síntese e de análise que esclareçam não só a dimensão imediata como também, e sobretudo, a dimensão mediata delas (KONDER, 1981, p. 47)

Dessa forma, tem-se a mediação como o caminho de ir além do real, de decodificar, através de sucessivas aproximações com essa realidade, o que é possível encontrar além do aparente, e também como a possibilidade de intersecção com a totalidade.

Como demonstrado anteriormente, o SUS foi instituído em um cenário de intensas lutas sociais por garantia de direitos, o que, em escala global, foi na contramão do movimento vigente nos países desenvolvidos, que já direcionavam para uma realidade de enxugamento daquele que foi denominado Estado de bem-estar social. Nesse sentido, ainda que tenha sido constituído como universal, a política de saúde, desde a criação do SUS, tem no seu interior “uma disputa entre interesses públicos e privados, e essa relação traz repercussões para a formação e o trabalho desenvolvido na saúde” (SILVA, 2020, p. 142). Nesse sentido, entende-se que

a Residência é uma modalidade de formação que tem a característica de realizar-se através do trabalho em saúde, ou seja, é uma formação pelo trabalho em saúde. Em se tratando de políticas sociais públicas, é primordial destacar que a dimensão econômica se concretiza no perfil de financiamento, pois cria, dificulta ou impossibilita as

condições objetivas e necessárias para a prática cotidiana de trabalho, assim como da formação (SILVA, 2020, p. 142)

O projeto político-econômico neoliberal se confronta com o Projeto da Reforma Sanitária desde a instauração desta, ameaçando o caráter público, universal, estatal e gratuito da saúde. Existe o grande interesse de grupos econômicos em seu movimento de impor a lógica privada nos espaços públicos, o que acaba por desmobilizar e enfraquecer a ideia original da Reforma Sanitária.

De um lado, temos a saúde como configurada pela Reforma Sanitária, que conta com a democratização do acesso, o atendimento humanizado, a instauração de estratégias de intervenção na saúde através da leitura da realidade, o acesso democrático às informações e o estímulo à participação cidadã. Bravo (2009) pontua que as principais propostas para esse projeto foram

a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2009, p. 96)

Entretanto, o que se evidencia é que essa proposta de saúde construída pela Reforma Sanitária tem sido gradativamente desconstruída através das inferências dos interesses do mercado, dando ênfase às parcerias com a sociedade civil. Até porque tem-se, na Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 199, que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (BRASIL, 1988). Além disso, a Lei Orgânica da Saúde complementa, em seu Artigo 4º, que “a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar” (BRASIL, 1990).

Percebe-se, então, que desde a formulação da política de saúde sob a lógica da Reforma Sanitária, temos o mercado e o setor privado como atores participantes, o que prejudicou o próprio avanço do SUS conforme previsto. Frente a isso, o SUS “inaugura um novo modo de pensar a produção, as necessidades e os problemas em saúde, mas sua realização integral permanece incompleta à medida que foram apequenadas as condições concretas para seu desenvolvimento” (SILVA; MENDES, 2013, p. 51)

Ainda nessa perspectiva, as autoras afirmam que

O Brasil expressa de forma contundente as tensões na construção de um sistema de saúde universal em um país capitalista periférico extremamente desigual. Configura-se uma situação contraditória, de coexistência de um sistema público de dimensões expressivas, baseado na diretriz da universalidade, com mercados privados dinâmicos e em ascensão, que disputam os recursos do Estado e das famílias, espoliam a possibilidade de consolidação de um sistema de saúde de fato único e igualitário,

reiteram a estratificação e as desigualdades sociais (MACHADO; LIMA, BAPTISTA, 2017, p.159)

Nesse sentido, o projeto privatista da saúde estabelece uma relação socioeconômica com os usuários, definindo uma ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, com predomínio de práticas individuais e assistencialistas através da ideologia do favor, havendo a indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, priorizando a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde (Bravo, 2009). A autora reitera que

a tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços no nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (COSTA, 1997 *apud* BRAVO, 2009, p. 101)

Os efeitos do ajuste neoliberal são sentidos de diversas maneiras, como a flexibilização dos direitos trabalhistas e novas formas de trabalho, a diminuição do gasto público e aumento das desigualdades sociais. Evidenciam-se, também, a falta de condições estruturais de trabalho, o que acaba interferindo diretamente no atendimento às necessidades da população atendida, a privatização dos serviços públicos por meio da compra de serviços complementares e contratações de prestadores de serviços de maneira temporária (SILVA; MENDES, 2013). Arelado a isso,

O que observamos desde a implementação do SUS é que o financiamento da saúde é incompatível com um sistema universal, sobretudo num país de dimensões continentais, com grandes diferenças locais e regionais, e níveis dramáticos de desigualdades e de concentração de renda (SILVA; MENDES, 2013, p. 53)

Dessa forma, fica evidente a tensão e a disputa entre estes dois projetos distintos no campo da saúde, que interferem diretamente no atendimento, na formação e nas condições de trabalho, visto o entendimento de que a hegemonia neoliberal presente no Brasil “tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação” (BRAVO, 2009, p. 100).

A política de saúde no Brasil vem se apresentando com suas diversas contradições, principalmente quando estes dois projetos se confrontam diariamente na realidade daqueles profissionais que desejam implementar uma política de saúde orientada pela Reforma Sanitária e pelos princípios e diretrizes do SUS, mas que encontram resistência ao se depararem com o projeto neoliberal de redução dos compromissos do Estado com as políticas públicas, dentre elas a saúde. Tem-se o entendimento de que a saúde está inserida “na lógica do mercado, ou

seja, na constituição de serviços públicos com parcerias com entes privados que se apropriam das realidades vivenciadas pela população e tentam responder através de ações descontinuadas, fragmentadas e com respostas parciais, focais e descoladas das necessidades” (HOFF; BELLINI, 2020, p. 213). Nesse sentido,

apesar da intenção de ser único, o sistema de saúde permaneceu segmentado após a reforma, coexistindo nele dois subsistemas: o SUS e a saúde suplementar [...], com distintas modalidades de financiamento, afiliação e provisão de serviços de saúde, cada um destinado a diferentes estratos sociais da população, de acordo com a sua inserção laboral, nível de renda e capacidade de pagamento (BALDO; MATTOS, 2021, p. 35)

Nessa perspectiva, para um aprofundamento em relação à perspectiva neoliberal, adota-se o entendimento dos autores Dardot e Laval (2016), que trazem que o neoliberalismo “pode ser definido como o conjunto de discursos, práticas e dispositivos que determinam um novo modo de governo dos homens segundo o princípio universal da concorrência” (DARDOT; LAVAL, 2016, p.17). Além disso, os autores referem uma mudança drástica na socialização e nas formas de nos relacionarmos uns com os outros, fazendo com que nós

vivamos num universo de competição generalizada, que intima os assalariados e as populações a entrar em luta econômica uns contra os outros, ordena as relações sociais segundo o modelo de mercado, obriga a justificar desigualdades cada vez mais profundas, muda até o indivíduo, que é instado a conceber a si mesmo e a comportar-se como uma empresa (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 16)

A fala a seguir corrobora o que é trazido pelos autores

[...] teve também uma questão de criar uma rivalidade entre eu e uma outra residente que entrou depois, então assim foram coisas que me desgastaram muito, então eu acho que isso foi muito pesado pra mim, emocionalmente [...] (Participante 02)

Dessa forma, fica evidente que a perspectiva neoliberal e a disputa dos dois projetos de saúde perpassam de maneira significativa a realidade da formação em serviço, suscitando diversas problematizações que serão desdobradas posteriormente. E para além dessa nova configuração de sociedade em relação à ascensão do neoliberalismo na nossa realidade, os autores trazem mudanças concretas e significativas no mundo do trabalho, apontando que

a ofensiva neoliberal comporta um panorama ainda mais radical e ambicioso: dismantelar a instituição do assalariamento [...], para substituí-la por outra norma, a do autoempreendedor, que trabalha de forma flexível e sem beneficiar proteções sociais e jurídicas. (DARDOT *et al*, 2021, p. 211)

Nesse contexto de ideário neoliberal, enfrenta-se a redução dos direitos sociais e trabalhistas, o desemprego estrutural, a precarização do trabalho, o desmonte da previdência pública, o sucateamento da saúde e a minimização dos direitos garantidos pela Constituição Federal e pelo Sistema Único de Saúde. Nessa reestruturação produtiva do capital

Amplia-se o desemprego estrutural além da precarização e deteriorização da qualidade do trabalho, dos salários e das condições em que ele é exercido, que se agravam ainda mais considerando recortes de gênero, geração, raça e etnia, com profundas mudanças

nas formas de ser da classe trabalhadora, com impactos na materialidade e na subjetividade individual e coletiva (RAICHELIS, 2018, p. 51)

Neste processo, a educação é atacada, tornando-se campo de lucratividade para o capital em crise e delineando a difusão do projeto burguês de sociabilidade. A reforma do ensino superior realizada, capitaneada pela lógica da privatização e da lucratividade, compromete a direção social e estimula a reação conservadora e regressiva no universo acadêmico e profissional, com repercussões políticas no processo de organização das profissões (IAMAMOTO, 2015). Além disso,

O perfil do emprego prevalecente na atualidade também atinge os assistentes sociais: desemprego maciço e prolongado; informalidade em grande proporção (terceirização, trabalho temporário, subemprego); grande rotatividade; desregulamentação dos direitos conquistados pelos trabalhadores e queda do nível de renda média do trabalhador (IAMAMOTO, 2018, p. 81)

Diante disso, é indispensável a discussão do local que a formação da residência ocupa dentro deste panorama. Como já demonstrado anteriormente, a proposta da residência surge concomitante com o Projeto da Reforma Sanitária, com o objetivo de provocar mudanças efetivas no fazer e no pensar saúde, compreendendo esta como um bem público, através de uma perspectiva universal, integral e participativa. E como os autores trazem

As residências multiprofissionais se desenvolveram em meio a uma disputa política e ideológica em torno das políticas de Estado e as de mercado (hospitais, empresas privadas de saúde, medicina de grupo). Estas incidiram diretamente nas universidades, nos hospitais de ensino, nos centros de pesquisa e nas unidades básicas de saúde que passaram a se constituir campos privilegiados dessa disputa (CASTRO e CASTRO *et al*, 2019, p.468)

Dessa maneira, o ideário neoliberal interfere diretamente naquilo preconizado através da formação pela residência. É urgente problematizar se os(as) profissionais residentes estão sendo formados na perspectiva da Reforma Sanitária, na defesa da saúde como bem público e não como mercadoria. Indagar a direção dessa formação é corroborada através da fala da participante que nos sinaliza:

[...] eu via que para alguns colegas, a residência era uma qualificação profissional para trabalhar na iniciativa privada e não no SUS... como um ponto de corte na hora de fazer uma entrevista para entrar no *hospital m ou n*. Então eu acho que muitas vezes a residência formou bons profissionais para o setor privado, e não para o SUS (Participante 04)

Dessa maneira fica evidente o quanto o debate sobre o papel da residência é imprescindível, visto que

Nessa perspectiva, a residência deve ser entendida também em sua potencialidade para repensar práticas profissionais cristalizadas e provocar uma reflexão sobre a forma como os serviços são estruturados, propondo mudanças, inovações. Para tanto são necessárias ferramentas pedagógicas capazes de viabilizar essas reflexões e proposições. [...] É preciso que os sujeitos do processo de formação (residentes, preceptores e tutores) estejam livres para interrogar o cotidiano e propor novas soluções para os antigos problemas (MENDES, 2013, p. 195-196)

Nesse sentido, percebe-se que o debate em relação à efetivação da residência, conforme seus pressupostos, enfrenta desafios concretos na atualidade ao mesmo tempo em que é potente ao oportunizar problematizações diárias em relação ao cuidado em saúde, à educação em saúde e à gestão em saúde. A participante 01 demonstra essa questão ao trazer que

[...] as equipes faziam reuniões periódicas, toda semana, e isso proporcionava rever a organização do trabalho, podendo então enxergar a totalidade do trabalho e poder discutir sobre esse trabalho. Nessas reuniões tu tinha a possibilidade de poder colocar teus pontos de vista, poder propor também... sempre que se tinha dificuldades nos fluxos, se entendia que em certos pontos tinham dificuldades, se criava uma comissão de trabalho e a partir disso se estudava, se pesquisava e identificava onde estava a dificuldade, onde é que poderia mudar o nó desse fluxo para poder melhor. Então não se pensava só para fora, mas se pensava também ali dentro do próprio sistema de trabalho como é que poderia melhorar (Participante 01)

Mesmo compreendendo a potencialidade da residência multiprofissional como formação em serviço para qualificação dos serviços de saúde, o que se percebe atualmente, é como esse espaço de formação tem se tornado uma opção de mercado de trabalho temporário para diversos assistentes sociais, visto a precarização do mundo do trabalho que assola a sociedade brasileira e também essa categoria profissional, uma vez que “o serviço social é uma especialização do trabalho, uma profissão particular inscrita na divisão social e técnica do trabalho” (IAMAMOTO, 2012, p. 22). A fala a seguir nos demonstram um pouco dessa realidade:

Eu optei pela residência pela situação de desemprego mesmo. Eu não cogitava fazer residência, eu nunca tinha trabalhado na saúde. Eu fiz todo meu estágio da graduação na assistência social, em CRAS. E quando me formei em 2015 eu fiquei desempregada, sem experiência, e achei que a residência podia abrir portas assim... decidi estudar e tentar, pensando “se der deu, se não der não deu” (Participante 08)

Nessa perspectiva, “os Programas de Residência Multiprofissional acabam se tornando para os profissionais recém-formados uma alternativa contra o desemprego, tendo em vista a bolsa recebida” (CASTRO e CASTRO *et al*, 2019, p. 470). Além disso, muitas vezes as bolsas das residências são maiores que os salários pagos para assistentes sociais, se constituindo enquanto uma alternativa de sobrevivência e não como efetivamente uma opção de formação e qualificação. Conforme as participantes da pesquisa nos trazem, o diferencial do valor da bolsa paga aos (às) residentes foi relevante para essa opção de formação:

[...] achei que seria uma boa perspectiva assim de um aprendizado nessa área e que também me garantisse pelo menos 2 anos com um valor razoável né. Que na época não tinha nenhuma outra perspectiva de outro trabalho (Participante 01)

[...] ao mesmo tempo era um trabalho, porque eu ia ter uma remuneração, então assim a gente se forma fica ali *bah* agora eu vou ficar desempregada, isso pesou bastante (Participante 05)

A bolsa interferiu porque eu tive que mudar de cidade, se não houvesse o valor da bolsa, se não fosse o valor que era, que querendo ou não comparado a um salário regular é bom, é bem mais que um salário mínimo, mas foi a partir da bolsa que eu

pude me sustentar e fazer a formação, então ela foi muito importante, foi totalmente decisiva, se eu não tivesse, provavelmente eu não faria (Participante 07)

Todo esse contexto de precarização das políticas sociais e da dificuldade de inserção no mercado de trabalho é corroborado pelo que Marx apontou como sendo o exército industrial de reserva (MARX, 2017). Aos assistentes sociais, essa lógica de mercado neoliberal não é diferente, o que interfere diretamente nas decisões a serem tomadas em relação à formação e ao trabalho, o que está relacionada com a discussão presente. A discussão sobre a categoria trabalho se faz pertinente nesse sentido, pois, como aponta Iamamoto,

O trabalho é uma atividade fundamental do homem, pois mediatiza a satisfação de suas necessidades diante da natureza e de outros homens. Pelo trabalho o homem se afirma como um ser social e, portanto, distinto da natureza. [...] É por meio do trabalho que o homem se afirma como um ser que dá respostas prático-conscientes aos seus carecimentos, às suas necessidades. [...] É pelo trabalho que as necessidades humanas são satisfeitas, ao mesmo tempo em que o trabalho cria outras necessidades (IAMAMOTO, 2012, p. 60)

Por esses motivos que se identifica a opção pela formação em residência como uma possibilidade de estratégia de sobrevivência nessa realidade, onde temos, muitas vezes, assistentes sociais realizando mais de uma formação em Programa de Residência Multiprofissional, o que acaba se caracterizando também como uma opção de trabalho frente à escassez de vagas em concursos e seleções. Nesse sentido, essa população trabalhadora excedente

constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira tão absoluta como se ele o tivesse criado por sua própria conta. Ela fornece a suas necessidades variáveis de valorização o material humano sempre pronto para ser explorado, independentemente dos limites do verdadeiro aumento populacional (MARX, 2017, p.707)

Visto esse contexto, a própria residência, por vezes, não é totalmente compreendida pelos atores envolvidos diretamente com ela, como preceptores e profissionais que trabalham diretamente com os (as) residentes, conforme demonstram as autoras, visto que “ora é percebido como uma proposta de formação profissional, ora ainda é vista *apenas* como uma soma de profissionais para a execução de trabalho” (NETTO; PANOZZO; BEIER, 2020, p. 272). Assim

identifica-se que a compreensão do trabalho dos residentes está diretamente relacionada com a totalidade da realidade em que estamos inseridos enquanto trabalhadores da política de saúde. A identificação do trabalho dos residentes como “mão de obra” ou como “profissionais para dar conta da demanda” [...] é uma questão estrutural de como a política de saúde está organizada atualmente em nosso país (NETTO; PANOZZO; BEIER, 2020, p. 280).

Além disso, os(as) residentes são reconhecidos para atender essas necessidades advindas das transformações do mundo do trabalho. Assim, “ainda que a residência seja formação, ela se

desenvolve como trabalho, ou seja, o(a) residente tem uma determinada jornada de trabalho a ser cumprida” (SILVA, 2016, p. 140). Dessa forma,

na sociabilidade capitalista o trabalho é capturado com o objetivo único de reprodução do capital, e dessa forma, o trabalho é fundamental e, ao mesmo tempo, submetidos às implicações da supremacia dos interesses privados e da divisão do trabalho. Em se tratando de saúde, o trabalho e a formação não se desenvolvem numa esfera apartada desse contexto social e histórico, daí a impossibilidade de altos níveis de autonomia dos trabalhos da saúde e dos residentes, trabalhadores em formação (SILVA, 2020, p. 155)

Atrelado a isto, outro aspecto de extrema relevância levantado pelas participantes que caracterizam a discussão de trabalho, é a carga horária semanal de 60 (sessenta) horas exigida dos(das) profissionais residentes e todos os aspectos relacionados a ela. Não se pode negar que, junto dessa carga horária excessiva, vem também o número expressivo de atividades que o(a) residente deve compor na sua trajetória de formação em serviço, visto que, na maioria das vezes, permanece na unidade de formação por mais tempo que os profissionais preceptores, criando, mais uma vez, essa confusa compreensão do papel dos(das) residentes naquele local. Além das atividades que compõem a carga horária, tem-se que a obrigatoriedade das 60h suscita diversas problematizações que serão explanadas a seguir. Entende-se que todos os aspectos abordados estão relacionados entre si e compõem todo esse cenário que vem sendo explorado no estudo.

A Portaria Interministerial MEC/MS nº 506/2008 instituiu a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde como ensino de pós-graduação sob orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais. Entretanto, conforme Silva (2018) sinaliza, os Programas de Residência Multiprofissionais funcionam sem escala de plantão noturno, o que significa que as 60 horas são divididas em 6 dias por semana, dedicando em torno de 10 horas por dia, tendo um dia de folga remunerada. Mesmo sendo previsto a divisão da carga horária associando atividades práticas e teórico-práticas, esse regime se caracteriza como “altamente espoliante, apontando para uma lógica inclinada à exploração do trabalho, em detrimento de uma proposta de formação para o trabalho em saúde” (SILVA, 2018b, p.22-23). Além disso,

[...] o trabalho em saúde e a prolongada jornada de trabalho do residente inscrevem-se nos marcos da exploração do trabalho pelo capital. Ou seja, ainda que haja particularidades no trabalho do residente, estas particularidades não alteram sua condição de trabalhador (ainda que temporário) no modo de produção capitalista. Nesses marcos, as 60 (sessenta) horas semanais são uma forma de intensificação da exploração do trabalho e são incompatíveis com as propostas de formação inscritas na RMS. [...] é importante destacar que uma possibilidade presente na incorporação de residentes aos serviços é a substituição de trabalhadores. Nesse sentido, certos espaços de residência poderiam estar mais voltados à precarização do trabalho em saúde do que uma experiência de formação para o SUS (SILVA, 2018a, p. 204).

