



**Universidade de Brasília**

**Universidade de Brasília  
Instituto de Ciências Humanas  
Departamento de Serviço Social  
Programa de Pós-Graduação em Política Social  
Dissertação de Mestrado**

**GABRIEL FRANKE VIÉGAS**

**DETERMINANTES DO TRABALHO PRECÁRIO E DA FORMAÇÃO  
PROFISSIONAL NAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE (RMS) -  
UMA APROXIMAÇÃO DA TEMÁTICA**

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lucia Lopes da Silva

**Brasília**

**2023**

GABRIEL FRANKE VIÉGAS

**Determinantes do trabalho precário e da formação profissional nas residências multiprofissionais em saúde (RMS) - uma aproximação da temática**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília/UnB, como requisito obrigatório à obtenção do título de Mestre em Política Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lucia Lopes da Silva

Brasília

Junho 2023

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

VV656d Viégas, Gabriel Franke  
Determinantes do trabalho precário e da formação  
profissional nas residências multiprofissionais em saúde  
(RMS) : uma aproximação da temática / Gabriel Franke  
Viégas; orientador Maria Lucia Lopes da Silva. -- Brasília,  
2023.  
100 p.

Dissertação (Mestrado em Política Social) -- Universidade  
de Brasília, 2023.

1. residência multiprofissional em saúde. 2. trabalho  
precário. 3. reforma sanitária. 4. sistema único de saúde.  
I. Silva, Maria Lucia Lopes da, orient. II. Título.

GABRIEL FRANKE VIÉGAS

**DETERMINANTES DO TRABALHO PRECÁRIO E DA FORMAÇÃO  
PROFISSIONAL NAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE (RMS) -  
UMA APROXIMAÇÃO DA TEMÁTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília/UnB, como requisito obrigatório à obtenção do título de Mestre em Política Social.

Brasília, 30 de junho de 2023.

---

Profª Drª Maria Lucia Lopes da Silva – PPGPS/UnB  
Orientadora

---

Profª. Drª. Ilse Gomes Silva - PPGPP/UFMA  
Examinadora Externa

---

Prof. Dr. Pedro Henrique Antunes da Costa - PPGPC/UnB  
Examinador Externo ao programa e interno à UnB

---

Prof. Dr. Carlos Alberto Ferreira Lima - PPGPS/UnB  
Examinador Interno - Suplente

*Ao Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS), que essa dissertação  
possa ser instrumento para a necessária radicalização da luta!*

## **Agradecimentos**

Essa dissertação é fruto de muito trabalho árduo. O período do mestrado contou com altos e baixos, e só foi possível a finalização por conta das condições asseguradas por minha mãe, Mara Viégas, meu pai, Inorbel de Jesus Alves Viégas, e minha irmã, Mariana Franke Viégas. Sem o apoio deles certamente essa etapa da minha vida acadêmica não se realizaria, por isso são os primeiros a quem agradeço.

Agradeço, em seguida, à minha orientadora, Maria Lucia Lopes da Silva, que, dentre vários momentos de trocas e ensinamentos, me incentivou nos últimos meses a terminar a dissertação, mesmo que eu estivesse mais desacreditado nas minhas capacidades. Para mim, que sou farmacêutico e tenho uma bagagem ainda pequena de acúmulo teórico na linha do programa, foi um desafio enorme a realização do mestrado na área de Política Social no Departamento de Serviço Social. Sempre estive límpido que o marxismo e o método materialista histórico-dialético são os mais adequados para compreensão da realidade, e o caminho percorrido foi muito bem guiado por Lúcia.

Deixo meu muito obrigado ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e à Universidade de Brasília, a qual guardo imenso carinho e felicidade de fazer parte da história dessa universidade, e tenho enorme gratidão em tê-la na minha vida acadêmica, registrada na memória e no currículo. Agradeço também à Capes pelos meses de bolsa recebidos.

Não poderia deixar de agradecer quem esteve mais próxima a mim nesses últimos momentos de mestrado, momentos de escrita com muita aflição, mau-humor e ansiedade. Ela quem me aturou (sim, essa é a expressão correta, pois eu estava muito chato, confesso), me fez companhia e, principalmente, me pôs senso no momento em que pensei em desistir, deixo meus agradecimentos enormes à Marina Azevedo Vilhena. Ademais, me ponho à sua disposição no seu período de doutoramento, para ser sua companhia e apoio no que for necessário.