Logo, percebe-se o quão contraditório é esse cenário das diretrizes da residência como uma proposta atrelada à Reforma Sanitária, mas que, concomitantemente, exige uma alta carga de trabalho dos(das) residentes. Nesse sentido, é essencial a compreensão da categoria *contradição* para essa discussão, sendo reconhecida “como princípio básico do movimento pelo qual os seres existem” (KONDER, 1981, p. 49). Dessa maneira, a contradição sendo condição do desenvolvimento de mudanças, a luta dos contrários que compõe a realidade e a totalidade e que é essencial para o desvelamento daquelas. E como nos traz Closs

[...] mais do que tensão e antagonismo, refere-se a aspectos contrários que são inter-relacionados, a uma oposição inclusiva que engendra transformações, superação. Essa categoria aponta para a necessidade do desvendamento de tais oposições presentes na realidade, as quais, em si, são criadores e demarcam também a dinâmica dos fenômenos (CLOSS, 2015, p. 21)

Nesse sentido, a contradição permeia toda essa discussão da instauração da residência enquanto estratégia de formação com foco na integralidade e interdisciplinaridade, fundamentada na proposta da Reforma Sanitária de um novo fazer da saúde, e ao mesmo tempo criando condições para práticas em cenários precarizados e de intensa exploração do(da) residente que deve atuar sob regime de 60h semanais durante dois anos. A imposição dessa extensa carga horária cria condições para a instauração de uma dinâmica de superexploração do trabalho do(da) residente, principalmente considerando a dinâmica atual de precarização das condições de trabalho no SUS. E conforme a autora refere

A Residência como um encontro entre as políticas de saúde e educação ocupa um lugar estratégico, podendo, sob um prisma, contribuir para uma formação profissional no sentido da efetivação do SUS a partir das necessidades de saúde da população e da leitura de uma realidade social atravessada por desigualdades e inacessibilidade a direitos, como também, sob outra ótica, operar como forma de substituição e precarização das condições de trabalho no SUS (SILVA, 2020, p. 156)

Partindo do pressuposto da existência de disputas no interior do SUS e nos direitos sociais em geral, a legislação que regulamenta a residência multiprofissional cria condições para o esvaziamento da proposta de formação e caminha no sentido de que a presença do(da) residente se estabeleça como possibilidade de mão de obra barata e precária nos serviços de saúde. As problematizações de Mendes (2013) corroboram a discussão, quando traz que

Nessa perspectiva, o que justificaria, para além do fundamento legal, que eles (residentes) exerçam 48 horas semanais de atividades práticas enquanto os colegas de trabalho *staffs* (preceptores ou não) atuam no máximo 30 ou 40 horas na instituição? Uma vez que o cotidiano institucional nem sempre permite as mediações necessárias, essa segmentação da carga horária interfere diretamente na construção de coesão entre *staffs* e residentes em torno da luta pela saúde pública e universal. Uma expressão disso é que as mobilizações e greves de trabalhadores e de residentes são realizadas separadamente (MENDES, 2013, p. 194)

A fala a seguir demonstra essa realidade:

[...] E era uma forma de controle meio perverso sabe? Até o meu primeiro ano eles não eram muito chatos com a questão do ponto, tu tinha alguma flexibilidade, depois no segundo ano foi um INFERNO, porque eles controlavam as catracas sabe? Então, e aí como eles não podiam fazer com que a gente batesse ponto, porque aí caracterizava vínculo empregatício, eles encontravam formas de te controlar de outro jeito assim. Então acho que é bem difícil as 60 horas... foi mais desafiador (Participante 04)

Ainda nessa perspectiva, a autora levanta a seguinte discussão...

Em serviços que se estruturam sobre a insuficiência permanente de quadros e nos quais a implementação das residências não se faz acompanhar pela contratação de funcionários para o quadro permanente, é possível haver a inserção dos residentes sem que haja substituição de força de trabalho? De que forma isso pode ser garantido? (MENDES, 2013, p. 194)

Visto o exposto anteriormente, a cobrança das 60h semanais atrelada com a precarização da política de saúde interfere diretamente no processo de formação, ficando a “cobertura da assistência” mais evidente do que a formação em si, visto que “a formação não se desenvolve independentemente do trabalho” (SILVA, 2016, p.13). As falas das participantes nos demonstram essa questão, do papel desempenhado pelos(pelas) residentes dentro das suas unidades de atuação:

[...] é bastante pesado 60 horas por semana, tendo que ficar todo esse tempo na Unidade. E não tem muita moleza... *porque tu é convidado a assumir como um trabalhador* mesmo... não é ponto negativo, é uma responsabilidade, que tu já responde, faz teus atendimentos buscando responder, como, enfim, como residente mas como profissional mesmo [...] Porque eu acho que de alguma forma tu és desafiado, tu tens que ter respostas rápidas... *porque a tua supervisora ela não vai tá ali o tempo todo contigo*. E ela vai te dar a responsabilidade de tu atender, assim como nos estágios, tu tens a responsabilidade de atender e desenvolver alguma coisa, de pensar alguma coisa, então as vezes esse desafio ele é difícil, mas ele te dá uma bagagem, sabe? Pra te atender situações que são emergenciais as vezes no nosso trabalho, e que tu tens que dar respostas rápidas (Participante 01)

A participante sinaliza diversos aspectos essenciais para a presente discussão. É fato que as(os) residentes assistentes sociais já são profissionais formadas, entretanto, ao ingressar nos Programas de Residência, estão assumindo um novo local de formação, que exige certas responsabilidades, mas que também as coloca em uma posição de pós-graduandas, que permanecem em formação. Assumir unidades e equipes como única referência para os pacientes e demais profissionais vai de encontro com a proposta dessa formação. Ao mesmo tempo, a participante sinaliza que esse espaço oportuniza uma formação para aquilo que é preconizado pela profissão, enquanto profissional formado para atuar nas expressões da questão social, superando o óbvio e o aparente, realizando uma leitura de realidade para fornecer respostas dentro da garantia dos direitos sociais. Nessa perspectiva,

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão

se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários (BRAVO; MATOS, 2009, p.213)

Além disso, a fala da participante vai ao encontro do que Yamamoto (2018) problematiza em relação ao trabalho do profissional assistente social, demonstrando que a residência é um local potente de formação e de aproximação com o cotidiano profissional. Visto que

No seu trabalho cotidiano, o assistente social lida com situações singulares vividas por indivíduos e suas famílias, grupos e segmentos populacionais, que são atravessadas por determinações coletivas. Somos desafiados a desentranhar da vida dos sujeitos singulares os fios que integram o singular no coletivo, como condição de transitar suas necessidades sociais da esfera privada para a luta por direitos. [...] Isso requer: competência teórico-metodológica para ler a realidade e conhecimento do modo de vida, de trabalho e expressões culturais desses sujeitos sociais, além da sensibilidade e vontade políticas que movem a ação (IAMAMOTO, 2018, p. 82).

Corroborando com essa discussão, temos outra fala que também traduz essa problemática:

[...] eu sou preceptora de campo da instituição x agora, e isso dá diferença, sabe? Muita diferença, eu vejo nas tutorias da instituição x, quando a gente vai discutir até mesmo o papel do residente dentro do serviço, eu percebia no *hospital x* assim que *lá tu tinha que dar conta de um papel do contratado*, então na verdade tu sim é formada, mas tu tá te especializando, um profissional em formação (Participante 04)

A participante reforça, mais uma vez, a importância dessa discussão no cenário atual. Os novos modelos de gestão para a política de saúde abrangem a não realização de novos concursos públicos, a terceirizações e as subcontratações, incidindo diretamente na utilização dos Programas de Residência como alternativa para recomposição do quadro dos trabalhadores da saúde (visto que trocam a cada dois anos), contribuindo para a precarização do trabalho na área. Compreender que o(a) profissional residente poderá suprir a ausência de recursos humanos dos serviços de saúde é uma falha, visto que esvazia o propósito do programa enquanto estratégia de formação para o trabalho em saúde, uma vez que o(a) residente se insere como trabalhador precarizado e não como profissional em formação.

Essa relação formação e trabalho faz com que o papel dos(das) residentes não seja totalmente compreendido, sendo que muitas vezes é visto para suprir as necessidades de recursos humanos e para assumir certas áreas e unidades. Nesse sentido,

[...] há uma inserção diferenciada e dúbia dos residentes nos serviços. Não são estudantes, mas estão em processo de formação e devem estar amparados pelas instituições formadoras em todo o percurso formativo, com destaque para a mediação ensino-serviços, a perspectiva teórica e ético-política presente nos projetos político-pedagógicos dos Programas, a necessária supervisão e articulação das atividades e, fundamentalmente, os vínculos com os preceptores, sujeitos dos serviços que acompanham o cotidiano dos residentes (RODRIGUES, 2016, p. 80)

Outras falas que também merecem destaque em relação à discussão da obrigatoriedade das 60h e o que ela acarreta na realidade dos(das) residentes são as seguintes:

Dar conta de coisas que eu não deveria, a sobrecarga de trabalho... Como não tinha o plantão final de semana, a gente fazia os plantões durante a semana, então tinha alguns dias que eu ia pra lá oito da manhã e saía nove da noite, então acabava que sobrava assim '*bota tudo na conta do residente*', sabe? E foi bem difícil... a carga horária muito puxada assim, levou a um desgaste emocional muito grande e por vários momentos eu achei que eu não iria conseguir... *falta de suporte, de preceptor, sabe?* Eu acho que no momento que tu tenhas um suporte, um preceptor que te acolhe, nos teus problemas ali, te entende... Eu acho que as coisas até podem fluir um pouquinho melhor, apesar da carga horária, mas quando tu não tens suporte [...] (Participante 02)

[...] algumas cobranças, nós entramos como profissionais numa residência, nós somos profissionais formados, assinamos como tal, nos apresentamos como tal, *mas por muitas vezes acaba tendo uma cobrança como se fossemos os principais responsáveis*, de primeira, de supetão, e aí é difícil de lidar com isso também, porque é uma carga mental e uma culpa de daqui a pouco tu não conseguir resolver uma situação, de não conseguir desenvolver algum trabalho, alguma coisa nesse sentido (Participante 07)

Dessa forma, evidencia-se que o excesso de atividades, o acúmulo de responsabilidades, e a carga horária de 60h semanas prevista em legislação, podem potencializar o processo de adoecimento desses profissionais em formação. “Assim como outros aspectos contraditórios existentes nessa política de formação, possivelmente a carga horária seja a mais gritante” (OLIVEIRA, 2017, p. 127 *apud* CASTRO e CATRO *et al*, 2019, p. 471). Nesse sentido, a discussão sobre saúde mental dos(das) residentes é urgente na presente realidade, visto que perpassa toda problematização da ofensiva neoliberal e tudo que acarreta nesse cenário, visto que

[...] o processo de desumanização do trabalho pode ser reconhecido como manifestação do processo mais amplo que vem sendo denominado precarização e que tem tantas faces: precarização das relações contratuais, das relações interpessoais e inter-hierárquicas, das condições do ambiente interno de trabalho, das formas de gerenciamento e da organização do trabalho (SELIGMAN-SILVA, 2011, p.17)

Ainda nessa perspectiva, Cavalcante e Bellini (2023) trazem apontamentos urgentes e cruciais para a discussão, apontando o quanto a saúde mental e o autocuidado dos profissionais assistentes sociais ainda é um assunto escasso nas produções de conhecimento e nos documentos oficiais das instituições reguladoras. As autoras referem que

[...] a formação pauta-se em preparar o profissional para a atuação no *front* das políticas públicas junto às agruras do capital. Porém, a centralidade dessa formação ignora que tal sujeito também pode sofrer processos de adoecimentos, sobretudo de natureza psíquica, ao enfrentar um sistema excludente que expropria, exclui e condiciona o sujeito a processos de alienação em uma realidade exposta no limiar do trabalho cotidiano (CAVALCANTE; BELLINI, 2023, p. 1-2)

Nessa perspectiva, o que as autoras afirmam é que, como as intervenções dos profissionais assistentes sociais estão diretamente relacionados a atender demandas que se expressam na raiz mais profunda da ordem capitalista, os profissionais podem desenvolver a “fadiga por compaixão que, explicada de forma muito simples, significa o sofrimento do(a) trabalhadora desencadeado pelo sofrimento da população atendida” (CAVALCANTE;

BELLINI, 2023, p. 3). Essa discussão é de extrema importância no que se refere ao trabalho dos(das) residentes, visto que estão inseridos em espaços de cuidado em saúde, em que as mais diversas realidades sanitárias e de diagnósticos estão presentes.

Cavalcante e Bellini (2023) ainda reforçam que o Serviço Social brasileiro investiga a temática de saúde mental apenas a partir das concepções voltadas ao público usuário, através da gestão de políticas, programas e projetos, criando estratégias de intervenção para a prática profissional. Entretanto, evidencia-se que discussões sobre autocuidado não fazem parte da categoria.

As autoras demonstram em sua pesquisa que não foi possível localizar e nem identificar documentos, nem a nível de CFESS nem de ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, que versem sobre a realidade do profissional de Serviço Social no que se refere às estratégias de autocuidado. Isso demonstra que até mesmo as categorias representativas da profissão se omitem em relação à essa urgente discussão, “olvidando que se trata também de alguém inserido no bojo da ordem capitalista, submetido a mecanismos de exploração, mais-valia e alienação, e apresenta demandas que podem provocar adoecimentos, sobretudo de natureza psíquica (CAVALCANTE; BELLINI, 2023, p. 8). Nesse sentido, as autoras afirmam que

[...] ocorre um silêncio sepulcral quando o assunto é a saúde e a saúde mental de assistentes sociais, assim como as perspectivas de autocuidado profissional, acordos que não são levados como demanda para a categoria, e, assim, caem não apenas na invisibilidade, como também no mutismo que cerra as possibilidades de discussões nos debates profissionais (CAVALCANTE; BELLINI, 2023, p. 10)

Atrelada à discussão da sobrecarga emocional e física dos(das) residentes em relação às suas atividades práticas, as problematizações em relação às 60 horas semanais também nos levam à discussão sobre a carga horária teórica prevista em legislação e sobre como os programas organizam essas atividades. A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde emitiu a Resolução nº 3, em 2010, que prevê a dedicação de 20% da carga horária total da residência para atividades teóricas ou teórico-práticas. Essa proporção, para as atividades semanais, representa 48 horas na assistência direta ao paciente e 12 horas para atividades de ensino. Segundo a referida resolução, as atividades teóricas devem englobar, além dos conteúdos específicos de cada campo e núcleo, temas relacionados à bioética, ética profissional, metodologia científica, epidemiologia, estatística, políticas públicas de saúde e Sistema Único de Saúde. Já as atividades teórico-práticas englobam discussão de conteúdo teórico em situações práticas, como análises de casos e ações de práticas coletivas.

Entretanto, o que as participantes da pesquisa demonstram é que essas atividades teóricas e teórico-práticas não necessariamente estão organizadas conforme a legislação vigente:

[...] a gente não sabia se tinha aula às vezes [...] foi no segundo ano que não ia ter mais essas aulas, por algum motivo, e aí eles queriam que a gente ficasse na prática esse tempo, sendo que era a única, o único período da semana que a gente tinha pra estudar, aí a gente fez um pedido para a coordenação para nos liberarem nesse turno para gente poder fazer as questões de TCR ali, poder se dedicar mais ao estudo ali do trabalho de conclusão. E aí depois de muita luta a gente conseguiu, então quando não tinha aula eles sempre queriam nos colocar na prática, então é uma coisa que a gente teve que lutar bastante para conseguir ter essas pausas também para estudar (Participante 02)

Eu sinceramente esperava uma coisa um pouco mais teórica, mas as aulas teóricas eram reduzidas a um turno na semana e o resto era prática. Era interessante, tinha os encontros semanais de campo[...] Mas era muito mais prática do que aquilo que eu conseguia imaginar. Quando se fala numa especialização, logo na minha cabeça vem bastante aulas teóricas, bastante leituras, mas até as questões dos textos apresentados eram umas coisas mais enxutas, com que a gente conseguisse talvez absorver mais pra colocar em prática, que é o aprender fazendo né? (Participante 06)

[...] eram poucas aulas que visavam a formação e poucas aulas que visavam o ensino da saúde em geral assim, eram aulas muito objetivas por exemplo, sobre como atuar diante de uma parada. Eram aulas muito objetivas e muito técnicas, não para o Serviço Social. Então, a gente não se qualificou enquanto profissional para o SUS, mesmo atendendo no SUS não houve uma qualificação nesse sentido (Participante 03)

Eu via como uma qualificação profissional inclusive pra trabalhar na iniciativa privada, então em termos de campo eu acho que ele era uma qualificação profissional para tu ser um bom enfermeiro, uma boa fonoaudióloga, um bom nutricionista, mas não trabalhar no SUS. Eu acho que pouco a gente falou do SUS, sabe? Tá, a gente teve uma disciplina, mas não era aquela coisa do cotidiano na prática, parece que o SUS ficava algo só no Serviço Social, quando na verdade era tudo né, todas as profissões estavam ali trabalhando para o SUS, no SUS. (Participante 04)

Os apontamentos trazidos pelas participantes evidenciam, mais uma vez, como os serviços que recebem esses(essas) residentes precisam absorver essas demandas de supervisão e atividades teóricas. Segundo Resolução nº 3 (2010) as atividades teóricas e teórico-práticas são de responsabilidade de preceptores e docentes vinculados aos programas. Entretanto, “os programas vêm sendo implementados numa conjuntura extremamente desfavorável para aqueles que partilham do ideário do projeto da reforma sanitária” (MENDES, 2013, p.192).

Ainda segundo a mesma resolução “a supervisão permanente do treinamento do Profissional da Saúde Residente deverá ser realizada por corpo docente assistencial com qualificação mínima de especialista na área profissional ou na área de concentração do programa desenvolvido” (CNRMS, 2010). Todavia, como já problematizado anteriormente, os(as) residentes se inserem nos locais de atuação por uma carga horária mais extensa do que os preceptores e tutores, o que se caracteriza como uma contradição ao que é previsto nas

legislações e ao que é preconizado no que diz respeito à formação qualificada desse profissional em formação.

Nesse contexto, os profissionais que estão em suas rotinas de trabalho definidas, quando se deparam com a realidade de assumir o papel de preceptor e absorver os(as) residentes em suas áreas de atuação, são convidados a exercer novos papéis que demandam novas atividades e exigências. Porém, seguem com a mesma carga horária e a mesma remuneração. Portanto, assumem mais atividades sem o devido reconhecimento por elas.

Logo, o trabalhador da saúde inserido no modo de produção capitalista que lida diretamente com as diversas expressões da questão social, como a doença, a morte, a violência e a miséria, além de se deparar com a precarização de política de saúde, lida com a perda de direitos trabalhistas, flexibilização de contratos, terceirizações e necessita assumir as atividades da residência sem nenhum adicional salarial ou aumento de carga horária, gerando uma sobrecarga de atividades, que é culminada também pela falta de profissionais nesses espaços. Nesse sentido,

A queixa generalizada da sobrecarga de trabalho, gerada pelo número de trabalhadores nos serviços, significativamente aquém do quantitativo necessário para o atendimento à população. A essa sobrecarga de trabalho estrutural, cuja existência independe da residência, a implantação dos programas trouxe novas requisições e demandas aos profissionais, entre as quais a preceptoria, a tutoria, a coordenação de área, a coordenação geral e a docência das disciplinas. Tais requisições, contudo, não se fizeram acompanhar pela melhoria das condições de trabalho e, especialmente, pela contratação de novos trabalhadores (MENDES, 2013, p. 192-193)

Conforme nos mostra Aguiar (2017), a precariedade dos vínculos formais de trabalho afeta diretamente os profissionais com anos de experiência e notória capacidade de contribuir para a implementação dos currículos, preparando e ministrando aulas, planejando e avaliando as atividades relacionadas à Residência. Logo, contata-se que

A preceptoria exige disposição: o preceptor não atua apenas no ensino, mas mantém atividades assistenciais, enfrentando múltiplos fatores potencialmente geradores de frustração, como a sobrecarga de trabalho e a ausência de remuneração específica, a precariedade de vínculos empregatícios e o infrequente reconhecimento da preceptoria em planos de cargos e carreira do Brasil (AGUIAR, 2017, p. 188)

Nesse sentido, as falas das participantes demonstram uma insatisfação em relação ao eixo teórico dos programas de residência, porém é necessário realizar essa leitura de realidade refletindo sobre os profissionais que assumem as responsabilidades de realizar esse papel de preceptor e de responsável pela organização das aulas, dos estudos de caso, das discussões e dos momentos de reflexão crítica. Rodrigues (2016) aponta que

Há uma inserção diferenciada e a articulação com a formação exige supervisão das práticas, horários para estudos, reflexões, reuniões, vivências nas experiências de trabalhos em rede, possibilidade de encontros que ampliem o leque de reflexões e conhecimentos, retornando sob a forma de novas possibilidades e estratégias de

educação permanente que reverbera na transformação de modelos e modos de operar em saúde (RODRIGUES, 2016, p. 79-80)

Percebe-se, novamente, os efeitos das medidas neoliberais afetando diretamente a política de saúde e, nesse sentido, afetando diretamente o trabalho realizado pelos profissionais de saúde em relação à assistência prestada ao paciente, que deve concorrer, no dia a dia do trabalho, com as responsabilidades assumidas com a residência. Nesse sentido, vemos que o trabalhador preceptor precisa organizar sua carga horária para dar conta de diversas atividades distintas, o que gera, mais uma vez, a sobrecarga de trabalho. E esse aspecto, reiteradamente, demonstra a contradição latente que permeia toda nossa discussão, visto que

Se do ponto de vista legal essa preocupação pedagógica é prevista, o mesmo não acontece no que diz respeito à sua estruturação concreta. Ou seja, a contratação de recursos humanos para “tocar” os programas não está prevista pela política, ficando a cargo das próprias instituições e profissionais se organizarem para oferecer as atividades da residência (MENDES, 2013, p. 193)

Nesse sentido, evidencia-se que a oferta de vínculos estáveis aos profissionais que exercem a preceptoria é condição indispensável para a qualidade da formação, sendo necessária normatizar a carga horária protegida para o ensino e pesquisa, até para que o propósito da residência seja efetivado. Essa preocupação é urgente para a discussão para que os profissionais que assumem essas atividades consigam firmar o “compromisso com o ensino em serviço, em contraposição político-pedagógica à perspectiva do treinamento em serviço, que privilegia o aprendizado pela prática sem a obrigatoriedade de uma reflexão teórica (MENDES, 2013, p. 193).