Agradeço ao Fórum Nacional de Residentes em Saúde que me permitiu vivenciar a residência de outra forma, mais leve e esperançosa. A construção dessa organização e dos eventos relacionados, as trocas com residentes de todo o Brasil, a militância ombro a ombro, esses fatores me conduziram até essa dissertação, além de dedicar esse trabalho ao Fórum, também é preciso agradecer muito a ele.

Por fim, agradecer aos camaradas das *lives* de estudos na Twitch. Estudar sozinho é ruim, mas estudar junto facilita muito a produtividade. Em tempos de pandemia foi essencial o apoio de camaradas no universo virtual.

## Resumo

A presente dissertação teve como objetivo principal identificar os determinantes centrais que moldam a Residência Multiprofissional em Saúde na forma de trabalho precarizado em saúde, na contemporaneidade. Trata-se de uma pesquisa de natureza documental, sendo a revisão bibliográfica e análise de documentos os principais recursos técnicos. Assim, foi realizada investigação das bases teórica-metodológicas do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, em que se estabeleceu o modelo de determinação social do processo saúde-doença, do trabalho em saúde e da assistência em saúde. Foi apreendido que a todo conceito teórico sobre saúde está vinculado um determinado projeto para o setor e, a depender da concepção sobre saúde, como é o de determinação social, está vinculada a uma estrutura social específica. Após essa primeira investigação e, compreendendo que o projeto sanitarista estava imbricado com a ação política, foi realizada a análise da trajetória político-metodológica do Movimento Sanitário Brasileiro. O movimento que teve seu início nos anos de 1970, marcado pela luta contra a ditadura empresarial-militar e a favor da democracia, sofreu diversas transformações, que implicaram em mudanças, principalmente, nas concepções políticas sobre Estado e Democracia. Essas mudanças tiveram rebatimento na estratégia e tática assumidas por esse movimento, que passou de uma perspectiva revolucionária a reformista e de contenção de danos aos ataques do capital na sua fase neoliberal. Como consequência dessa postura, o Sistema Único de Saúde (SUS), principal produto das lutas sanitaristas, vem sofrendo sucateamento da rede e precarização do trabalho em saúde. Neste sentido, também foi investigado o conceito de trabalho, em uma perspectiva geral, e o conceito trabalho na saúde, como sendo sua expressão setorial, além de ser central na modalidade de residência, formação em serviço. A compreensão do trabalho como atividade exclusivamente humana e sua forma na atual sociedade capitalista, então como trabalho assalariado e alienado, e o intrínseco ciclo de crises nesta sociedade, foi o aspecto estudado como força motriz da precarização do trabalho em saúde e da forma atual das residências. Encontrou-se, então, como determinantes centrais da forma atual da Residência Multiprofissional em Saúde: luta de classes, perspectiva liberal, crise estrutural do capital, avanço do neoliberalismo, fragilização das lutas da classe trabalhadora, perda de direção original da reforma sanitária, incipiente movimento de residentes.

**Palavras-chave:** residência multiprofissional em saúde; trabalho precário; reforma sanitária; sistema único de saúde.

## Abstract

The main objective of this dissertation was to identify the central determinants that shape the Multiprofessional Health Residency in the form of precarious health work in contemporary times. This is a documentary research, with bibliographic review and document analysis as the main technical resources. Thus, the theoretical and methodological bases of the Brazilian sanitary reform movement were investigated, in which the model of social determination of the health-disease process, of health work and of health care was established. It was understood that every theoretical concept of health is linked to a certain project for the sector and, depending on the conception of health, such as social determination, it is linked to a specific social structure. After this initial investigation and understanding that the health project was intertwined with political action, the political-methodological trajectory of the Brazilian Sanitary Movement was analyzed. The movement that began in the 1970s, marked by the struggle against the military dictatorship and in favor of democracy, underwent several transformations, which implied changes, mainly in the political conceptions about the State and Democracy. These changes had an impact on the strategy and tactics assumed by this movement, which went from a revolutionary perspective to a reformist and damage containment perspective to the attacks of capital in its neoliberal phase. As a consequence of this stance, the Brazilian National Health System (SUS), the main product of the sanitariat struggles, has been suffering from the scrapping of the system and the precariousness of health work. In this sense, the concept of work was also investigated, in a general perspective, and the concept of work in health, as its sectoral expression, in addition to being central to the residency modality, in-service training. The understanding of work as an exclusively human activity and its form in the current capitalist society, then as wage labor and alienated, and the intrinsic cycle of crises in this society, was the aspect studied as the driving force behind the precariousness of health work and the current form of residencies. Central determinants of the current form of the Multiprofessional Health Residency were: class struggle, liberal perspective, structural crisis of capital, advance of neoliberalism, weakening of working class struggles, loss of original direction of sanitary reform, incipient residents' movement.

**Keywords:** multiprofessional health residency; precarious work; brazilian sanitary reform; brazilian national health system.

## **Lista de abreviaturas e siglas**

8ª CNS - 8ª Conferência Nacional de Saúde

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

Cebes - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde

CNRMS - Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CSEM - Centro de Saúde Escola Murialdo

DSS - Determinantes Sociais em Saúde

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ENRS - Encontro Nacional de Residências em Saúde

ENSP/Fiocruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz

FNRS - Fórum Nacional de Residentes em Saúde

IMS/Uerj - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

OS - Organização Social

OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PDV - Programa de demissão voluntária

PESE - Programa de Estudo Socioeconômicos em Saúde

ProJovem - Programa Nacional de Inclusão de Jovens

PT - Partido dos Trabalhadores

RMS - Residência Multiprofissional em Saúde

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

URSS - União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

## **Sumário:**

<b>Introdução</b>	<b>12</b>
<b>Capítulo 1: Principais fundamentos do projeto e concepções do movimento da Reforma Sanitária no Brasil iniciado em meados da década de 1970</b>	<b>28</b>
Saúde Coletiva	29
Determinação social da prática médica e assistencial - diálogo com Cecília Donnangelo	32
Determinação social do processo saúde-doença	37
<b>Capítulo 2. Reforma Sanitária Brasileira - trajetória teórico-política</b>	<b>42</b>
<b>Capítulo 3. O lugar e condição atual do trabalho na sociedade capitalista e a formação em Residência Multiprofissional em Saúde</b>	<b>57</b>
Os sentidos do trabalho	57
O trabalho humano como fundante do ser social e sua centralidade na sociabilidade humana	59
O trabalho na sociedade capitalista e suas mutações recentes no contexto da crise do capital	62
A reestruturação produtiva e a precarização do trabalho ocorridos nas décadas de 1990, 2000 e 2010	70
Os limites da formação em Residência Multiprofissional em Saúde	75
<b>Capítulo 4. Síntese das determinações do modelo atual de residência multiprofissional em saúde.</b>	<b>80</b>
<b>Considerações Finais</b>	<b>91</b>
<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>96</b>

## **Introdução**

A presente dissertação trata dos determinantes da condição atual da residência multiprofissional em saúde, a partir dos fundamentos da crítica da economia política. As Residências são desenvolvidas através da formação pelo trabalho e são consideradas uma modalidade de pós-graduação lato sensu.

Como se desenvolvem necessariamente em serviços de saúde, a formação e o respectivo trabalho estão sujeitos às contradições estruturais decorrentes da relação entre capital e trabalho que atingem este setor. Nesta seara, atualmente pesquisas apontam a residência em saúde como uma formação baseada na integralidade e na perspectiva multidisciplinar (FLOR et al., 2022), mas também como um trabalho precarizado, em contraposição à formação profissional continuada condizente com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e os da Reforma Sanitária Brasileira (ALMEIDA, 2020).