Por fim, é necessário ter clareza em relação ao papel do preceptor nesse processo e em como ele está em um local de extrema importância no processo formativo dos(das) residentes. Dessa forma,

A relação entre preceptor e residente não deve ancorar-se na transferência de conhecimentos e técnicas, mas em relação dialética, na possibilidade de produção de novos e revisitados saberes e fazeres. Essa postura não funde as figuras do preceptor e residente, mas dá espaço para a curiosidade que pode gerar pesquisas, para as iniciativas que podem ser soluções para questões institucionais, para qualificação da prática profissional, para novas ações que atendam às necessidades de saúde (SILVA; CAPAZ, 2013, p. 213)

Nesse sentido, a presente discussão se mostra essencial para a atual conjuntura, visto que os medidas neoliberais impactam diretamente todo o processo da residência, desde sua escolha por parte dos(as) residentes, das condições de trabalho dos(as) residentes e dos profissionais que recebem estes em seus locais de atuação, bem como com a assistência prestada ao paciente e ao processo de preceptoria e eixo teórico que deve ser desempenhado nesse processo formativo. Já ficou evidente o papel político que a formação em residência

desempenha desde sua formulação, mas é necessário que isso seja reafirmado constantemente, para que os(as) profissionais residentes não sejam compreendidos como adicional de mão de obra e reproduzam lógicas mecanicistas das práticas profissionais instituídas no cotidiano do trabalho. Dessa forma,

A política de saúde, o trabalho e a formação em saúde são atravessados e condicionados pelas formas históricas que o capitalismo assume na particularidade brasileira, operar nessa realidade solicita desvela-la. E esse desvelamento é efetivo se agregar esforços coletivos de análise, pesquisa e resistência (luta!) na efetivação e ampliação dos princípios do SUS (SILVA, 2020, p. 150-151)

Enfim, o panorama traçado em relação ao papel que a residência ocupa no cenário atual perpassa diversos aspectos que não devem ser ignorados para compreender, ao mesmo tempo, sua potencialidade, mas também, os riscos que ela corre ao ser entendida como substituição de mão de obra na lógica neoliberal. Objetivou-se elencar os pontos mencionados pelas participantes para compor a discussão com as falas, demonstrando que, conforme o materialismo histórico dialético, todos os aspectos estão interligados entre si, desde as disputas em relação aos projetos de saúde, as legislações de saúde e da residência, os motivos da escolha pela residência, bem como de que maneira os programas se organizam para receber esses(as) profissionais residentes.

3 AS ASSISTENTES SOCIAIS EGRESSAS DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA ESTÃO RETORNANDO PARA O SUS? Uma análise a partir dos dados das participantes

Neste capítulo, pretende-se realizar um aprofundamento em relação aos dados de identificação e caracterização das participantes obtidos ao longo da pesquisa e, concomitantemente, relacionar esses dados com a leitura crítica da realidade atual e com os aspectos problematizados no capítulo anterior. Seguindo a lógica adotada pela autora de apresentação dos resultados, ao longo da discussão, algumas falas das participantes serão colocadas em destaque para ilustrar o debate em curso, a fim de evidenciar a escolha por esse caminho de análise.

Para tal, em um primeiro momento, será realizada uma análise crítica dos dados de identificação das participantes, bem como os dados relacionados à formação em nível de graduação e pós-graduação. Pretende-se, com isso, localizar a pesquisa no cenário atual, relacionando com materiais essenciais da categoria profissional, suscitando discussões em relação à predominância do gênero feminino na categoria profissional, raça, faixa etária e realização de outros cursos de pós-graduação.

Em um segundo momento, os dados em relação à atuação profissional das participantes serão relacionados com a análise documental realizada durante a pesquisa. Entende-se que esse contraponto é essencial para compreender como o local de atuação atual está diretamente relacionado com as vagas oferecidas em editais e processos seletivos. Além disso, compreender de que maneira os locais que oferecem os programas de residência estão contratando seus profissionais, para assim problematizar de que maneira a pós-graduação da residência é compreendida nessa realidade.

Por fim, apresenta-se, através de extratos das falas das participantes, as contribuições profissionais e pessoais a partir da experiência da residência, como uma forma de realizar um fechamento de toda discussão realizada durante o trabalho. Buscou-se evidenciar os aspectos mais relevantes trazidos durante a coleta de dados, que se relacionam diretamente com todas as problematizações realizadas durante a discussão, a fim de demonstrar como a residência é uma formação potente em relação à diversos aspectos, que extrapolam a vivência profissional, moldando profissionais e indivíduos.

3.1 TRAÇANDO O PERFIL DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Neste subcapítulo, pretende-se realizar uma análise crítica em relação ao perfil das participantes da pesquisa, relacionando os dados com documentos atuais das entidades representativas da profissão, bem como com os artigos citados nas Notas Introdutórias do presente trabalho que também versam sobre egressos(as) de residências. Entende-se que, realizar essa análise crítica é essencial para o trabalho em questão, visto que na sociedade capitalista questões como gênero, etnia, educação e faixa etária sinalizam problematizações pertinentes e compõem dimensões que acompanham a identidade profissional, pois

[...] a identidade profissional está sendo pensada dialeticamente, como uma categoria política e sócio-histórica que se constrói na trama das relações sociais, no espaço social mais amplo da luta de classes e das contradições que a engendram e são por elas engendradas (MARTINELLI, 1989, p. 7 *apud* REIDEL *et al*, 2022, p. 29)

Segundo dados do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2022), o Brasil é o segundo país com maior número de assistentes sociais. Já no estado do Rio Grande do Sul, atualmente, contabiliza-se em torno de 14 mil assistentes sociais inscritas no Conselho Regional, e dentro destas, 9 mil na condição de inscritas(os) ativas(os) (Reidel *et al*, 2022). Nesse sentido, problematizar o perfil profissional da categoria sempre foi essencial para identificar a profissão dentro da conjuntura em que ela está inserida. Logo, no Quadro 4 temos as características iniciais que serão problematizadas, como gênero, etnia e informações em relação à formação. Vale ressaltar que a idade aqui trazida, é a idade em que as participantes ingressaram na residência.

Quadro 4: Caracterização das participantes da pesquisa

Características	N.	Porcentagem
<u>Gênero</u>		
Feminino	8	100%
<u>Etnia</u>		
Branca	8	100%
<u>Instituição Graduação</u>		
UFRGS	3	37,5%
PUCRS	2	25%
IPA	1	12,5%
UNISINOS	1	12,5%
UCS	1	12,5%
<u>Idade ingresso Residência</u>		
20 – 24 anos	3	37,5%
25 – 29 anos	1	12,5%
30 - 34 anos	3	37,5%
35 – 39 anos	-	-
40 – 44 anos	-	-
45 – 49 anos	-	-
50 – 54 anos	1	12,5%

Outra pós-graduação		
Mestrado	1	12,5%
Não	5	62,5%
Cursando (especialização)	1	12,5%
Segunda residência	1	12,5%

Fonte: Sistematização da autora, 2023

A discussão sobre gênero dentro da categoria profissional é presente desde sua origem, e é uma característica que acompanha o desenvolvimento profissional por anos, sendo sempre predominantemente representada pelo gênero feminino. A pesquisa realizada foi composta apenas por participantes do gênero feminino, o que é uma característica recorrente em demais pesquisas sobre perfil profissional, pois, como nos remete Iamamoto (2012),

Trata-se de uma profissão atravessada por relações de gênero enquanto tem uma composição social predominantemente feminina, o que afeta sua imagem na sociedade e as expectativas sociais vigentes diante da mesma. Este recorte de gênero explica, em parte, os traços de subalternidade que a profissão carrega diante de outras de maior prestígio e reconhecimento social e acadêmico (IAMAMOTO, 2012, p. 64)

Os dados encontrados na pesquisa vão ao encontro dos dados trazidos nas duas últimas grandes pesquisas realizadas pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e pelo Conselho Regional de Serviço Social do Rio Grande do Sul (Reidel *et al*), em conjunto com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). O CFESS (2022) realizou uma pesquisa, em 2019, a nível nacional, coletando informações de cerca de 25% de todas(os) profissionais assistentes sociais ativos no país. Desses, 92,92% são do gênero feminino. Além disso, a pesquisa do CFESS também faz uma análise regional, apontando que todas as cinco regiões do país apresentam um percentual maior de 90% de assistentes sociais do gênero feminino. Nessa perspectiva, Reidel *et al* (2022), em pesquisa realizada também em 2019, encontra dados semelhante, ao apontar que em um universo de 2.930 participantes da pesquisa (de um universo de 8 mil assistentes sociais ativos no Conselho Regional), 93,79% é representada pelo gênero feminino, reproduzindo essa tendência. Nesse sentido,

[...] a discussão das relações entre gênero e trabalho remete também ao debate da feminização do trabalho [...] principalmente no sentido daquelas profissões que são vistas socialmente como “profissões femininas” não apenas pelo sexo de quem as constitui, mas pela função que exercem estar vinculada a esferas da vida reprodutiva, como educar, cuidar, prestar serviços, acolher, atributos tidos socialmente como pertencentes à vida privada sob responsabilidade de mulheres. (RAICHELIS, 2018, p. 60)

Além destes dois materiais dos órgãos representativos da profissão, também vale destacar os dados encontrados nos artigos citados em Notas Introdutórias, que também versam sobre egressos de residências multiprofissionais. Dos nove artigos encontrados sobre o perfil de egressos de residências, sete trazem a discussão de gênero.

Grams e Camargo (2019), em pesquisa realizada com assistentes sociais egressas de programas de residência em programa específico do Estado de Santa Catarina, trazem 93,75% das participantes de sua pesquisa como sendo do gênero feminino; Nunes, Nogueira e Lima (2016), ao realizarem uma pesquisa também com assistentes sociais egressas, mas na cidade do Rio de Janeiro, trazem um universo de 92% do gênero feminino; Melo *et al* (2012), em pesquisa realizada com diversas profissões da área da saúde, trazem um total de 86% de participantes do sexo feminino; Flor *et al* (2021) em pesquisa realizada também com diversos profissionais da saúde, trazem um total de 81,8% de participantes do gênero feminino; Pasini *et al* (2020) seguem o mesmo fluxo, ao demonstrarem 79,2% de participantes do gênero feminino; Kveller, Castoldi e Kijner (2017), em pesquisa de um programa específico do Rio Grande do Sul, trazem um percentual de 89% de participantes do gênero feminino; e por fim, Branchi e Mendes (2022), em pesquisa realizada com uma instituição específica de Porto Alegre, trazem o resultado de 90,3% de participantes do gênero feminino.

Os estudos revelam a predominância do gênero feminino nas profissões da saúde, gerando o que as autoras trazem como a feminilização do setor saúde (MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013 e WERMELINGER *et al*, 2010). E ainda conforme as autoras, junto da discussão da feminilização do setor saúde, importa também refletir sobre a saúde e a qualidade de vida dessas profissionais dentro dos seus contextos de trabalho e de formação. Nesse sentido

Falar da saúde das profissionais de saúde implica lembrar que estas estão sujeitas a pesadas cargas de estresse e sofrimento laboral. Além de lidarem com o adoecimento, a dor e o sofrimento em sua ampla gama de manifestações, tentam dar respostas muitas vezes vinculadas a decisões que implicam “incertezas e limites do conhecimento”, também suprem as expectativas dos pacientes, familiares e membros das equipes. A questão de gênero não tem sido um aspecto priorizado nas análises acerca da relação entre trabalho, ocupação e sofrimento psíquico e pouco sabemos sobre as especificidades e as implicações presentes, inerentes ao processo de feminilização na área da saúde (MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013, p. 242)

Em relação à questão da pertença étnico-racial, a pesquisa em questão foi realizada com a sua totalidade de participantes se autodeclarando brancas. Tal dado nos remete à desigualdade brasileira, que mesmo com os programas de políticas afirmativas, o acesso ao ensino superior é restrito à uma parcela da população, “prevalecendo as pessoas de cor branca como as que têm mais oportunidades de acesso a esse grau de ensino” (CFESS, 2022, p. 30).

O dado da atual pesquisa também concorda com os dados demonstrados pelas entidades representativas, onde o CFESS (2022) aponta que no país temos 46,98% de assistentes sociais se autodeclarando brancas e 37,58% se autodeclarando pardas, enquanto o Reidel *et al* (2022) trazem que 82,77% das assistentes do estado também são da cor branca. Além disso, é indissociável o debate relacionando gênero e etnia, visto que, “embora as mulheres sejam

vítimas dessas relações estruturais de opressão, exploração e dominação, é inegável que as mulheres brancas usufruem mais privilégio do que as pretas, pardas ou as indígenas (REIDEL *et al*, 2022, p. 39). Nesse sentido, contata-se que as características da formação sócio-histórica do Brasil, que possui o racismo como característica estrutural, interferem diretamente na configuração da categoria profissional de assistentes sociais.

Corroborando com a discussão, dos nove artigos encontrados em relação ao perfil de egressos, três também abordam a questão da pertença étnico-racial. Pasini *et al* (2020), ao realizarem um levantamento sobre egressos dos programas do Rio Grande do Sul, apontam para um total 76,4% de participantes autodeclarados brancos. Em seu trabalho, os pesquisadores ainda problematizam que, embora seja previsto em lei a reserva de vagas para a população negra em concursos públicos, a residência ainda não adota essa medida. Branchi e Mendes (2022), em pesquisa realizada em uma instituição específica da cidade de Porto Alegre com todas as categorias profissionais que englobam a residência, apontam para um total de 90% dos participantes sendo da cor branca.

Já o trabalho de Flor *et al* (2021), em pesquisa realizada com egressos de todo país (ao todo 365 participantes), que realizaram especificamente a formação em Atenção Primária da Saúde, apontam para um resultado que diverge daqueles já mencionados. Os autores sinalizam para um total de 56,7% dos participantes como autodeclarados pretos, pardos e indígenas, ao passo que 43,3% se autodeclararam brancos e amarelos. É possível inferir que os autores chegaram a esse dado visto que 72,2% dos participantes da pesquisa são da região nordeste do país, o que vai ao encontro da problematização do CFESS (2022), ao apontar que

A maior proporção de profissionais autodeclaradas/os da cor negra/preta, estão em Unidades Federativas com fortes vínculos com a colonização brasileira, marcada pelo uso extensivo de trabalhadoras/es escravizadas/os vindos do atual continente africano (CFESS, 2022, pg. 33)

Agora em relação à instituição de ensino de graduação, as participantes do presente estudo trazem uma diversidade de universidades. Dentre elas, temos 3 participantes provenientes da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que fundou o curso de Serviço Social em 2009. Já as outras 5 participantes vieram de universidades privadas, dentre elas privadas confessionais, como a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)², o Centro Universitário Metodista IPA³ e a Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS); e privada comunitária, como a Universidade de Caxias do Sul (UCS).

² Não oferece mais vagas novas para graduação e pós-graduação em Serviço Social, estando em via de extinção, contando apenas com os alunos que já ingressaram e estão finalizando a graduação e a pós.

³ Não oferece mais curso de graduação em Serviço Social.

Agrupando as participantes que realizaram a graduação em instituições confessionais, tem-se um total de 4 participantes (50%), o que, mais uma vez, representa a análise sócio-histórica da profissão, visto que os primeiros cursos de Serviço Social do país surgiram por “iniciativa de representantes da ação social católica” (REIDEL *et al*, 2022, p. 47). Além disso, o fato de 5 participantes se originarem de instituições particulares, também remete a tendência em curso no Brasil da expansão do ensino superior privado. Nesse sentido,

Parte-se da premissa de que a formação de profissionais para atuar no âmbito das políticas públicas vem sendo capturada pela lógica imposta pela ideologia vigente, bem como pela política de educação superior que altera a concepção de formação profissional e põe em risco as possibilidades destas profissões contribuírem, de modo efetivo, com os sistemas de proteção social e garantia de direitos (MACIEL, 2020, p. 35)

Relacionado com a formação da graduação, cabe ressaltar também a relação entre a faixa etária do término da graduação com a faixa etária do ingresso na residência. No presente estudo tem-se, em sua maioria, assistentes sociais iniciando a residência como adultas jovens, o que vai ao encontro do preconizado pela legislação como possibilidade de formação profissional para o SUS. Além disso, do universo de 8 participantes, 7 (representando 87,5%) ingressaram na residência imediatamente após a formatura da graduação, demonstrando a importância dessa pós-graduação para o exercício profissional e a qualificação profissional.

Esses dados apontam na mesma direção daqueles trazidos por Grams e Camargo (2019) e Nunes, Nogueira e Lima (2016) em pesquisas realizadas também com assistentes sociais egressas de programas de residência. Pasini *et al* (2020) também realizam esse comparativo em seu estudo, constatando que 83,3% dos participantes da pesquisa ingressaram na residência em um período de 0 a 2 anos após o término da graduação. Isso corrobora com todo o resgate histórico realizado em capítulo anterior sobre a origem da residência e seus objetivos em relação à proposta de um novo fazer saúde e também de formação de recursos humanos para a política de saúde.

Por fim, cabe analisar os dados trazidos referente à realização de outra pós-graduação para além da residência. Identifica-se que, em sua maioria, as participantes não procuraram outra formação após a residência. Porém, tem-se que uma realizou o mestrado após a residência e outra, no momento da coleta de dados da pesquisa, estava realizando uma especialização na área da saúde pública. Vale destacar a participante que realizou duas residências durante a sua trajetória, o que corrobora a problematização levantada em capítulo anterior em relação à opção pela residência “não somente como possibilidade de qualificação, mas também uma estratégia de inserção profissional no mercado de trabalho, considerando as dificuldades objetivas de empregabilidade que a profissão enfrenta na atualidade” (REIDEI *et al*, 2022, p. 58).

Outra questão pertinente ao debate em relação à realização de pós-graduação *stricto sensu*, como o mestrado, é a realidade de Porto Alegre nesse momento, em que há apenas um programa com oferta de vagas para cursar o mestrado em Serviço Social (vinculado à UFRGS), visto o sucateamento da educação superior em curso no país, que culminou no encerramento das atividades da pós-graduação mais antiga do Estado, da PUCRS. Os dados do CFESS (2022) também apontam nessa perspectiva, ao demonstrar que menos de 10% das assistentes sociais do país realizam algum curso de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado acadêmico e doutorado).

Dos nove artigos encontrados que também versam sobre perfil de egressos de residências, apenas dois também apontam para essa relação com a realização de outras pós-graduações, como também a opção por realização de uma nova residência. Kveller, Castoldi e Kijner (2017) apontaram em sua pesquisa que, dos 42 participantes, 7 também concluíram o mestrado, 5 realizaram doutorado, uma concluiu o pós-doutorado e 2 iniciaram outro programa de residência. Já Flor et al (2021) apontam para o resultado de que 65,8% dos participantes em sua pesquisa não se inseriram em programas de pós-graduação *stricto sensu*. Nesse sentido,

Vivenciamos um ataque ao ensino superior, em particular às áreas de ciências humanas e sociais, diretamente afetadas pelos cortes de bolsas e de financiamentos de pesquisa, o que prejudica não somente a qualidade da formação e os Programas de Pós-Graduação, dentre eles os de Serviço Social, que se sentem ameaçados de terem seus programas extintos, como também o desenvolvimento científico e tecnológico (REIDEL;CANTALICE, 2021, p. 60 apud REIDEL *et al*, 2022, p. 58)

Evidencia-se, a partir da análise realizada, que os dados encontrados na coleta com as participantes da pesquisa demonstram também a realidade de demais pesquisas da área tanto do Serviço Social quanto de profissionais de saúde. Esse dado é importante para localizar a pesquisa enquanto parte constituinte da realidade atual, realizando as problematizações pertinentes em relação a uma sociedade permeada pelo contraste de gênero, raça e acesso ao ensino. Após esses dados iniciais e mais gerais em relação à caracterização das participantes, o próximo passo será analisar a inserção profissional das participantes da pesquisa, realizando um contraponto com a discussão da análise documental realizada na pesquisa.

3.2 “NÃO CONTOU, NEM A RESIDÊNCIA E NEM O MESTRADO”: a desvalorização da pós-graduação na inserção profissional das egressas

Neste subcapítulo, pretende-se relacionar os dados da atuação profissional das participantes da pesquisa com os dados coletados a partir da análise documental. Em um primeiro momento, serão desdobrados e problematizados os dados da realidade das participantes quanto ao exercício profissional atual, focando nas informações referentes ao vínculo empregatício, à política de atuação, à carga horária, ao rendimento e, por fim, se o título de residente contou para o ingresso no atual trabalho. Verifica-se que o aprofundamento dessas questões é importante pois “o assistente social afirma-se socialmente como um *trabalhador assalariado*, cuja inserção no mercado de trabalho passa por uma relação de compra e venda de sua força de trabalho especializada com organismos empregadores, estatais ou privados” (IAMAMOTO, 2012, p. 96).

Após esses desdobramentos em relação às características profissionais das participantes, a análise documental realizada na pesquisa será posta em evidência, destacando de que maneira os dados encontrados nos documentos estão diretamente relacionados com a realidade das egressas participantes, bem como com toda a problematização que vem sendo realizada desde o início do trabalho. Como já mencionado anteriormente, algumas falas das participantes serão destacadas ao longo da discussão, a fim de demonstrar e ratificar a importância da presente discussão.

Assim, apresenta-se o Quadro 5, que contém os primeiros dados que serão analisados.

Quadro 5: Dados da atuação profissional das participantes

Características	N.	Porcentagem
<u>Atuando como assistente social</u>		
Sim	6	75%
Não	2	25%
<u>Vínculo trabalhista</u>		
Estatutário	4	66%
Celetista	2	33%
<u>Política de atuação</u>		
Saúde	3	50%
Assistência Social	3	50%
<u>Carga horária</u>		
30h	3	50%
40h	3	50%
<u>Residência contou no concurso/processo seletivo</u>		
Sim	1	16,6%
Não	5	83,3%
<u>Rendimento bruto</u>		

De R\$ 3.001 a R\$ 4.000	1	16,6%
De R\$4.001 a R\$ 5,000	-	-
De R\$ 5.001 a R\$ 7.000	3	50%
De R\$ 7.001 a R\$ 9.000	1	16,6%
De 9.001 a R\$ 11.000	1	16,6%

Fonte: Sistematização da autora, 2023

Para iniciar a discussão, tem-se o fato de que, das 8 participantes da pesquisa, 2 não estão atuando como assistentes sociais. Uma delas, após a experiência da residência, procurou outra graduação. A outra não está inserida no mercado de trabalho e demonstra diversas dificuldades em relação a isso atrelado ao fato de ter sido mãe há pouco tempo e também devido a troca de empresa que administrava o serviço de saúde em que estava vinculada.

Esses dados concordam com os dados da pesquisa realizada no Estado do Rio Grande do Sul, de Reidel *et al* (2022), que aponta um número menor de profissionais que não conseguem se inserir no mercado de trabalho, comparado com aqueles profissionais que de fato estão inseridos, e que dentro desse universo, as dificuldades estão relacionadas com a pouca oferta de vagas para assistentes sociais, aguardando abertura de novos concursos públicos, bem como aguardando a nomeação em concursos. Ainda nesse sentido, a pesquisa indica para um percentual de 0,5% de profissionais que não seguiram a carreira, o que vai ao encontro do achado no presente trabalho. Já o CFESS (2022) traz, em sua publicação, um dado de 15,43% das assistentes sociais do país sem nenhum tipo de vínculo e sem renda.

Tais dados concordam com o que Grams e Camargo (2019) encontraram em sua pesquisa também com assistentes sociais egressas, que de um universo de 16 participantes, evidenciou-se 11 inseridas no mercado de trabalho, ao passo que 5 não estavam inseridas. Melo *et al* (2012) também encontram dados nessa perspectiva, ao referirem que em sua pesquisa com egressos de diversas categoriais profissionais, encontraram um total de 14% dos participantes em situação de desemprego. Flor *et al* (2021) em pesquisa com egressos de diversas áreas profissionais e de diversos estados, apontam para um resultado de 80,2% dos participantes inseridos em atividades profissionais após o término da residência. Entretanto, Nunes, Nogueira e Lima (2016), em pesquisa com assistentes sociais egressas de residência, encontram um dado que difere daqueles já mencionados; os autores referem que todas as participantes da pesquisa estão inseridas no mercado de trabalho como assistentes sociais.

Os dados encontrados apontam para a discussão de trabalho realizada por Antunes (2020), que constata que

[...] ao mesmo tempo que se amplia o contingente de trabalhadores e trabalhadoras em escala global, há uma redução imensa dos empregos; aqueles que se mantêm empregados presenciam a corrosão dos seus direitos sociais e a erosão de suas

conquistas históricas, consequência da lógica destrutiva do capital que, conforme expulsa centenas de milhões de homens e mulheres do mundo produtivo (em sentido amplo), recria, nos mais distantes e longínquos espaços, novas modalidades de trabalho informal, intermitente, precarizado, “flexível”, depauperando ainda mais os níveis de remuneração daqueles que se mantêm trabalhando (ANTUNES, 2020, p. 27).

Nesse sentido, a inserção de assistentes sociais no mercado de trabalho está diretamente atravessada por todas as implicações geradas pela lógica capitalista e de competição acirrada, conforme já mencionado anteriormente. Desse modo, contata-se que as participantes da pesquisa também são influenciadas por essa realidade, visto que do universo de 8 participantes, apenas 6 estão inseridas em trabalhos formais como assistentes sociais, sendo que a maioria precisou se mudar de cidade para assumir vagas em outros Municípios, o que também reflete essa redução de vagas.

Além disso,

No âmbito do mercado de trabalho do Serviço Social amplia-se os processos de subcontratação de serviços individuais de assistentes sociais (pejotização e uberização), por parte de empresas de serviços ou de assessoria, de organizações não governamentais, de (falsas) cooperativas de trabalhadores na prestação de serviços a governos, especialmente no âmbito local, configurando-se o exercício profissional privado autônomo, temporário, por projeto, por tarefa, decorrentes das novas formas de organização e operação das políticas sociais (RAICHELIS, 2018, p. 51)

Raichelis (2018) ainda denomina uma nova morfologia do trabalho de assistentes sociais, que perpassa diversas políticas sociais, como a saúde, nas quais profissionais se deparam com subcontratações e terceirizações, experimentando “a precarização do trabalho não protegido, a insegurança laboral, a baixa e a incerta remuneração, a desproteção social e trabalhista, o assédio moral, o sofrimento e o adoecimento decorrentes do trabalho, ou seja, a precarização do trabalho e da vida” (RAICHELIS, 2018, p. 52).

Essa realidade do mundo do trabalho aponta para a discussão referente à saúde do trabalhador inserido nesse contexto. Nesse sentido, “a denominação saúde do trabalhador carrega em si as contradições engendradas na relação capital e trabalho e no reconhecimento do trabalhador como sujeito político” (MENDES; WUNSCH, 2011, p. 464). Como já mencionado anteriormente, o cenário da residência também é um espaço de trabalho, em que a saúde mental das profissionais também é posta em evidência, e isso permanece no momento em que, concluída a residência, essas profissionais se deparam com as dificuldades de inserção profissional e com as condições dos espaços de trabalho. As autoras também sinalizam que

Na área do conhecimento e intervenção, o assistente social é requisitado a responder a demandas legitimadas pelas contradições produzidas na ofensiva do capital sobre os trabalhadores. O trabalhador assistente social não fica imune às confrontações advindas desse contexto. Sobre ele impactam também as mesmas exigências colocadas sobre o trabalho e os agravos sobre sua saúde do conjunto dos trabalhadores. Conjugam-se a essa realidade as condições objetivas para exercer o

trabalho, os limites colocados pelos órgãos empregadores, pelas relações de poder, pelo estatuto político-legal e recursos programáticos e financeiros, entre outras determinantes que interferem nas atribuições profissionais (MENDES, WUNSCH, 2011, p. 478)

Dessa maneira, evidencia-se, novamente, a importância do aprofundamento da análise dos dados de inserção profissional das participantes da pesquisa, pois demonstram como as categoriais historicidade e contradição (já abordadas anteriormente) estão relacionadas em todos os aspectos do trabalho. É urgente identificar a(o) assistente social enquanto parte dessa engrenagem do mundo do trabalho, em que é permeado por todas as características da lógica capitalista neoliberal. Por isso que relacionar os dados encontrados, com os dados de outras pesquisas, e também com a análise de documentos, reforça aquilo que o trabalho vem discutindo desde seu início, de que a residência está atravessada por todas esses aspectos, porque mesmo sendo formação, ela é trabalho, e ela interfere na realidade daqueles em formação e daqueles que estão recebendo e formando esses profissionais, além de impactar nas escolhas e oportunidades profissionais após sua realização.

Em relação à política de atuação atual, das 6 participantes que estão inseridas no mercado de trabalho enquanto assistentes sociais, 3 estão atuando na política de saúde e as outras 3 estão trabalho na política de assistência social. Esse dado vai ao encontro dos dados encontrados nas outras duas pesquisas realizadas com egressas assistentes sociais, que encontraram 51% das assistentes sociais na área da saúde e 25% na área de assistência social (NUNES; NOGUEIRA e LIMA, 2016) e outra que de um total de 11 egressas inseridas no mercado de trabalho, 6 atuam na saúde e 5 na política de assistência social (GRAMS; CAMARGO, 2019). Nesse sentido

As políticas sociais constituem mediação privilegiada, embora não exclusiva, para o trabalho profissional e base institucional que impulsiona a profissionalização de assistentes sociais, por meio de formação de um mercado de trabalho que passa a requisitar agentes habilitados para a formulação e implementação das políticas sociais (RAICHELIS, 2018, p. 27)

Tais informações concordam com a pesquisa realizada por Reidel *et al* (2022), que aponta que as políticas que mais absorvem os profissionais assistentes sociais são a de assistência social (51,23%) e a de saúde (24,86%). Ainda nessa perspectiva, dos demais artigos encontrados sobre egressos de residência de diversas áreas profissionais, quatro também realizam esse recorte de atuação atual. Flor *et al* (2021) apontam para um total de 47,9% dos participantes inseridos na saúde; Pasini *et al* (2020) indicam 68,1% dos participantes inseridos no mundo do trabalho em saúde; Kveller, Casltoldi e Kijner (2017) apontam para um total de 61% dos egressos de sua pesquisa inseridos na rede pública de atenção à saúde; e por fim,

Brasil, Oliveira e Vasconcelos (2017) indicam um resultado de 68% dos egressos atuando no SUS.

Do universo das seis participantes da pesquisa que estão inseridas no mercado de trabalho, foi unânime a afirmação de que a residência é um diferencial na prática profissional atual, referindo uma contribuição, inclusive, para o trabalho em outras políticas que não necessariamente a política de saúde, como demonstram as falas a seguir:

Porque o conhecimento que tu tens da atenção básica, tu trazes para a média complexidade, que é onde eu trabalho (CREAS). Mas a gente dialoga muito com a atenção básica. Então essa experiência tu podes transformar para a média entendeu? Porque tu entendes o que é a base e tu entende o que é proteção, tu entendes o que é a prevenção porque tu tá na proteção. Porque tu podes trabalhar nessas vias, integrando tua intervenção, nesse sentido. (Participante 01)

Na residência eu pude vivenciar dois campos de atuação, crianças e adolescentes e adultos com transtornos mentais. E um criança e/ou adolescente que está em acolhimento (porque agora trabalho em acolhimento institucional), é raro que ela não esteja em sofrimento. Então eu acho que a residência ajudou muito a lidar com esse público, a acolher, a aprender o melhor jeito de trabalhar com esse público. E acho que isso é um reflexo do que eu aprendi na residência de saúde mental. (Participante 05)

Conforme o tempo passa mais eu vejo que a residência me formou como pessoa, não passa um dia no meu trabalho que eu não fale 'ah lá no hospital x a gente fazia isso e aquilo', não tem um momento que não cite um exemplo, uma vivência, alguma coisa que eu tive na época, por que foi o *start* da carreira profissional mesmo. E hoje trabalhando em um CRAS eu percebo ainda mais que a saúde, especialmente a saúde mental está em tudo, e a gente sempre tem que estar interligado, a gente não vai trabalhar sozinho. Então querendo ou não eu ainda tenho essa interlocução, querendo ou não eu ainda uso os conhecimentos que eu aprendi na residência. Querendo ou não eu às vezes oriento meus colegas 'ó gente vamos fazer assim que eu acho que é a melhor alternativa' aí eles 'nossa, como é que tu pensaste nisso?' eu fiquei 'é porque eu já passei por situações parecidas. [...] especialmente porque na residência a gente tinha muita abordagem coletiva, a gente tinha muito grupo, muita intervenção terapêutica, claro o Serviço Social não faz intervenção terapêutica, mas eu digo no sentido de sempre essa coletivização das demandas, essa discussão mais ampliada que eu sempre gostei e que eu desenvolvi mais ainda com a residência. Hoje eu vejo que eu tenho uma bagagem absurda pra trabalhar no coletivo, para pensar uma dinâmica, para 'meu Deus vamos usar esse assunto, vamos fazer essa dinâmica, vamos usar essa música, vamos fazer coisa diferente'. E a melhor parte pra mim é o *feedback* dos usuários olharem pra mim e dizerem 'ai que legal que foi o grupo hoje, eu aprendi tanto' eu fico 'meu Deus, eu aprendi mais contigo do que tu comigo' sabe? Porque essa troca que me motiva e que é o que eu gosto de fazer e que por isso que eu digo que a residência ficou marcada totalmente, porque mesmo eu não estando num CAPS, ainda assim a gente faz a abordagem coletiva, a gente faz acompanhamento coletivo, qualquer oportunidade de ter um grupo eu estou ali me candidatando 'deixa que eu faço, deixa que eu faço'. Então de exercitar essa criatividade no nosso cotidiano, porque seria muito mais simples eu sentar lá e fazer um atendimento individual com todos, seria muito mais simples para mim, mas eu não gosto, eu prefiro que seja no grupo, eu prefiro que tenha discussão, eu prefiro que eu tenha que erguer a mão e dizer 'gente pelo amor de Deus vamos se organizar', eu gosto desse movimento e eu gosto desse movimento porque a residência me ensinou a gostar mais ainda do que eu já gostava (Participante 07)

Nessa perspectiva, se torna evidente a importância da formação da residência para a prática profissional das egressas, que apontam, inclusive, que os aprendizados adquiridos na prática em saúde também contribuem para a prática nas demais políticas sociais, como na política de assistência social. Desse modo, é possível realizar um contraponto com os aspectos trazidos anteriormente no trabalho, que apontam sobre a residência ser uma pós-graduação para a formação de recursos humanos para a saúde.

Conforme Castro e Castro (2013), o cenário das residências é complexo e permeado por diversos desafios e debates. Dentre os nove pontos trazidos pela autora, vale destacar dois:

- Problematizar os processos de precarização do trabalho, a não realização de concursos públicos e o enxugamento de quadros profissionais *versus* o significado da expansão dos programas de residências e entrada de profissionais nos serviços via esta modalidade;
- Avaliar se estamos formando profissionais para o trabalho no Sistema Único de Saúde e se os egressos estão se inserindo na política pública de saúde (CASTRO e CASTRO, 2013, p. 6)

Já o CFESS (2017) traz que aumentou significativamente o número de programas de residência financiados pelo fundo público, mas que tal ampliação “não tem sido acompanhada [...] de uma política de integração ao SUS dos egressos desses programas que por vezes são inseridos no setor privado” (CFESS, 2017, p.38)

Embora essa discussão em relação à fixação de egressos no SUS esteja presente em diversos documentos e produções de referência da área, os dados da presente pesquisa evidenciam que, além para a formação para a saúde, a residência está formando para as políticas sociais como um todo, para o trabalho com a população em geral, independente de qual política a profissional esteja inserida. Isso evidencia, novamente, a contradição que perpassa todo o processo da residência desde sua instauração. Compreendendo o conceito ampliado de saúde defendida pela reforma sanitária e evidenciado na Lei nº 8.080 (Brasil, 1990), princípios como universalidade e integralidade são colocados em evidência, além do entendimento de que o acesso à saúde engloba acesso à moradia, trabalho, renda, alimentação, transporte, entre outros.

Nesse sentido, adotando o entendimento da saúde como um conjunto de diversos aspectos da vida, que perpassam diversas políticas sociais e exigem a relação entre elas, é colocado à prova de que a residência vai muito além para da formação de recursos humanos especificamente para a saúde. Compreende-se, nessa perspectiva, que a residência forma para o serviço público, independente se for pra saúde, para a assistência social, para a educação, para a gestão. O olhar que a formação em residência proporciona para o todo, para a realidade do paciente/usuário enquanto pessoa inserida na realidade capitalista neoliberal e que é influenciado pelas diversas características de sua vida, prepara o profissional para atuar nessa

perspectiva de integralidade do cuidado, enxergando a totalidade como essencial para a intervenção, independente de qual política estiver inserido. Nessa perspectiva os autores também apontam em seu estudo que

Os(as) participantes atribuem grande importância à formação em programas de residência multiprofissional, nos quais são vivenciadas as dificuldades e as potencialidades do trabalho em equipe, permitindo o reconhecimento da interdisciplinaridade para o enfrentamento de problemas complexos, a ampliação do trabalho com foco nos(as) usuários(as), a possibilidade de experimentar aspectos do trabalho em saúde relacionados à gestão, ao cuidado, ao planejamento e ao controle social, que propiciam aos(às) egressos(as) uma inserção qualificada em diversos âmbitos do SUS e de outras políticas públicas da rede intersetorial” (PASINI *et al*, 2020, p. 219)

Desse modo, percebe-se que a formação generalista do assistente social que busca formar um perfil profissional com competências para intervir em diversas políticas sociais, encontra na residência uma possibilidade de aprimorar essas competências e atribuições profissionais para o enfrentamento das expressões da questão social, efetivando práticas e ações multiprofissionais e intersetoriais. Assim, as falas demonstradas evidenciam a potencialidade da residência como formação diferenciada e espaço privilegiado de qualificação e reflexão crítica da realidade. Essa discussão também é evidenciada nos dois artigos que também versam sobre assistentes sociais egressas de residência. Grams e Camargo (2019) e Nunes, Nogueira e Lima (2016) também apontam, ao analisar os dados de suas respectivas pesquisas, que as participantes referem uma importante contribuição da residência para práticas profissionais em outras políticas sociais.

Agora analisando os vínculos empregatícios das participantes da pesquisa, tem-se a realidade de quatro serem estatutárias (66%) e duas serem celetistas (33%). Esses dados concordam com aqueles encontrados na pesquisa realizada no Rio Grande do Sul (Reidel *et al*, 2022), que aponta para um total de 46,21% de assistente sociais com vínculo de estatutárias e 29,66% com vínculo de celetistas (CLT). Além disso, as outras duas pesquisas encontradas sobre assistentes sociais egressas de residência, também trazem dados referente à essa caracterização. Grams e Camargo (2019) indicam que, de um total de 11 egressas inseridas no mercado de trabalho, 6 informaram regime celetista, 4 em vínculo estatutário e 1 em contrato por tempo determinado, o que difere dos dados citados anteriormente. Já Nunes, Nogueira e Lima (2016) apontam para um achado de 42% das egressas trabalhando sob vínculo de estatutário e 41% como celetista.

Nos demais materiais encontrados sobre egressos de diversas categoriais profissionais, três pesquisas também trazem dados em relação ao vínculo empregatício. Brasil, Oliveira e Vasconcelos (2017) encontram um resultado de 50% de profissionais com vínculo de

estatutários e 8% com vínculo de celetistas. Já Flor *et al* (2021) apontam para o resultado de 38,7% dos egressos estarem atuando sob vínculo de estatutário, 18,5% com vínculo de celetista e 27,2% em contratos temporários. E por fim, Pasini *et al* (2020) encontram um resultado de 42,85% de egressos referem vínculo de estatutário e 36,73% com vínculo de celetista.

Os dados encontrados nas pesquisas, demonstram que o setor público, através de concursos públicos (estaduais, municipais e federais) concentram o maior número de profissionais egressos da residência, realidade que também é característica da categoria de assistentes sociais. Entretanto, também é possível perceber que, concomitante a isso, identifica-se um crescimento em relação à terceirização e aos demais vínculos empregatícios. Isso remete ao fato de que

Nas instituições do aparelho de Estado ampliam-se as parcerias público-privadas em diferentes modalidades e áreas das políticas sociais. Ao mesmo tempo assiste-se a importantes deslocamentos nos modos de gestão e contratação de trabalhadores/as através da terceirização de serviços públicos por meio da subcontratação de empresas ou instituições intermediadoras (RAICHELIS, 2018, p. 51)

Ainda nessa perspectiva, tem-se a discussão da carga horária semanal trabalhada como característica importante no mundo do trabalho atual, perpassado por diversas precarizações e retrocessos. Nos dados encontrados através das participantes da pesquisa, tem-se que metade trabalha 30 horas semanais e a outra metade trabalha 40 horas semanais. Entretanto, é importante sinalizar que as assistentes sociais que informaram trabalhar 40 horas semanais, acrescentaram que, no momento de ingresso no espaço de trabalho trabalhavam 30 horas semanais, porém aumentaram a carga horária com a possibilidade de aumento de salário e dedicação exclusiva ao cargo.

Em pesquisa realizada a nível nacional com assistentes sociais, o CFESS (2022) encontra que 44,37% das assistentes sociais trabalham entre 25 e 30 horas semanais e 21,60% trabalha entre 31 e 40 horas semanais. Já a pesquisa realizada no Estado do Rio Grande do Sul (Reidel *et al*, 2022) aponta para um resultado diferente ao sinalizar que 44,28% das assistentes sociais participantes trabalham entre 31 e 40 horas semanais, ao passo que 27,47% trabalham entre 25 e 30 horas semanais. Esses dados nos remetem à discussão referente à Lei nº 12.317 (Brasil, 2010), promulgada em 2010, que preconiza a redução da carga horária de assistentes sociais para 30 horas semanais, vedando a redução salarial. Todavia, o que se percebe é que essa lei ainda não foi totalmente implementada, e que muitas vezes, o aumento da carga horária acompanha o aumento salarial, o que também é importante considerar frente ao contexto de precarizações que assola todo o contingente de trabalhadores no país.

Nos outros estudos encontrados sobre egressos de residência, apenas alguns trazem o debate da carga horária de trabalho. Nunes, Nogueira e Lima (2016), ao analisar assistentes sociais egressas, apontam para um resultado de 50% das participantes trabalharem 30 horas semanais e 18% trabalharem 40 horas semanais. Pasini et al (2020) sinalizam para um resultado de 59,18% de egressos trabalhando em regime de 40 horas semanais e um total de 24,49% trabalhando em regime de 30 horas semanais. Melo *et al* (2012) apontam para um resultado de 12% dos seus participantes trabalhando em regime de 30 horas semanais e 58% trabalhando em regime de 40 horas semanais.

Dessa maneira, percebe-se que, em estudos que englobam profissionais de diversas áreas de formação, a jornada de trabalho tende a ser, predominantemente, de 40 horas semanais. Porém, mesmo com a categoria de assistentes sociais possuindo uma legislação específica de fixação de carga horária de 30 horas semanais, os dados apontam para uma realidade distinta em alguns estudos.

Por fim, em relação ao rendimento bruto das participantes, os dados apontam que 50% das egressas que estão inseridas no mercado de trabalho, recebem um valor entre R\$ 5mil e R\$ 7mil reais. Vale ressaltar que a participante que recebe o menor valor (entre R\$ 3mil e R\$ 4mil) é aquela que trabalha em serviço da política de assistência social de maneira terceirizada, reforçando a discussão da precarização do mundo do trabalho.

A pesquisa do CFESS (2022) indica um dado divergente, apontando para 24,52% das assistentes sociais do país auferindo um valor entre R\$ 2.000 e R\$ 3.000 reais, seguido de 18,05% das colegas recebendo um valor entre R\$ 1.000 e R\$ 2.000 reais. Já entre os valores predominantes dos achados na presente pesquisa (entre R\$ 5mil e R\$ 7mil), o CFESS encontra um contingente de apenas 7,55% de assistentes sociais no país recebendo esse valor.

Os dados nacionais são parecidos com aqueles encontrados pela pesquisa realizada do Rio Grande do Sul, quando Reidel *et al* (2022) apontam para um percentual de 20,10% das assistentes sociais do Estado auferindo um valor entre R\$ 3.000 e R\$ 4.000, seguido de 19,53% que recebem um valor que vai entre R\$ 2.000 e R\$ 3.000. Já o percentual encontrado entre R\$ 5.000 e R\$ 7.000 (maioria na pesquisa em questão), foi de 13,52%.

Nesse sentido, os dados encontrados

Revelam um processo de rebaixamento do nível salarial e do empobrecimento da categoria profissional, que se insere no processo mais amplo de precarização e degradação das condições de vida da classe trabalhadora, mesmo que assistentes sociais façam parte do segmento de profissionais qualificadas/os com nível de formação universitária (graduação) (CFESS, 2022, p. 118)

Nos demais artigos encontrados com a temática de egressos, apenas um também contempla a informação em relação aos rendimentos. Melo *et al* (2012) forneceram aos seus participantes três opções em relação ao salário e encontraram os seguintes dados: 53% recebendo um salário de R\$ 1.500 e 2.000 reais; 29% recebendo um salário entre R\$ 1.000 e 1.500 reais e apenas 12% recebendo um salário maior que R\$ 2.000 reais. Novamente, os dados apontam para uma precarização extrema em relação à inserção profissional que assola os trabalhadores brasileiros. Percebe-se que, mesmo com uma pós-graduação como a residência, os egressos ainda se deparam com realidades salariais extremamente baixas, o que demonstra também a desvalorização das profissões.

Para além dos dados específicos da atuação profissional atual das participantes da pesquisa, outra questão essencial para a discussão é a relevância do título da residência na inserção no mercado de trabalho. Das 6 participantes que estão atuando como assistentes sociais, apenas UMA informou que a residência contou para o ingresso no espaço de trabalho atual. As demais apontam para uma total desvalorização da qualificação profissional no momento de realizar o concurso e/ou processo seletivo. E como demonstra a participante

[...] onde eu trabalho não contou... nem a residência e nem o mestrado. Toda qualificação profissional não conta lá. Nem como pontos para o concurso e nem para plano de carreira. (Participante 03)

Novamente evidencia-se a precarização da realidade laboral atual, ao passo que a qualificação profissional não é incentivada pelos órgãos empregadores, fazendo com que profissionais que procuram a pós-graduação não sejam valorizados e nem reconhecidos. Os documentos do CFESS (2022) e de Reidel *et al* (2022) não trazem essa problematização em suas respectivas pesquisas. Os artigos encontrados que também versam sobre assistentes sociais egressas também não tratam sobre essa questão. Entretanto, Flor *et al* (2021), em pesquisa com profissionais de diversas categorias profissionais egressos de residência, abordam essa questão. Os pesquisadores apontam para uma realidade de 56,9% dos participantes que informam que a residência não contou como diferenciação de pontuação, ao passo que 43,1% trouxeram que a residência contou como diferenciação de pontuação. Nesse sentido, os autores ainda problematizam que

Apesar de praticamente não haver dúvidas quanto à importância dos Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde para o trabalho no SUS, os egressos apontam clara desvalorização dessa formação no processo de contratação para o trabalho no SUS. Isso demonstra a relevância de se construir uma Política Nacional de Residências em Saúde que preveja diretrizes de valorização dos egressos de PRMS em concursos públicos (FLOR *et al*, 2021, p. 8)

Para além do reconhecimento da residência para ingresso no SUS, evidencia-se que ela deveria ser um diferencial para a prática profissional em qualquer política social, e não

especificamente a saúde. Entende-se que a qualificação profissional, através das pós-graduações *stricto sensu* e *lato sensu*, deveriam ser um diferencial em todos os concursos e processos seletivos, como forma de valorização da qualificação profissional e da pesquisa.

Nesse sentido, novamente é possível identificar a contradição que permeia a realidade do mundo do trabalho, uma que vez que a profissão de assistente social exige um profissional com formação intelectual e cultural sólida, com crítica e competente para propor intervenções propositivas, desenvolvendo suas ações com compromisso e reafirmando cotidianamente os pressupostos do Código de Ética Profissional. Entretanto, o que se constata são processos seletivos e concursos que não valorizam essa qualificação profissional, não incentivando essa busca por melhorias em relação à prática profissional.

Das participantes inseridas no mercado de trabalho como assistentes sociais, identificou-se uma que atualmente encontra-se no papel de preceptora de residência e outra que já desempenhou esse papel em emprego anterior. Destaca-se a fala a seguir:

Faz toda a diferença eu ser preceptora hoje e já ter estado no papel de residente. [...] hoje, como já fui residente, estar no papel de preceptora, eu acho que a gente fica numa vigilância constante, acaba buscando sempre o conhecimento dentro da realidade do que é a prática do residente. É diferente a forma com que eu acabei encarando esse papel, eu tenho um carinho muito grande por esse papel que eu desempenho hoje, de ser preceptora de campo e de núcleo (Participante 04)

A fala evidencia que, para além da contribuição da residência para a prática profissional como assistente social nos mais diversos campos de atuação, ela também é um diferencial no momento em que egressas retornam ao SUS e acabam assumindo o papel de preceptoria, desempenhando uma nova função dentro da realidade que perpassa a residência. Dos artigos encontrados que também abordam a temática de egressos, apenas um também traz essa característica. Pasini *et al* (2020) encontram um dado de 27,8% dos egressos de sua pesquisa exercendo funções de preceptor e/ou tutor em algum programa de residência, “contribuindo com a formação de outros(as) profissionais de saúde a partir de sua experiência como residentes, indicando uma valorização do processo formativo realizado” (PASINI *et al*, 2020, p. 219).

Para relacionar com os dados das participantes da pesquisa, e para finalizar a triangulação dos dados propostas para a presente pesquisa, apresenta-se a análise documental de editais e processos seletivos para contratação de quadro efetivo de assistentes sociais daquelas instituições que oferecem vagas para assistentes sociais (conforme explicitado nas Notas Introdutórias).

Quadro 6: Sistematização da Análise Documental

Instituição	Ano	Nº vagas para assistentes sociais	Vínculo	Prova de Títulos	Se Prova de títulos – Pontuação Residência	Carga horária	Vencimento básico
<u>Grupo Hospitalar Conceição</u>	2023	Cadastro Reserva	CLT	Não	-	150h mensais	R\$ 8.575,50
<u>Hospital de Clínicas de Porto Alegre</u>	2021	Cadastro Reserva	CLT	Sim	1,5 pontos (de um total de 2 pontos)	150h mensais	R\$ 5.195,45
<u>Prefeitura Municipal de Porto Alegre</u>	2022	2 vagas + Cadastro Reserva	Estatutário Municipal	Não	-	30h semanais	R\$ 2.348,08
<u>Secretaria de Saúde do Estrado do Rio Grande do Sul</u>	2021	18 vagas + Cadastro Reserva	Estatutário Estadual	Sim	5 pontos (de um total de 30 pontos)	30h semanais	R\$ 3.473,34

Fonte: Sistematização da autora, 2024

Em relação ao número de vagas oferecidas para assistentes sociais, identificamos apenas dois editais com vagas (Prefeitura de Porto Alegre e Secretaria de Saúde do Estado), totalizando 15 vagas de ampla concorrência, 2 vagas para pessoas com deficiência (PCD) e 2 vagas para pessoas autodeclaradas negras (ADN). Frente a isso, percebe-se que tais editais não comportam a totalidade de assistentes sociais que estão concluindo a graduação, bem como também não comportam as egressas da residência, o que faz com que estes profissionais não sejam absorvidos em sua totalidade após o término da pós-graduação.

Isso evidencia a realidade atual de dificuldade de inserção profissional de assistentes sociais, onde têm-se concursos extremamente concorridos, com pouquíssimas vagas, ao mesmo tempo em que se tem nas políticas públicas o maior campo de atuação profissional. As participantes sinalizam essa questão em suas falas:

Eu acho que um grande problema que a gente ainda tem é o sucateamento da máquina pública. A gente vê muito município realizando concurso público e pegando a lista de aprovados para chamar para contratação temporária. E tu sabe que que o edital não prevê vaga definitiva então tu não podes nem pleitear pela vaga. E isso é uma banalização do trabalho profissional, porque aí a pessoa entra, demora uns dois meses para se situar, tu aprendes todo um novo processo, e aí acaba teu contrato, tu vais

embora e entra uma nova pessoa que vai precisar começar o processo do zero. E isso prejudica demais, tanto os profissionais quanto a população atendida (Participante 07)

Hoje eu trabalho de maneira terceirizada na Política de Assistência, mas eu passei em um concurso em primeiro lugar e não fui chamada até agora... fazem quatro anos já. E o edital prevê vaga (Participante 05)

[...] o mercado, como um todo, está muito inflado, tem bastante profissionais, mas as vagas são poucas. E as vagas que não são de concurso pagam muito pouco. Por exemplo o que aconteceu comigo, antes de eu ser chamada no concurso, eu fiquei dois meses trabalhando de maneira terceirizada e ganhando mil e oitocentos reais... então uma pessoa graduada, pós-graduada ganhando mil e oitocentos por mês... (Participante 04)

Nesse sentido, corroborando com as participantes, a categoria profissional

[...] vem sofrendo os efeitos deletérios da Reforma do Estado no campo do emprego e da precarização das relações de trabalho, tais como a redução dos concursos públicos, demissão dos funcionários não estáveis, contenção salarial, corrida à aposentadoria, falta de incentivo à carreira, terceirização acompanhada de contratação precária, temporária, com perda de direitos etc. (IAMAMOTO, 2012, p. 123)

Em relação ao vínculo profissional, tem-se que dois dos editais analisados são estatutários e outros dois são celetistas. Importante destacar que ambos os hospitais com editais analisados fazem parte do sistema federal, em que seus funcionários são identificados como empregados públicos, mesmo tendo regime celetista.

Já sobre carga horária, metade dos documentos analisados prevê carga horária semanal de 30h, já a outra metade prevê carga horária mensal. Esses dados vão ao encontro do preconizado em legislação referente à categoria profissional de assistente social, bem como com os dados encontrados na análise dos dados das participantes da pesquisa.

Em relação ao vencimento básico, os documentos trazem dados alarmantes de desvalorização e precarização da profissão. A Prefeitura de Porto Alegre, para 30h semanas, oferece um salário base que não atinge o valor de dois salários mínimos, fazendo com que as profissionais assumam um regime de dedicação exclusiva de 40h para conseguir atingir um salário digno, com adicional de 100% do vencimento básico. Para além disso, Porto Alegre não conta com prova de títulos em sua seleção e sobre a progressão profissional: “atualmente eles estão realizando a progressão de 2014 e eu entrei em 2020, então nem sei quando vem a minha, depende muito da gestão” (Participante 04).

A Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul prevê um vencimento básico consideravelmente baixo também, entretanto o edital traz pontos importantes de serem analisados. No momento de ingresso profissional, ele prevê um adicional mensal específico para profissionais com especialização e residência (R\$ 475,00) e com mestrado e/ou doutorado (R\$ 790,00). Além disso, também prevê a possibilidade de dedicação exclusiva (40h semanais)

com aumento progressivo (por tempo) do vencimento básico. O edital não conta com informações referentes à progressão de carreira.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) prevê vencimento básico que vai ao encontro dos dados encontrados na presente pesquisa, estando entre os valores que a maioria das participantes auferem. Entretanto, nota-se que este valor está acima da média recebida entre as profissionais do país e do Estado. O edital não especifica informações em relação à progressão de carreira, porém no site institucional é possível verificar que o hospital possui sistema próprio de avaliação e progressão profissional.

Por fim, o Grupo Hospitalar Conceição é a instituição que prevê o maior vencimento básico, estando acima da média encontrada na pesquisa, bem como estando acima também dos dados nacionais e estaduais. Verifica-se que, mesmo tendo regime celetista e não oferecendo a estabilidade estatutária, é a instituição que oferece aos seus profissionais o maior salário inicial, refletindo uma maior valorização da categoria profissional. O edital não conta com informações sobre plano de carreira ou progressão profissional, e também não foram encontrados mais dados em outros canais de comunicação.

Além disso, outro ponto pertinente que é possível observar, é o fato de apenas dois editais contarem com Prova de Títulos como parte do processo de seleção, o que se considera contraditório em relação às instituições que recebem residentes em seus campos de atuação, porém não consideram a realização desta para o ingresso de novos profissionais em seus quadros efetivos.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre possui um vasto histórico em relação à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Em seu último concurso, datado de 2021, observa-se que o Edital traz, para o cargo de assistente social, uma prova composta por: prova escrita (valendo peso 6, com 10 questões de Língua Portuguesa e 40 questões de Conhecimentos Específicos) e uma prova de títulos (valendo peso 4). A figura 01 traz o demonstrativo da Prova de Títulos.

Figura 1 – Prova de Títulos para Assistente Social Edital HCPA

CONTEÚDO DA PROVA DE TÍTULOS (comprovação conforme subitem 7.16 do Edital):			
Nº do item	Títulos	Pontuação	Valor Máximo
1	Formação acadêmica/profissional, reconhecida pelo Ministério da Educação		2,00 pontos
1.1	Doutorado	2,00 pontos	
1.2	Mestrado	1,50 ponto	
1.3	Residência Multiprofissional em Saúde	1,50 ponto	
1.4	Especialização nas áreas de Serviço Social, Saúde, Ciências Sociais ou Educação	1,00 ponto	
2	Produção científica na área de Serviço Social (o mesmo trabalho será pontuado somente uma vez) nos últimos cinco (5) anos		1,50 ponto
2.1	Artigo publicado em revista indexada (QUALIS/CAPES)	0,50 ponto por artigo	
2.2	Artigo publicado em revista não indexada	0,25 ponto por artigo	
2.3	Livro publicado com ISBN	0,50 ponto por livro	
2.4	Capítulo de livro com ISBN	0,25 ponto por capítulo	
2.5	Trabalho apresentado em congresso (temas livres ou pôsteres)	0,25 ponto por trabalho (máximo 1,00 ponto)	
2.6	Conferência proferida em evento científico	0,30 ponto por conferência (máximo 1,00 ponto)	
2.7	Participação em evento científico como coordenador de mesa, debatedor, comentarista, moderador	0,25 ponto por evento (máximo 1,00 ponto)	
3	Experiência profissional em Serviço Social, nos últimos cinco (5) anos, sem sobreposição de tempo (*)		4,50 pontos
3.1	Como Assistente Social na área hospitalar	0,10 ponto por mês	
3.2	Como Assistente Social na área da saúde (exceto hospital)	0,06 ponto por mês (máximo 3,00 pontos)	
3.3	Como Assistente Social em outras áreas	0,04 ponto por mês (máximo 2,00 pontos)	
4	Participação em atividades de atualização na área de Serviço Social, Saúde, Família, Ciências Sociais ou Educação (congressos, fóruns, simpósios, jornadas, cursos, encontros, palestras) nos últimos cinco (5) anos		1,00 ponto
4.1	Com carga horária acima de 100 horas	0,20 ponto por atividade	
4.2	Com carga horária acima de 40 a 100 horas	0,10 ponto por atividade	
4.3	Com carga horária acima de 20 a 40 horas	0,05 ponto por atividade	
4.4	Com carga horária de 4 a 20 horas	0,01 ponto por atividade (máximo 0,10 ponto)	
5	Atividades didáticas na área de Serviço Social (**)		1,00 ponto
5.1	Como docente	0,20 ponto por semestre	
5.2	Como preceptor	0,15 ponto por semestre	
5.3	Como supervisor de estágio	0,10 ponto por semestre	

Fonte: Edital nº5/2021de Processos Seletivos, HCPA, p. 20

É possível identificar que, para esta instituição, a residência multiprofissional tem um peso importante na prova de títulos, visto que no eixo Formação Acadêmica o máximo de pontos é 2,00 e a Residência Multiprofissional vale 1,5 pontos. Além da residência, importante destacar também que o edital engloba diversos outros aspectos, como produção científica na área, experiência profissional, participação em atividades de educação continuada (congressos, simpósios), bem como atividades didáticas, que também contempla o papel de preceptor. Por ser uma instituição de ensino, vinculada com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), é relevante apontar esses aspectos em relação à contratação de novas profissionais assistentes sociais para seu quadro efetivo, valorizando a pós-graduação, a pesquisa e a

experiência profissional, colocando em evidência a importância e a potência que essa instituição enxerga na residência.

Uma problematização importante a ser trazida é o fato de a residência pontuar o equivalente ao mestrado, mesmo sendo formações extremamente distintas. O mestrado se caracteriza como uma formação acadêmica, que visa, principalmente, à formação de futuros docentes; e do outro lado a residência multiprofissional como uma formação em serviço que conta com uma carga horária de 5.760 horas nos dois anos de realização.

Já o Edital da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul prevê uma prova composta por prova escrita, redação e títulos. A prova escrita é composta por questões de Português, Governança e Gestão do SUS, Conhecimentos Específicos, Legislação do SUS, Direito Público e Informática (que ao todo valem 140 pontos), além de uma prova de redação (30 pontos) sobre tema relacionado à matéria Governança e Gestão do Sistema Único de Saúde. A Prova de Títulos do Edital prevê uma pontuação máxima de 30 pontos, contando apenas com cursos diferentes modalidades de especializações e pós-graduações. A residência vale 5 pontos (16,6%) de um total de 30 pontos, ao passo que o doutorado vale 15 pontos e os mestrados (acadêmicos e profissionais) valem 10 pontos. Mais uma vez percebe-se a residência valendo menos pontos do que a realizado de pós-graduações *strito sensu*, mesmo tendo uma carga horária extremamente alta e sendo formação em serviço.

Figura 2 – Prova de Títulos para Assistente Social Edital SES/RS

Nº do item	DESCRIÇÃO DOS TÍTULOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA
1	Doutorado na área da Função, correlacionado com as atribuições da mesma.	15
2	Curso de Mestrado Profissional ou Acadêmico na área da Função, correlacionado com as atribuições da mesma.	10
3	Curso de Especialização <i>lato sensu</i> na área da Função, correlacionado com as atribuições da mesma, ou Residência em Saúde.	5
	Número máximo de pontos	30

Fonte: Edital de abertura nº 15/2021, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, p. 12

Por fim, relacionando os dados das participantes com as demais pesquisas encontradas, bem como com a análise documental, é possível constatar que a realidade laboral de assistentes sociais está intrinsecamente perpassada pelas diversas precarizações e retrocessos da realidade capitalista neoliberal. Para além da não valorização da pós-graduação residência como diferencial em concursos e processos seletivos, temos a escassez de vagas frente ao grande

contingente de profissionais formados e em constante especialização. Novamente surge a problemática de que, cada vez mais as vagas para residência aumentam, ao passo que as vagas para o quadro fixo de profissionais das instituições não, caracterizando uma possível substituição profissional, sobrecarregando tanto o profissional que recebe o residente, como o próprio residente. Verifica-se também a mercantilização das políticas sociais, com cenários de atuação públicos adotando a terceirização para contratação de profissionais, oferecendo as mínimas condições de reconhecimento profissional e de condições de trabalho.

Nesse sentido, é necessário compreender a totalidade que perpassa a realidade das egressas em suas mais diversas dimensões, principalmente no que se refere à inserção profissional após a realização da residência. Frente a todas as problematizações realizadas ao longo do trabalho, é possível verificar que essas profissionais, ao se inserirem no mercado de trabalho, em sua totalidade, retornam ao serviço público, mas com diferenças importantes em relação à valorização profissional, regime de trabalho e faixa salarial. Entretanto, **todas** identificam a residência como um diferencial, um divisor de águas, para a prática profissional atual, mesmo quando não se inserem na política de saúde.

3.3 “O COLETIVO TEM FORÇA [...] É SÓ ASSIM QUE AS COISAS ANDAM”: as diversas dimensões dos aprendizados a partir da Residência

Nesse último subcapítulo, pretende-se realizar um compilado em relação aos aspectos que as participantes trouxeram sobre as diversas dimensões dos aprendizados desencadeados pela realização da residência multiprofissional. Percebe-se que as participantes trazem em suas falas tanto os aprendizados profissionais, quanto os pessoais, de maneira entrelaçada, enfatizando que o crescimento pessoal e o profissional estão relacionados. No decorrer do trabalho as falas destacadas trazem em diversos momentos esses aprendizados, porém nesse subcapítulo objetiva-se problematizar alguns pontos específicos, a fim de salientar que a formação pela residência vai para além da qualificação profissional, contribuindo também para a formação de cidadãs (os) críticas (os) e democráticas (os).

Primeiramente, é importante destacar que **todas** as participantes da pesquisa recomendam a realização da residência, principalmente por ser um diferencial na formação e na prática profissional. Além disso, mencionam também que a residência seria uma preparação para encarar o mercado de trabalho de uma maneira mais confiante, como uma estratégia para se sentir mais segura para atuar nas mais diversas políticas sociais. Destacam-se algumas falas:

Eu acho que a primeira coisa que eu indico é a residência, principalmente quando tu está perdido, não sabe o que fazer ou não consegue entrar no mercado de trabalho. Eu acho que a residência é o lugar que te abre portas (Participante 08)

Eu indicaria realmente como uma forma de especialização, uma vez que existe agora um leque enorme de possibilidades. Eu acredito que é uma coisa que te agrega, não só para aquele foco que tu estás estudando. A residência ela te amadurece, eu acredito que ela consegue fazer com que tu reflitas profissionalmente: qual profissional eu sou? Qual profissional eu quero ser? E é uma possibilidade de estudo maravilhosa, a possibilidade essa de tu conseguir te especializar, mas também é para além disso, é pra além de um certificado (Participante 06)

[...] eu indicaria absolutamente de olhos fechados, eu acho que todo mundo deveria passar por essa experiência (Participante 07)

Nessa perspectiva, as falas das participantes da pesquisa vão ao encontro do que também foi encontrado na pesquisa de Nunes, Nogueira e Lima (2016). Os autores referem que os resultados encontrados em sua pesquisa evidenciam “a potencialidade da residência como formação diferenciada, espaço privilegiado de qualificação, fomentação de projetos contra-hegemônicos e reflexão crítica da realidade” (NUNES; NOGUEIRA; LIMA, 2016, p. 122).

Entretanto, duas participantes mencionam uma atenção especial ao escolher a instituição da realização da residência, indicando uma escolha de local diferente das quais realizaram, compreendendo que outros programas estariam melhor organizados e teriam mais estrutura para oferecer a formação. Essas duas participantes relatam:

[...] mas eu acho que tem muito que cuidar o lugar que vai fazer. Eu queria ter entrado no hospital x na época, era o que eu estava esperando, porque eu achava que tinha uma qualidade melhor nessa questão do ensino, eu achava que era um pouco mais organizado. Enfim, eu acho que tem que dar uma cuidada só no lugar que vai fazer. Para ter um suporte maior. Claro que eu aprendi de verdade porque eu tive que me virar lá e sobreviver. [...] eu acho que se eu voltasse no tempo eu teria feito residência em outro local (Participante 02)

Indicaria a residência sim! Fazer uma residência sim porque eu acho que é uma experiência muito rica, em todos os sentidos. Mas não indicaria no hospital y (Participante 3)

Salienta-se que a escolha pelo local de realização da residência é permeada também pela realidade da concorrência da prova e do número escasso de vagas. Porém, as participantes apontam para uma questão importante, que vai ao encontro daquilo que tem sido discutido ao longo do trabalho. Essas questões englobam as condições de trabalho dos profissionais que assumem a preceptoría e recebem esse profissional residente, como também da lógica de trabalho da instituição, que muitas vezes possuem uma visão equivocada do papel do residente, que é visto como substituição profissional.

Além disso, a compreensão do serviço social dentro das instituições e seu não reconhecimento enquanto profissional que compõe a equipe multiprofissional também impacta nessa formação. Nesse sentido, o documento produzido pelo CFESS em conjunto com a ABEPSS (2023), traz questionamentos pertinentes ao problematizar o papel do serviço social dentro das instituições que oferecem residência, principalmente quando a realidade demonstra dificuldades tão importantes quanto àquelas relatadas pelas participantes. Nesse sentido,

As instituições são permeadas de contradições e disputas, e como o Serviço Social pode contribuir na construção de um projeto multiprofissional? Como podemos defender as residências, de fato, como uma estratégia de educação permanente? (CFESS; ABEPSS, 2023, p. 56)

Nessa perspectiva, novamente depara-se com os desafios que permeiam a realização da residência. Desde os desafios para a instituição que recebe os profissionais em formação e para os profissionais preceptores, até para o grupo de residentes que se insere em um local que possui práticas extremamente instituídas e possui como desafio desacomodar esse instituído e propor novas práticas do fazer saúde.

Outro aspecto relevante em relação a isso, é sobre como a residência também contribuiu para auxiliar as profissionais nesse processo de encontro com a profissão, para reafirmar a escolha profissional e solidificar, a partir da experiência prática, a decisão de permanecer nesse caminho enquanto assistente social.

Eu conhecia pessoas que tinham feito residência e que me disseram que foi ali que elas entenderam que era aquilo mesmo que elas queriam fazer para a vida, aquela profissão. Então a minha expectativa era entender se eu já tinha essa visão que era isso que eu queria. Mas eu queria estar ali na realidade de verdade né, diferente de um

estágio, alguma coisa assim, para entender se era aquilo que eu queria para mim. Porque entrei na faculdade logo depois que eu saí do Ensino Médio, então a gente ainda é muito nova, a gente não entende algumas coisas, a gente precisa botar o pé na realidade. A minha percepção era botar o pezinho na lama ali para ver se é isso que a gente quer mesmo ou se eu estava me iludindo o tempo todo. Então a expectativa era entender um pouco mais da profissão no cotidiano. (Participante 07)

Ainda na perspectiva dessa contribuição da residência em relação à certeza da escolha profissional, cabe ressaltar também para o fato da Participante 08, que emendou duas residências, uma atrás da outra, pelo fato de ter se identificado com a saúde mental a partir da residência em saúde coletiva. Nesse sentido, ela faz a escolha pela residência em saúde coletiva em um primeiro momento como uma estratégia de inserção no mercado de trabalho. E a partir disso, ela tem contato com a saúde mental que se torna a sua paixão, e que permanece seu campo de atuação até o momento da entrevista.

Eu fico pensando, não sei até hoje como consegui emendar duas residências. Mas eu me encontrei na saúde mental, foi minha paixão, me apaixonei de verdade. Eu sei que se não fosse pela saúde coletiva, eu não teria me encontrado com a saúde mental dessa maneira. E isso me motivou a ir atrás dessa segunda residência, e conseguir o título de especialista em saúde mental também (Participante 08)

Nesse entendimento de que os aprendizados profissionais e pessoais se relacionam durante a realização da residência e são demonstrados dessa forma a partir das falas das participantes, é importante ressaltar uma fala específica, que demonstra a dimensão que a vivência a partir da residência toma na vida daquelas que optam por essa experiência.

Eu acho que eu me desenvolvi como pessoa assim, no sentido de amadurecimento. Porque como eu era muito jovem, muito sem vivência, eu terminei a residência sendo uma pessoa mais forte e mais resiliente (Entrevista 02)

A fala da participante concorda com o que Carneiro, Teixeira e Pedrosa apontam em seu estudo com egressos, ao indicar uma segurança adquirida no sentido prático, e que a “residência oportunizou ganho de experiência e desenvolvimento de habilidades e, dessa forma, crescimento pessoal e profissional” (CARNEIRO; TEIXEIRA; PEDROSA, 2021, p. 10). Em relação ao trabalho prático, as participantes trouxeram que a residência contribuiu para esse contato com as demais profissões da saúde, oportunizando esse aprofundamento em relação ao objeto de trabalho dessas profissões, bem como em relação à possibilidade de trabalho na perspectiva multiprofissional. Novamente, identifica-se nas falas que esse trabalho multiprofissional na realização da residência, além do aprendizado profissional, oportunizou o crescimento pessoal e que ultrapassa a prática em saúde.

Eu acho que as trocas multiprofissionais, eu aprendi muito sobre outras áreas. [...] esse amadurecimento e conhecer esse mundo efetivamente na prática. Como eu era do interior, essa experiência me deu mais visão de mundo e colaboraram para eu ter mais empatia, nessa questão de sentir as dores dos outros. Então eu acho que nesse sentido a residência foi muito importante, esse é o impacto dela na minha vida até hoje. (Participante 2)

Eu acho que a possibilidade de trabalho multiprofissional, que ao mesmo tempo é muito positivo e também muito desafiador. Nós éramos em sete categorias profissionais no meu programa, e foi preciso um trabalho intenso de explicar qual o papel da assistente social na equipe. Porque tem algumas questões de identidade que são atribuídas ao Serviço Social dentro do hospital x, e que eram coisas que eu não concordava. Então esse trabalho em equipe, as participações nas reuniões e as discussões foram muito importantes para o meu aprendizado (Participante 04)

Acho que com a residência eu ganhei confiança na atuação profissional e também aprendi a trabalhar em equipe multiprofissional. Foi muito importante conhecer outras profissões que eu até tinha um certo preconceito (Participante 08)

Eu acho que os principais aprendizados foram o exercício da tolerância e a construção do trabalho em equipe, que não é uma exclusividade só da saúde, mas eu acho que na saúde fica muito mais latente o quanto que a gente precisa trabalhar junto. Se uma parte não funciona o resto não vai funcionar. Eu reconheço até hoje que me mudou como profissional, me moldou e me mudou. Outro ponto assim eu acho que foi ter contato com outros profissionais com visões às vezes um pouco diferentes, mas que caminhavam em uma mesma direção, tinham o mesmo norte. Eu acho que isso foi interessante, o fato de categorias profissionais que eu nunca tinha trabalhado em conjunto estando todas juntas. A gente tinha Terapeuta Ocupacional e eu nunca tinha ouvido falar de Terapeuta Ocupacional, eu nem sabia o quê que fazia. Então foi interessante essa proximidade com outras categorias também, para entender como cada categoria trabalha e como todo mundo era importante naquele processo (Participante 07)

As falas destacadas demonstram diversos aspectos relacionados ao trabalho em equipe multiprofissional, principalmente em relação ao reconhecimento de que o trabalho em saúde deve ser realizado em conjunto com demais profissionais, bem como em relação a como esse trabalho propicia habilidades para o mundo do trabalho que não são exclusivas para a saúde, e que agregam ao profissional. Nesse sentido

Os programas de residência, além do que eles são em si – possibilidade de formação na saúde com vistas ao fortalecimento do SUS – possibilitam, por meio da interação entre residentes, preceptores/ as e tutores/as, novos olhares e processos de sistematização do nosso fazer profissional (CFESS; ABEPSS, 2023, p. 38)

Nessa perspectiva, novamente ressalta-se fato de que a experiência da residência vai para além da prática na saúde, entendendo que as práticas realizadas na formação, conforme demonstrado anteriormente pelas participantes, são aplicadas nas demais políticas sociais, visto o trabalho multiprofissional e intersetorial que a pós-graduação proporciona. Essa problematização também é apontada em demais pesquisas com egressos:

Nesse sentido, nos vinculamos a um compromisso ético com um projeto maior de qualificação profissional que ultrapassa os limites institucionais e da própria política de saúde e que tem a potencialidade de se espalhar por todas as demais políticas que conversam com o SUS (NUNES; NOGUEIRA; LIMA, 2016, p. 122)

Dessa forma, é possível realizar um contraponto com o que Dardot e Laval (2016) trazem em relação às novas configurações da realidade laboral no neoliberalismo, que prega a competição generalizada e a individualidade como máximas, conforme demonstrado no subcapítulo 2.2. As falas das participantes apontam para uma outra direção nesse aspecto,

demonstrando que, por mais que a realidade da residência seja permeada por diversas contradições, ela oportuniza o trabalho coletivo e essa integração com demais profissões. Nessa lógica, é possível identificar a residência como um espaço que oportuniza indagações, questionamentos e enfrentamentos em relação a práticas previamente instituídas e cristalizadas.

Identifica-se o seu potencial de ser resistência frente aos retrocessos das políticas sociais e da realidade neoliberal, sendo terreno fértil para o trabalho em equipe e que proporciona esse reconhecimento da importância de todas as profissões envolvidas para que os objetivos das práticas profissionais sejam efetivados. Desse modo, defende-se a concepção de que a residência é um *suspiro* frente à realidade atual. Suspiro que permite o pensar na saúde de maneira coletiva e em conjunto com as demais profissões envolvidas. Suspiro de resistência frente a práticas extremamente biomédicas e centralizadas apenas na cura de doenças. Suspiro de oportunidade de aprendizados multiprofissionais e intersetoriais, oportunizando um crescimento pessoal e profissional que ultrapassa os muros da saúde. E por fim, um suspiro que desacomoda instituições e profissionais envolvidos, e que defende a saúde em seu conceito ampliado, na direção de práticas democráticas e universalizantes. Nesse sentido

Temos ainda o desafio de construir, com os/as residentes, uma reflexão ética, respaldada nos valores do nosso projeto profissional, que vão possibilitar a crítica à moral dominante na sociedade capitalista e desenvolver um trabalho que seja contra o preconceito, a discriminação, o racismo, o individualismo, problematizando esses processos no cotidiano nos serviços de saúde (CFESS; ABEPSS, 2023, p. 57)

Outros aspectos trazidos pelas participantes apontam para aprendizados mais específicos em relação ao mundo do trabalho em sua prática, como a fala em destaque a seguir:

A residência foi essencial para mim para eu aprender a me posicionar profissionalmente, e também aprender a lidar com as relações de trabalho. Eu acho que um grande aprendizado foi esse lá dentro (Participante 03)

A fala em destaque vai ao encontro com os achados da pesquisa de Carneiro, Teixeira e Pedrosa (2021), ao apontarem que os egressos entrevistados em seu estudo referiram que o aprendizado prático adquirido foi “superior em detrimento do teórico, que ficou prejudicado” (CARNEIRO; TEIXEIRA; PEDROSA, 2021, p. 9). Conforme demonstrado anteriormente no trabalho, as participantes apontam para diversas dificuldades em relação ao eixo teórico de suas experiências com a residência, frisando que os aprendizados práticos se sobressaem nesse sentido, visto que a carga horária definida da pós-graduação prioriza a prática (fixando 80% da carga horária total).

Outro aspecto apontado pelas participantes foi o seguinte:

Acho que a residência foi essencial para eu desenvolver minha autonomia enquanto profissional. Aprender que não posso me desesperar, sentar e chorar quando as situações ficam mais difíceis. Então a residência fez isso em mim, me deu segurança

e autonomia para eu me reconhecer enquanto profissional (Participante 07)

Nessa perspectiva, a fala também vai ao encontro do que Carneiro, Teixeira e Pedrosa (2021) encontram em seu estudo, ao apontar que “o programa da RMS é visto como uma oportunidade de eles adquirirem mais segurança para a atuação profissional. Essa “sensação de imaturidade” dificulta o exercício da profissão e a inserção no mercado de trabalho” (CARNEIRO; TEIXEIRA; PEDROSA, 2021, p. 9). É possível perceber que em diversos momentos as participantes trazem à tona a importância da realização da residência como uma maneira de desenvolver essa identidade profissional e essa segurança e autonomia para o mercado de trabalho, independente se permanecem ou não atuando na política de saúde. Dessa maneira

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de *decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano*. Enfim, ser um profissional *propositivo e não só executivo* (IAMAMOTO, 2012, p. 20)

Nesse ponto de vista, tem-se ainda a seguinte fala que demonstra, de maneira certa, a potência da residência em seu aspecto mais global, e que relaciona diversos aspectos abordados durante todo o trabalho:

Eu sou uma pessoa que sempre foi do movimento estudantil na faculdade, eu sempre gostei do rolê coletivo e eu acho que o que mais me impactou na residência foi perceber que esse coletivo nunca vai embora. Eu acho que a gente está sempre trabalhando com ele, independente se é com o paciente, se é com a equipe, se é com a família. Todo mundo tem um papel importante e eu acho que o aprendizado central da residência para mim foi isso e que eu uso até hoje: que o coletivo tem força, independente se ele é um coletivo de residentes, se ele é de profissionais, se ele é de todo mundo. Mas que ele também demanda tempo, ele demanda cuidado. E é essa coletivização do cotidiano que dá resultados, que é só assim que as coisas andam (Participante 07)

Essa perspectiva do coletivo aponta que o trabalho da/o assistente social “participa política e ideologicamente das resistências e disputas ao se organizar enquanto sujeito coletivo através de suas entidades representativas e da formulação de um projeto profissional articulado ao projeto societário da classe trabalhadora” (RAICHELIS, 2018, p. 58). Segundo Alves (2011), a nova morfologia social do trabalho traz alguns traços, como a quebra dos coletivos de trabalho e a redução do trabalho vivo à força de trabalho como mercadoria. Nesse sentido, novamente percebe-se como a residência também assume um papel de resistência ao propor novas formas coletivas de trabalho e de repensar ações coletiva em saúde.

Além disso, Alves constata que “nos locais de trabalho reestruturados, salienta-se a presença da individualização das relações de trabalho e a descoletivização” (2011, p. 40), entretanto, as falas das participantes apontam para uma outra direção ao sinalizarem que a

residência oportuniza essa consciência do coletivo e essa compreensão de que o trabalho na perspectiva crítica acontece apenas quando as diversas profissões trabalham em conjunto e quando a população atendida participa ativamente na tomada das decisões e também é vista como um coletivo potente em prol da transformação social e de práticas democráticas.

Nesse sentido, esse subcapítulo final objetivou demonstrar algumas falas que trazem os aspectos problematizados durante toda a realização do trabalho. Elas trazem uma síntese daquilo que se propôs a aprofundar através do histórico da saúde, da residência e dos atravessamentos que compõem a realidade dessa pós-graduação. É possível afirmar que, mesmo permeada pelas diversas contradições da realidade neoliberal, a residência atinge seus objetivos ao transformar a prática profissional daqueles que acessam seus programas, transformando realidades no âmbito profissional e pessoal, ao se configurar como resistência e primar pelo coletivo, e oportunizando aprendizados que ultrapassam o fazer da saúde, sendo um diferencial na prática nas mais diversas políticas sociais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho realizado demonstra que o contexto da residência multiprofissional perpassa os mais diversos aspectos da realidade atual que tem o sistema capitalista e a lógica neoliberal como pano de fundo. Desse modo, objetivou-se contextualizar essa realidade a partir de uma compreensão mais macro, através de um resgate histórico das políticas sociais no Brasil, afim de compreender de que maneira o SUS e a residência surgem, pautando as contradições que perpassaram todos esses processos.

Nessa perspectiva, entende-se que todos os aspectos abordados no trabalho estão relacionados entre si, posto que se tem como embasamento teórico o método materialista histórico dialético. Investigar se as assistentes sociais egressas dos Programas de Residência Multiprofissional de Porto Alegre estão retornando para o SUS abarca uma compreensão da realidade que se movimenta através de diversas características da conjuntura atual. E compreender as experiências sociais dessas profissionais e de que maneira estão se inserindo no mercado de trabalho está diretamente relacionado com o avanço do neoliberalismo e com a agudização da precarização das políticas sociais.

Conforme demonstrado no decorrer do trabalho, defende-se que a residência, para além de formação, se caracteriza como trabalho. Trabalho através de formação remunerada com legislações definidas que preveem organização de itinerários, carga horária, preceptoria, tutoria, parte prática e parte de ensino. É a partir dessa compreensão que as problematizações são embasadas e reafirmadas através das falas das participantes, conforme o (a) leitor (a) percebeu ao longo do texto. A discussão da residência enquanto formação é indissociável da discussão a respeito do trabalho na realidade capitalista neoliberal, e o quanto os retrocessos que assolam a sociedade interferem diretamente em todos os aspectos da residência, desde seu número de vagas, o valor da bolsa, até a saúde mental de residentes.

A pesquisa sinalizou para diversos aspectos pertinentes que perpassam a realidade da residência multiprofissional, bem como a opção por essa pós-graduação. Nota-se que a bolsa oferecida é um diferencial para as profissionais que buscam uma qualificação atrelada ao trabalho e à uma remuneração. Além disso, verifica-se que em função da bolsa oferecida, profissionais procuram a residência como uma estratégia de inserção no mercado de trabalho logo após a finalização da graduação, visto que enfrentam dificuldades frente à realidade neoliberal de escassez de vagas de trabalho. Ademais, conforme as participantes sinalizam, a bolsa também permite que profissionais procurem a formação em Municípios diferentes aqueles

de sua origem, como possibilidade de crescimento profissional e pessoal e conhecimento de outra realidade.

A realidade das 60h semanais também é um fator presente em todos os relatos das participantes, como sendo uma dificuldade importante que enfrentam na formação, o que está diretamente relacionado com a problemática da saúde mental e da sobrecarga física e mental das profissionais residentes, gerando um sofrimento excessivo que afeta a maioria das residentes. O sofrimento também está relacionado ao que autoras denominam como fadiga por compaixão, que se relaciona diretamente com o tipo de trabalho que a assistente social realiza frente às diversas expressões da questão social. As falas escancaram que a carga horária exigida pela legislação é espoliante e abusiva, o que muitas vezes gera experiências negativas nas participantes. A sobrecarga das 60h semanais também se relaciona com o fato de as residentes permanecerem nos seus serviços por mais horas que as profissionais dos quadros fixos das instituições, gerando conflitos e prejudicando a compreensão do papel da residência e dos residentes dentro dos seus programas.

Atrelado a isso, as participantes também sinalizam que, em conjunto com a sobrecarga e as 60h, a parte prática da residência se sobressai de maneira gritante frente à parte teórica. Dessa maneira, percebe-se que os residentes são vistos, muitas vezes, como uma alternativa da instituição para dar conta da demanda excedente e para suprir a falta de profissionais fixos, precarizando o trabalho a partir da formação, o que não condiz com os pressupostos da residência. Concomitante a isso, percebe-se que o processo de preceptoria acaba ficando em segundo plano, ao passo que as participantes sinalizam diversas questões em relação a isso, como falta de supervisão e como principal tarefa a responsabilidade de assumir unidades e equipes sem serem supervisionadas, dividindo a demanda com preceptor e demais profissionais do quadro fixo.

Dessa maneira, fica evidente que, mesmo com ideais ancorados na concepção ampliada de saúde e da Reforma Sanitária, o cenário da residência está diretamente permeado pelas contradições do regime neoliberal, comprometendo diretamente a formação que está sendo oferecida aos profissionais. Identifica-se que, muitas vezes, responder às demandas da instituição se sobrepõe à formação em si, ficando o trabalho como o principal agente da experiência, se distanciando da parte teórica e de preceptoria.

Também se verifica que, muitas vezes, as instituições não estão preparadas para receber esses profissionais residentes, e não possuem espaço físico ou recursos humanos para absorver esses profissionais em formação, contribuindo para a precarização da formação. Nesse sentido,

constata-se que a questão da preceptoría e a falta dela também faz parte dessa realidade que tanto problematizamos, e que acaba sobrecarregando esse profissional que assume o papel de preceptor e que precisa dar conta de suas demandas profissionais acrescida da responsabilidade de supervisionar um profissional em formação, sem a contrapartida de nenhum adicional de remuneração ou de carga horária.

Mesmo sinalizando todas as dificuldades em relação ao processo de realização da residência e das dificuldades encontradas relacionadas ao mundo do trabalho (afinal, residência é trabalho), as participantes indicam que a formação pela residência reforça a importância do SUS na sociedade e a importância do programa como estratégia de qualificar os serviços oferecidos para a população. Nesse sentido, afirma-se, novamente, que a contradição está intrínseca em todos os processos problematizados, ao passo que, por mais que a residência esteja influenciada pela precarização das políticas sociais e pela precarização do mundo do trabalho, ela surge também como um suspiro de resistência dentro dessa realidade.

Os dados de identificação das participantes da pesquisa vão ao encontro de dados sinalizados em demais estudos e pesquisas com egressos, além de estudos referentes à categoria profissional de assistentes sociais no país e no Estado. Cabe ressaltar um fator essencial para o trabalho, que é a feminização das profissões de saúde e, no caso do presente trabalho, a feminização da categoria de assistentes sociais. O estudo contou com participantes apenas do sexo feminino, o que aponta, ao mesmo tempo, para um crescimento da população feminina inserida no mercado de trabalho, como também para a questão de que mulheres estão assumindo cada vez mais as profissões que de alguma forma estão relacionadas ao cuidado, à atenção com a população. Isso reflete a sociedade machista e patriarcal que também faz parte da realidade neoliberal vigente nos dias atuais.

Além disso, a partir da realização do estudo, foi possível perceber que não há nenhum programa ou política de garantia de retorno das egressas da residência para o SUS. Entretanto, foi possível constatar que as profissionais estão retornando para o serviço público no geral, se dividindo entre a política de saúde e a política de assistência social. Nesse sentido, é possível afirmar que o investimento da residência multiprofissional está, de alguma forma, retornando para a população, ao passo que as egressas se inserem no mercado de trabalho para permanecerem atuando nas políticas sociais.

Dessa forma, as políticas de saúde e de assistência social estão absorvendo essas profissionais altamente qualificadas e que traduzem, por intermédio de seus relatos, como a formação da residência contribui para o exercício profissional nas demais políticas sociais, e

não apenas na saúde. Assim, verifica-se certa contradição na legislação vigente que defende uma política de permanência de egressos apenas na política de saúde, visto que a formação oferece uma experiência pautada na intersectorialidade, na integralidade e no trabalho em equipe. Contata-se, nesse sentido, que a formação da residência prepara as egressas para a atuação profissional nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais, pois permite uma experiência rica em aprendizados, tanto profissionais como pessoais.

Além disso, percebe-se que a realização da residência impacta de maneira diferenciada em cada participante, produzindo experiências e percepções distintas em relação à profissão e ao serviço público. Entretanto, cabe ressaltar a **unanimidade** das participantes que relataram a importância da realização da residência para suas vidas profissionais e pessoais e, também, para o fato de que todas recomendam a realização da pós-graduação, entendendo-a como um diferencial após a formação da graduação.

Ademais, foi possível identificar que o avanço das medidas neoliberais, como a precarização das políticas sociais, abrangendo a política de saúde e os impactos disso nas condições de trabalho dos preceptores, estão diretamente relacionados com as experiências das participantes em seus processos de residência. Novamente, tem-se o entendimento de que é possível identificar a relação de todos esses aspectos intrínsecos em todas as etapas de análise e dos temas aprofundados no decorrer do trabalho.

Identifica-se, também, a repercussão da realização da residência na atuação profissional das participantes, que sinalizam a formação em serviço como um potencial de aprendizado e aperfeiçoamento. É possível reconhecer, neste aspecto, que a residência multiprofissional tem cumprido seu papel enquanto formação em serviço embasada na intersectorialidade e na universalidade, e de como uma equipe multiprofissional, composta por diferentes categorias profissionais, estão tencionando as práticas previamente instituídas, visando a uma melhor compreensão daquele paciente e daquela realidade e qualificando os serviços oferecidos para a população.

As falas das participantes nos mostram com clareza que a experiência da residência impacta de maneira considerável nas atuações profissionais presentes, fornecendo um domínio sobre trabalho multiprofissional, intervenções com realidades sociais extremamente complexas e graves, estratégias de lidar com hierarquias e locais conservadores, bem como sobre uma compreensão daquilo que engloba a realidade laboral atualmente. Fica evidente que a residência multiprofissional em saúde forma profissionais qualificadas **para além do SUS**, preparando assistentes sociais que saem aptas e confiantes para atuarem no serviço público e nas demais

políticas sociais, colocando em prática os aprendizados absorvidos através da experiência da pós-graduação.

Constata-se que a forma de ingresso profissional das egressas tem ocorrido, em sua maioria, através de concursos públicos, e que esses não consideram a realização da residência como forma de pontuação ou análise de currículo. Além disso, as egressas apontam também para uma desvalorização da pós-graduação no que se refere ao crescimento profissional dentro das instituições, indicando que muitas vezes não é previsto aumento salarial frente à qualificação profissional.

Ademais, constata-se através da análise documental, que metade dos certames analisados não levam em consideração se o profissional realizou ou não esse tipo de formação no momento da realização da prova, o que novamente corrobora a desvalorização da qualificação profissional no momento de ingresso profissional naquelas instituições que recebem residentes em seus campos de atuação. Essas constatações apontam para uma incoerência em relação ao cenário da residência, ao passo que as instituições abrem diversas vagas de residência para qualificar esses profissionais, exigindo que seus profissionais concursados/contratados assumam o papel de preceptor, porém ao realizarem os concursos/processos seletivos para seus quadros fixos, não consideram essa formação para valorizar a qualificação profissional.

Mesmo frente ao cenário de precarização das políticas sociais e dos retrocessos que permeiam a política de saúde, tem-se a residência como um suspiro de resistência no cenário atual. Urge a necessidade de fazer com que esse espaço profícuo de aprendizados e fértil em problematizações seja reconhecido em todas as suas esferas e por todos os atores envolvidos. Constata-se que, para além do retorno de egressas para as políticas públicas, evidencia-se que a residência deve ser efetivamente valorizada em certames públicos para contratação de futuros profissionais, o que ainda não acontece em sua totalidade, como observado no decorrer deste trabalho e acima pontuado.

As questões problematizadas no decorrer do trabalho apontam para a residência como um suspiro, como dito, de resistência frente a todos os retrocessos que se vivencia na sociedade atual. E mesmo frente à todas dificuldades, as participantes apontam para a potência dessa formação como possibilidade de uma formação em serviço público voltada para a população e que permite rever práticas instituídas, repensar ações em prol do melhor interesse da população, além de ser um espaço de importante crescimento pessoal e profissional.

Através da pesquisa foi possível constatar que ainda são necessários estudos e pesquisas mais abrangentes em relação a egressos das residências multiprofissionais, afim de compreender

de uma maneira mais integral a realidade desses profissionais ao finalizarem a pós-graduação. Nesse sentido, tem-se que seriam pertinentes pesquisas também a nível nacional, no sentido de verificar as políticas sociais que estão absorvendo esses egressos, bem como de que maneira o mercado de trabalho está recebendo esses profissionais altamente qualificados.

Visto que não teria sido possível realizar a pesquisa sem a essencial participação das egressas, defende-se a importância de uma devolução digna dos dados encontrados. Nesse sentido, pretende-se publicar os resultados em revista da área, bem como apresentar a pesquisa em seminários e congressos da área da saúde e de formação profissional. Além disso, pretende-se elaborar um relatório sucinto com as informações coletadas para apresentar nas instituições que possuem programas de residência em Porto Alegre, afim de problematizar alguns processos, bem como auxiliar criando um espaço de discussão para a reflexão de algumas questões visando melhorias na realidade que perpassa a residência.

Por fim, cabe mencionar que no decorrer do trabalho, várias ideias para o seguimento do trabalho foram surgindo, com uma proposta de englobar mais participantes, através de questionários online, focando em todo Município de Porto Alegre, ou focando em apenas uma instituição que oferece residência, para um mapeamento mais abrangente sobre o estudo de egressos. Todavia, hoje em Porto Alegre, não há programas de Doutorado em Serviço Social com processo seletivo aberto, visto que o único que existia, no Serviço Social da PUCRS, avaliado com a nota máxima da CAPES, foi encerrado para novas turmas, estando em vias de extinção. Isso reflete o desmonte da educação superior de excelência e de qualidade, a desvalorização dessa área de pesquisa e, mais uma vez, retrata o modelo de sociedade que se tem buscado na atualidade neoliberal. Entretanto, segue-se na luta por uma educação de qualidade, por uma formação através da residência que seja mais humana, por condições de trabalho mais dignas e pela defesa das políticas sociais.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Adriana Cavalcanti. Reflexões e perspectivas sobre a formação especializada em saúde a partir da pesquisa “Preceptoria em Programas de Residência no Brasil e na Espanha: Ensino-Pesquisa e Gestão. In: AGUIAR, Adriana Cavalcanti (org). *Preceptoria em Programas de Residência: ensino pesquisa e gestão*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, p. 184-207, 2017.
- ALVES, Giovanni. Trabalho Flexível, vida reduzida e precarização do homem-que-trabalha: perspectivas do capitalismo global no século XXI. In: VIZZACCARO-AMARAL, André Luis; MOTA, Daniel Pestana; ALVES, Giovanni (orgs). *Trabalho e Saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no Século XXI*. São Paulo, LTr, 2011.
- ANTUNES, Ricardo. *O Privilégio da Servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. 2 ed. – São Paulo: Boitempo, 2020.
- BALDO, Valentina Sofia Suárez; MATTOS, Arthur Lobo Costa. Notas sobre capitalismo dependente brasileiro e política de saúde (1988-2020). In: MORAES, Carlos Antonio de Souza (Org). *Serviço Social e trabalho profissional na saúde*. Uberlândia, Navegando Publicações, 2021.
- BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Presses Universitaires de France. Capa de Edições 70; 1977.
- BOSCHETTI, IVANETE. *Assistência Social e Trabalho no Capitalismo*. São Paulo, Cortez Editora, 2016.
- BRASIL, Camila; OLIVEIRA, Pedro Renan; MORAIS VASCONCELOS, Ana Paula. Perfil e Trajetória profissional dos egressos de residência multiprofissional: trabalho e formação em saúde. In: *SANARE*, Sobral – v.16, n.01, p. 60-66, Jan/Jun, 2017.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, Senado, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília, Senado, 1990.
- BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de Junho de 2005. *Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10. 429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências*. Brasília, Senado, 2005.
- BRASIL. Lei nº 12.317, de 26 de Agosto de 2010. *Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente Social*. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 2004, seção 1, p. 37-41.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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. Brasília. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de agosto de 2007, seção 1, p. 34-38.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Para entender o Controle Social na Saúde*. Brasília, 2013.

BRANCHI, Aline Zeller; MENDES, Jussara Maria Rosa. Residência Multiprofissional em Saúde: perfil, inserção profissional e avaliação dos egressos de sete programas de um complexo de serviços de saúde público. In: *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v/2, n.1, p. 10-32, 2022

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 4 ed – São Paulo: Cortez Editora, 2009, p. 88-110.

BRAVO, Maria Inês Souca; ANDREAZZI, Maria de Fátima. Política de saúde e a formação dos trabalhadores no sistema único de saúde. In: *Revista Libertas*. Juiz de Fora, v.19, n.2, p. 421-436, ago./dez., 2019.

CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. In: *Gerais: Revista Institucional de Psicologia*. Jul-dez, 2013, p. 179-191.

CARNEIRO, Ester; TEIXEIRA, Livia Maria; PEDROSA, José Ivo. A Residência Multiprofissional em Saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 31(3), p. 1 – 19, 2021.

CAVALCANTE, Lidiany de Lima; BELLINI, Maria Isabel Barros. Estratégias de autocuidado: o silenciamento do Serviço Social sobre o cuidado do profissional. In: *Textos & Contextos*. Porto Alegre, v.22, n.1, p. 1-12, jan-dez., 2023.

CASTRO e CASTRO, Marina Monteiro de. Formação em Saúde e Serviço Social: as residências em questão. In: *Textos & Contextos*. Porto Alegre, v. 12, n 2, p. 349-360, jul/dez. 2013.

CASTRO e CATROS, Marina Monteiro de *et al.* Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social: concepções, tendências e perspectivas. In: *Revista Libertas*, Juiz de Fora, v. 19, n.2, p. 460-481, ago./dez., 2019.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Yara Maria de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseni et AL. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Lura C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. In: *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*. (Rio de Janeiro), v.14, n 1, p. 41-65, Jan/Jun. 2004.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. *Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão*. Brasília. 2017. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-BrochuraResidenciaSaude.pdf>.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. *Perfil de Assistentes Sociais no Brasil: Formação, Condições de Trabalho e Exercício Profissional*. Brasília, 2022. Disponível em: [2022Cfess-PerfilAssistentesSociais-Ebook.pdf](#).

CFESS; ABEPSS. *2º Seminário Nacional Residência em Saúde e Serviço Social – Caminhos das residências em saúde: desafios na pandemia e imperativos de uma agenda de mobilização*. Brasília, 2023. Disponível em: [2023-SemResidenciaCfessAbepss.pdf](#).

CLOSS, Thaísa Teixeira. *O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde: Formação para a integralidade?* Curitiba: Appris, 2013.

CLOSS, T. T. *Fundamentos do serviço social: Um estudo a partir da produção da área*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012*. Brasília, 2012.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 510, de 07 de Abril de 2016*. Brasília, 2016.

COUTO, Berenice Rojas. *O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?* 4. Ed., São Paulo: Cortez, 2010.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Chrstian. *A nova razão do mundo: Ensaio sobre a sociedade neoliberal*. Tradução Mariana Echalar, 1.ed, São Paulo: Boitempo, 2016.

DARDOT, Pierre; *et al.* *A escolha da guerra civil: uma outra história do neoliberalismo*. Tradução de Márcia Pereira Cunha. São Paulo: Elefante, 2021.

EVANGELISTA, Diogo Prado. *Revolução burguesa dependente e contrarrevolução no Brasil*. In: *Revista Katálysis*, Florianópolis, v.24, n. 1, p. 86-98, jan./abr. 2021.

FLOR, Taiana *et al.* *Inserção de egressos de Programas de Residência Multiprofissional no SUS*. In: *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, p. 1-11, 2021.

GHC, Grupo Hospitalar Conceição. *Concurso Público nº 02/2023 – Edital nº 02/2023*. Concursos Fundatec, Porto Alegre, 2023. Disponível em: [edital_2_646cbb7e62255.pdf \(concursos-publicacoes.s3.amazonaws.com\)](#)

GRAMS, Nathalia; CAMARGO, Marisa. *Contribuições da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde na Trajetória de Formação e Inserção Profissional de Assistentes Sociais*. In: *Socied. em Deb. Pelotas*, v.25, n. 3, p. 119-135, set/dez. 2019.

HCPA, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Edital nº 05/2021 de Processos Seletivos (PS)*. FAURGS, Porto Alegre, 2021. Disponível em: [20210813130028 ED. 05.2021.pdf \(portalfaurgs.com.br\)](https://portalfaurgs.com.br/20210813130028_ED_05.2021.pdf)

HOFF, Luíza Rutkoski; BELLINI, Maria Isabel Barros. Reflexos do modelo neoliberal na condução das políticas públicas: é possível efetivas a intersectorialidade? In: GUIMARÃES, Gleny; MACIEL, Ana Lúcia; GERSHENSON, Beatriz (orgs). *Neoliberalismo e desigualdade social: reflexões a partir do Serviço Social*. Porto Alegre, EDIPUCRS, 2020.

IAMAMOTO, Marilda V. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 23 ed. São Paulo, Cortez, 2012.

IAMAMOTO, Marilda V. *Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: Capital financeiro, trabalho e questão social*. 9ed., São Paulo, Cortez, 2015

IAMAMOTO, Marilda V. Serviço Social, “Questão Social” e trabalho em tempo de Capital Fetiche. In: RAICHELIS, Raquel; VICENTE, Damares; ALBUQUERQUE, Valéria (orgs). *A nova morfologia do trabalho no Serviço Social*. São Paulo, p. 66-87, Cortez Editora, 2018.

KONDER, Leandro. *O que é Dialética*. São Paulo. Brasiliense. 1981.

KVELLER, Daniel; CASTOLDI, Luciana; KIJNER, Ligia. A trajetória profissional dos egressos de uma Residência Multiprofissional. In: *Diaphora*,, Porto Alegre, v 17(1), jan/dez, 2017.

MACHADO, Cristiani; LIMA, Luciana; BAPTISTA, Tatiana. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*. Fiocruz, Rio de Janeiro, v. 33, p. 143-161, 2017.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados*. 9ª ed. – São Paulo: Atlas, 2021.

MARTINELLI, Maria Lúcia. *História Oral: Exercício Democrático da Palavra*. Disponível em: [História-Oral Exercício-democrático-da-palavra-1.pdf \(acaspj.org\)](https://www.acaspj.org/História-Oral-Exercício-democrático-da-palavra-1.pdf). Acesso em: 07 de Setembro de 2023.

MARTINELLI, Maria Lúcia; LIMA, Neusa Cavalcante. Experiência Social como Categoria de Pesquisa no Serviço Social. In: *Cotidiano, Cultura e Sociabilidade: Pesquisa em Serviço Social*. São Paulo: EDUC, 2021.

MARX, Karl. *O Capital: crítica da economia política: livro I: o processo de produção do capital*. Tradução Rubens Enderle. 2. Ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

MATOS, Izabella; TOASSI, Ramona; OLIVEIRA, Maria Conceição. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. In: *Athenea Digital*, v 13(2), p. 239-244, julho, 2013.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben. *Os sentidos da*

Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MEC/MS. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de Novembro de 2009. *Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.* Brasília, 2009.

MEC/MS. Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de Novembro de 2005. *Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências.* Brasília, 2005.

MELO, Carla; *et al.* Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral: uma avaliação de egressos a partir da inserção no mercado de trabalho. In: *SANARE*, Sobral – v.11, n.01, p. 18-25, Jan/Jun, 2012.

MENDES, Alessandra Gomes. Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social. In: SILVA, L.B.; RAMOS, A. *Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional.* São Paulo: Papel Social, 2013.

MENDES, Jussara; WUNSCH, Dolores. Serviço Social e saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. In: *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, nº 107, p. 461-481, jul./set., 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. In: *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo (SP), v. 5, n.7, abril 2017, p. 01-12.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F; GOMES, R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* 34ª ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.111, de 05 de Julho de 2005. *Fixa normas para a implementação e a execução do Programa Bolsas para a Educação pelo Trabalho.* Brasília, Senado, 2005.

NETTO, Isadora; PANOZZO, Vanessa; BEIER, Simone. “Residente dá trabalho” x “Residente é tudo de bom”: (re)pesando o papel da residência multiprofissional em saúde. In: *Sociedade em Debate (Pelotas)*, v.26, n. 3, p. 269-283 set./dez. ISSN: 2317-0204. 2020.

NETTO, José Paulo. *Introdução ao Estudo do Método de Marx.* São Paulo. Editora Expressão Popular. 2011.

NUNES, Keiza; NOGUEIRA, Ana Claudia; LIMA, Fernando. Perfil dos egressos de Serviço Social do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA. In: *Tempus*, actas de saúde coletiva, Brasília, 10(4), p. 111-128, dez, 2016

OLSCHOWSKY, Agnes; FERREIRA, Sílvia Regina. Residência Integrada em saúde: uma das alternativas para alcançar a integralidade de atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens A. (Orgs). *Ateliês do cuidado: Serviço, Pesquisa e Ensino / VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas do cotidiano das instituições de saúde.* Rio de Janeiro, UERJ/IMS/CEPESC: ABRASCO, 2008.

PASINI, Vera; et al. Perfil de Egressos de Residências Multiprofissional em Saúde no Rio Grande do Sul. In: *Revista Polis e Psique*. 10(3), p. 205-225, 2020.

PAIM, Jairnilson, et al. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. Publicado online em 9 de maio de 2011. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf.

PEDUZZI, Marina; et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. In: *Revista Escola de Enfermagem USP*. São Paulo, 47 (4): 977-983, 2013.

PEDUZZI, Marina; et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. In: *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, 18(s1): 1-20, 2020.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. In: *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n.112, p. 729-753, out./dez. 2012

PRATES, Jane Cruz; PRATES, Flávio Cruz. Problematizando o uso da técnica de Análise Documental no Serviço Social e no Direito. In: *Sociedade em Debate*. Pelotas, 15(2): 111-125, jul-dez./2009

RIBEIRO, Isabela Ramos. Política Social entre a hegemonia e a dependência. In: *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 142, p. 386-405, set./dez. 2021

RAICHELIS, Raquel; ARREGUI, Carola C. O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia. In: *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo. N. 140, p. 134-152, jan./abr. 2021.

RAICHELIS, Raquel. Serviço Social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo. In: RAICHELIS, Raquel; VICENTE, Damares; ALBUQUERQUE, Valéria (orgs). *A nova morfologia do trabalho no Serviço Social*. São Paulo, p. 25-65, Cortez Editora, 2018.

REIDEL, Tatiana; et al. Formação e trabalho das/dos assistentes sociais nas residências multiprofissionais em saúde, na atenção hospitalar no Rio Grande do Sul. In: CLOSS, Thaisa Teixeira; BRANDÃO, Vanessa Maria Panozzo; LIMA, Jéssika Ferreira de (org.). *Serviço Social e residência em saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Movimento, 2018. v. 1, p. 171-209.

REIDEL, Tatiana; et al. *Perfil, formação e trabalho profissional de Assistentes Sociais no Rio Grande do Sul*. Manaus: EDUA; São Paulo: Alexa Cultural, 2022. Disponível em: [PESQUISA-UFRGS-PUCRS-CRESSRS.pdf](#)

RODRIGUES, Terezinha de Fátima. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho? In: *Serviço Social e Saúde*. Campinas, V. 15, n. 1 (21), p. 71-82, jan./jun., 2016.

SAMPIERI, Roberto H; CALLADO, Carlos F; LUCIO, Maria Del Pilar B. *Metodologia de Pesquisa*. Trad Daisy Vaz Moraes. 5ª ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SELIGMANN-SILVA, Edith. A convergência dos olhares. In: VIZZACCARO-AMARAL, André Luis; MOTA, Daniel Pestana; ALVES, Giovanni (orgs). *Trabalho e Saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no Século XXI*. São Paulo, LTr, 2011.

SES, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. *Concurso Público da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul – Edital de Abertura nº 15/2021*. FAURGS, Porto Alegre, 2021. Disponível em: [ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL \(portalfaurgs.com.br\)](http://ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (portalfaurgs.com.br))

SILVA, Letícia Batista. *Trabalho em Saúde e Residência Multiprofissional: problematizações marxistas*. 248fl. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, 2016.

SILVA, Letícia Batista. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. In: *Revista Katálisis*, Florianópolis, v. 21, n.1, p. 200-209, 2018a.

SILVA, Letícia Batista. Residência multiprofissional em saúde: um espaço de formação pelo trabalho. In: CLOSS; et al. *Serviço Social e Residências em Saúde no Rio Grande do Sul*, Porto Alegre: Movimento, p. 18- 35, 2018b.

SILVA, Letícia Batista. Residência Multiprofissional: notas sobre uma formação através do trabalho em saúde. In: *Revista Libertas*. Juiz de Fora, v.20, n.1, p. 140-158, jan/jun. 2020.

SILVA, Letícia Batista; CAPAZ, Raphael. Preceptoria: uma Interface entre Educação e Saúde no SUS. In: SILVA, L.B.; RAMOS, A. *Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional*. São Paulo: Papel Social, 2013.

SILVA, Letícia Batista; MENDES, Alessandra Gomes. Serviço Social, Saúde e a Interdisciplinaridade: Algumas Questões para o Debate. In: SILVA, L.B.; RAMOS, A. *Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional*. São Paulo: Papel Social, 2013.

SMAP, Secretaria Municipal de Administração e Patrimônio de Porto Alegre – Equipe de Seleção. *Edital de Abertura 059/2022 – Concursos Públicos nº 661 a 718 e 720 – Diversos Cargos – Processo nº 22.0.0000.78737-3*. Fundação La Salle, Porto Alegre, 2022. Disponível em: [ed_abert_poa5922.pdf \(fundacaolasalle.org.br\)](http://ed_abert_poa5922.pdf (fundacaolasalle.org.br)).

TRIVIÑOS, Augusto N. S. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 2019.

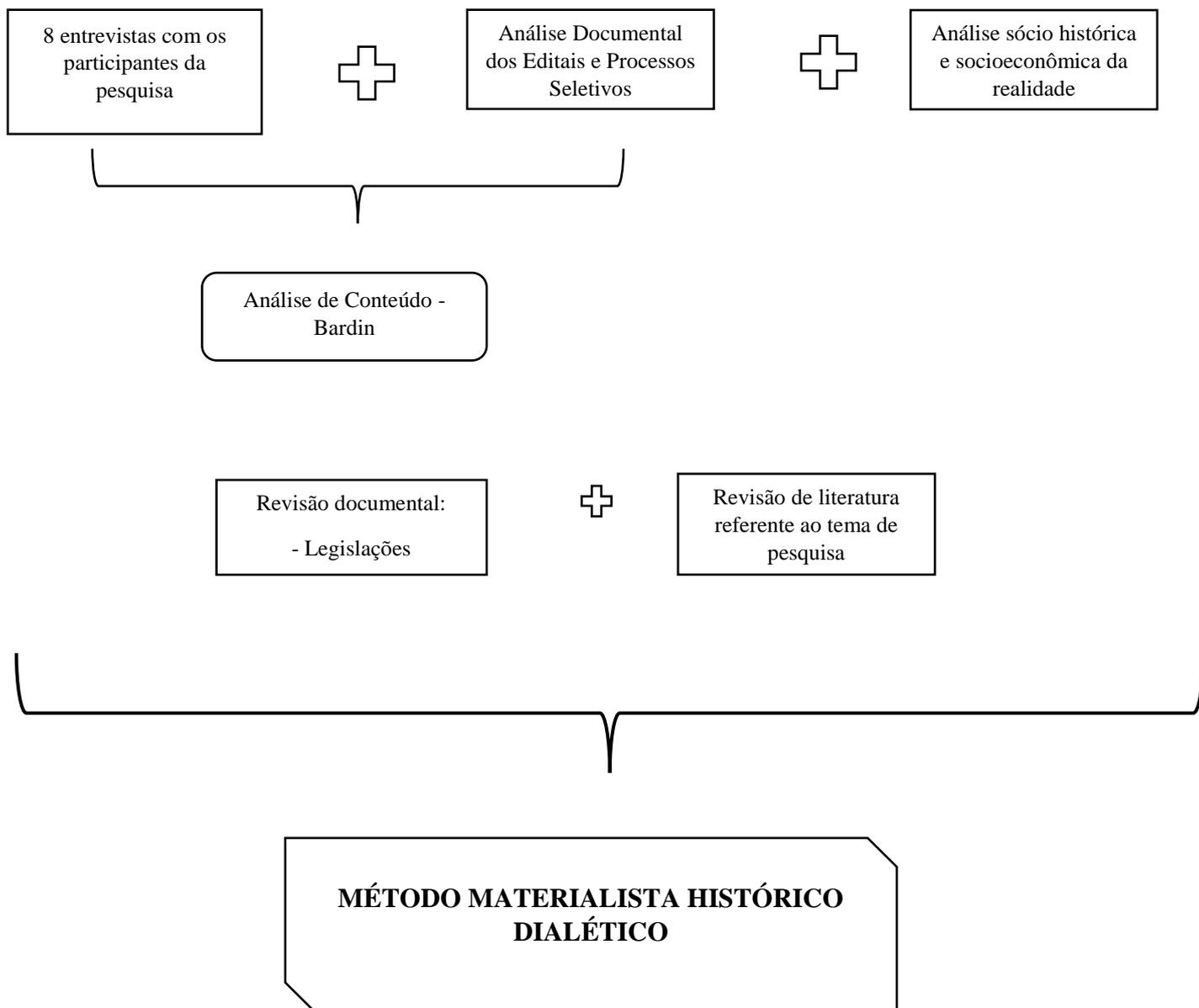
VARGAS, Tatiane Moreira de. *O Serviço Social no programa de residência multiprofissional em saúde: uma estratégia de consolidação do projeto ético-político profissional?* Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

VARGAS, Tatiane Moreira de; BELLINI, Maria Isabel Barros. Serviço Social e Educação na Saúde: considerações sobre a inserção do serviço social nos programas de residência multiprofissionais em saúde. In: BELLINI, Maria Isabel Barros; CLOSS, Thaisa Teixeira (orgs). *Serviço Social, Residência Multiprofissional e Pós-Graduação: a excelência na formação do Assistente Social*. Porto Alegre : EdiPUCRS, 2012.

VICENTE, Damares. Serviço Social, Trabalho e Desgaste Mental. In: RAICHELIS, Raquel; VICENTE, Damares; ALBUQUERQUE, Valéria (orgs). *A nova morfologia do trabalho no Serviço Social*. São Paulo, p. 127-149, Cortez Editora, 2018.

VINUTO, Juliana. A Amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. In: *Temáticas*. Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014.

WERMELINGER, Monica *et al.* A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. In: *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, nº 45, Rio de Janeiro, p. 54-70, maio, 2010.

APÊNDICE A - PERCURSO METODOLÓGICO

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Eu, Isadora Brinckmann Oliveira Netto, mestranda responsável pela pesquisa: **A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL PARA O SUS E PARA ALÉM DO SUS: Uma análise da inserção profissional de assistentes sociais egressos dos Programas de Residência de Porto Alegre**, sob orientação da Prof.^a Dra. Patrícia Krieger Grossi (pkgrossi@pucrs.br) estou fazendo um convite para você participar como voluntário nesse estudo.

Esta pesquisa pretende: Analisar, a partir da escuta dos participantes, de que maneira os programas de Residência Multiprofissional em Saúde de Porto Alegre contribuem para a inserção de assistentes sociais egressos em espaços sócio-ocupacionais do SUS, com vistas a contribuir para a qualificação deste processo.

Acreditamos que ela seja importante porque a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde está inserida num contexto sócio-histórico de intensas precarizações e contradições, o que interfere diretamente na sua realização, bem como na vida daqueles profissionais que se propõem a realizá-la.

A pesquisa adota o enfoque qualitativa, a partir do Método Dialético-Crítico e pretende alcançar seus objetivos a partir da Técnica de Triangulação de Dados. A triangulação de dados prevê: contato com os sujeitos implicados no processo a ser estudado, análise de documentos pertinentes e por fim a análise da conjuntura em que o fenômeno está inserido.

Nesse sentido, **você está sendo convidado a responder um instrumento pré-estabelecido, de perguntas abertas e fechadas, a respeito da realização da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde.**

É possível que, durante a realização da entrevista, você experencie algum desconforto relacionado a sua situação laboral atual, bem como em relação a alguma situação experienciada durante a realização da Residência. Você pode solicitar que a entrevista seja encerrada a qualquer momento.

O benefício que se espera nesse estudo, é o levantamento de dados pertinentes em relação a realização da Residência e a posterior inserção das assistentes sociais no SUS, para que seja possível pensar em estratégias para qualificação desse processo.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de esclarecer qualquer dúvida ou pedir qualquer informação sobre o estudo, bastando para isso entrar em contato com Isadora Netto, número para contato: (51) 9 9985 9619, a qualquer hora.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão

Se por algum motivo você tiver despesas decorrentes da sua participação neste estudo com transporte e/ou alimentação, você será reembolsado adequadamente pela pesquisadora.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. As gravações serão armazenadas pelo período de cinco anos.

Caso você tenha qualquer dúvida quanto aos seus direitos como participante de pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) em (51) 33203345, Av. Ipiranga, 6681/prédio 50 sala 703, CEP: 90619-900, Bairro Partenon, Porto Alegre – RS, e-mail: cep@pucrs.br, de segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h30 às 17h. O Comitê de Ética é um órgão independente constituído de profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. Sua responsabilidade é garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações.

Ao assinar este termo de consentimento, você não abre mão de nenhum direito legal que teria de outra forma.

Não assine este termo de consentimento a menos que tenha tido a oportunidade de fazer perguntas e tenha recebido respostas satisfatórias para todas as suas dúvidas.

Se você concordar em participar deste estudo, você rubricará todas as páginas e assinará e datará duas vias originais deste termo de consentimento. **Ao assinar e rubricar todas as páginas deste documento, você de forma voluntária e esclarecida, nos autoriza a utilizar todas as informações obtidas na entrevista.** Você receberá uma das vias para seus registros e a outra será arquivada pelo responsável pelo estudo.

Eu, _____, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha **participação é voluntária** e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem

penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar.

Diante do exposto expesso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo, autorizando o uso, compartilhamento e publicação dos meus dados e informações de natureza pessoal para essa finalidade específica.

Assinatura do participante da pesquisa

Declaração do profissional que obteve o consentimento

Expliquei integralmente este estudo ao participante. Na minha opinião e na opinião do participante, houve acesso suficiente às informações, incluindo riscos e benefícios, para que uma decisão consciente seja tomada.

Data: _____

Assinatura do Investigador

Nome do Investigador (letras de forma)

**APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA OS
PARTICIPANTES DA PESQUISA**

Data:

Local:

➤ Dados identificação

-Sexo:

-Idade:

-Escolaridade:

-Etnia:

➤ Sobre a residência:

-Qual local realizou a residência?

-Quando?

-Qual ênfase?

-Por que buscou a residência?

-Qual foi tua experiência com a residência?

-Tu indica a residência?

➤ Sobre a atual situação:

- Atualmente tu estás trabalhando como assistente social?

-Se sim, em qual política?

- Qual tipo de vínculo?

- Sua seleção/proc. seletivo foi específico para o SUS?

- Se não for na saúde - Gostaria de estar trabalhando na política de saúde?

- Na tua opinião, a residência contribui para a tua prática profissional?

- A residência contribuiu para o teu ingresso no atual local de trabalho?

- Você gostaria de acrescentar mais alguma informação ou realizar mais algum comentário?

**APÊNDICE D - ROTEIRO ANÁLISE DOCUMENTAL DE EDITAIS DE CONCURSO
E PROCESSOS SELETIVOS PARA ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE**

- Tipo de seleção:

Concurso Público Processo Seletivo

- Tipo de Vínculo:

CLT Estatutário

- Ano

- Instituição

-Quantas vagas para assistente social:

- Requisitos mínimos:

- Prova de Títulos: Sim Não

Se sim:

- Residência consta?

- Quantos pontos?

- Especifica a ênfase da residência?

- Comparado aos outros itens da prova de títulos, a Residência é o que mais vale?

- No Edital já é previsto adicional de salário com o Diploma de Residência?

- Alguma outra informação relevante do documento:

APÊNDICE E - CATEGORIAS DE ANÁLISE

FORMAÇÃO EM SERVIÇO				TRABALHO			PRECARIZAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS	
SUBCATEGORIAS				SUBCATEGORIAS			SUBCATEGORIAS	
POSSIBILIDADE DE REALIZAR UMA FORMAÇÃO QUE PREVÊ BOLSA	DIFICULDADES EM RELAÇÃO À FORMAÇÃO PRÁTICA E AO PROCESSO TEÓRICO	A APROXIMAÇÃO COM A PROFISSÃO NO PROCESSO DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE E ALGUMAS REPERCUSSÕES	A REAFIRMAÇÃO DO SUS ENQUANTO POLÍTICA PÚBLICA	RESIDENTE ASSUMINDO O PAPEL DE TRABALHADOR / COMO PRINCIPAL REFERÊNCIA PARA AQUELE LOCAL / AQUELA UNIDADE E AS COBRANÇAS DE HORÁRIO	APRENDIZADOS EM RELAÇÃO AO MUNDO DO TRABALHO	A CONTRIBUIÇÃO DA EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA NA PRÁTICA PROFISSIONAL ATUAL	O ENXUGAMENTO DE RECURSOS HUMANOS IMPACTANDO O TRABALHO COM A POPULAÇÃO ASSISTIDA PELO SERVIÇO	AS DIFICULDADES DE RETORNO AO SERVIÇO PÚBLICO APÓS A REALIZAÇÃO DA RESIDÊNCIA

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL ESTÁ FORMANDO PROFISSIONAIS PARA O SUS?

Uma análise da inserção profissional de assistentes sociais egressos dos Programas de Residência de Porto Alegre

Pesquisador: Patricia Krieger Grossi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62714722.7.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.630.661

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS n° 466 de 2012, Resolução n° 510 de 2016 e da Norma Operacional n° 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL ESTÁ FORMANDO PROFISSIONAIS PARA O SUS?

Uma análise da inserção profissional de assistentes sociais egressos dos Programas de Residência de Porto Alegre proposto pelo pesquisador Patricia Krieger Grossi com numero de CAAE 62714722.7.0000.5336.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 08 de Setembro de 2022

Assinado por:
Denise Cantarelli Machado
(Coordenador(a))



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Av. Ipiranga, 6681 – Prédio 1 – Térreo
Porto Alegre – RS – Brasil
Fone: (51) 3320-3513
E-mail: propesq@pucrs.br
Site: www.pucrs.br