As primeiras experiências de Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) surgem no Brasil no decênio de 1970. A partir de então expandiram-se de forma continuada, sobretudo em meados do século XXI, em 2005, quando foram criadas em esfera nacional, pela lei 11.129, de 30 junho de 2005 (BRASIL, 2005). Sua criação e expansão implicou no favorecimento das equipes multiprofissionais e teve como matriz teórica o desenvolvimento da disciplina de Saúde Coletiva, no âmbito da política de educação continuada em saúde. Sobre a Saúde Coletiva, Fleury (2018b) relata que este campo tem fundamentação em conceitos oriundos do debate em torno do Trabalho Médico e da inserção dele em uma sociedade organizada sobre a exploração do trabalho. Além disso, a autora enfatiza que são Arouca e Donnangelo quem sistematizaram essas problemáticas à época. Acerca da Saúde Coletiva, assevera:

A definição dessa problemática e do método histórico estrutural por ela postulado, representou uma inflexão nos estudos que fundaram a saúde coletiva, superando o projeto original da medicina preventiva ao deslocar a ênfase da questão saúde-doença para a determinação social desses processos e práticas da saúde. Mais ainda, em lugar de apenas refletir sobre a realidade, transformá-la por meio da práxis social (FLEURY, 2018b, p 17)

Com a perspectiva intrínseca de mudança da realidade, a Saúde Coletiva inicia um movimento histórico, a Reforma Sanitária Brasileira, que se configurava, no

primeiro momento, em âmbito acadêmico em torno de assuntos que abrangiam desde a questão do Estado, da democracia e das políticas sociais, até as questões de disputa em torno de modelos de atenção em instituição de saúde perante a organização social da prática médica. Para além, buscou-se

entender o processo setorial como parte da reprodução da força de trabalho no capitalismo, assim como as necessidades e possibilidades de construção de uma nova correlação de forças que suportasse um projeto reformador, envolvendo atores que vão desde os movimentos sociais até a burocracia estatal (FLEURY, 2018b, p. 17)

A compreensão da história da Reforma Sanitária Brasileira é de fundamental importância para a apreensão da atual conjuntura do setor saúde no Brasil. É uma história rica e entrelaçada pela história da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e tudo a ele relacionado, incluindo as residências, seus rumos e sua condição atual com marcas de trabalho precarizado. Assim, parte-se da compreensão da ligação existente entre a disciplina Saúde Coletiva, o movimento histórico chamado Reforma Sanitária Brasileira e a Residência Multiprofissional em Saúde.

No entanto, a forma como se ensina sobre a Saúde Coletiva e a Reforma Sanitária na contemporaneidade se apresenta limitada, de forma desvinculada dos postulados centrais apontados pelo movimento da Reforma Sanitária – um indicativo de um padrão que acarreta agravos na continuidade de uma disputa mais combativa por parte dos que se afiliam à proposta original<sup>1</sup>. Neste padrão se destaca a trajetória normativa e institucional, em prejuízo do ensino baseado na perspectiva adotada pelo movimento sanitário nas décadas de 1970 e 1980, em contextos marcados pela luta de classes e que, de certo modo, havia uma ascensão dos movimentos sociais. Assim, em certa medida, há “uma visão romântica, e até saudosista, do Movimento da Reforma Sanitária como fonte de inspiração socialista que gradualmente se perdeu ao longo da implantação do SUS” (CARNUT; MENDES; MARQUES, 2019, p. 134).

Esta forma de ensinar a história da Reforma Sanitária, que condiciona invariavelmente à formação de um entendimento coletivo sobre o tema – uma vez que o assunto se restringe aos círculos acadêmicos e não tem grande inserção nos

---

<sup>1</sup> A temática da proposta original da Reforma Sanitária será mais extensamente abordada na dissertação. Nesta introdução cabe indicar se esta proposta original se fundamenta na necessidade de superação de uma sociedade marcada pela primazia da produção e reprodução do capital.

ambientes externos à saúde –, restringe as possibilidades de mudança e luta em prol do ideário postulado pela Saúde Coletiva no momento da sua formulação. Este, por sua vez, colocava no centro da análise as determinações sociais do processo saúde-doença e a forma social do trabalho em saúde na sociedade capitalista.

Esse deslocamento de perspectiva teórico-política, focando apenas na forma institucional do movimento sanitário e da Saúde Coletiva é representativo e abordado por Sonia Fleury (2018b, p. 23):

Observa-se a diversidade de áreas que passaram a ser abrangidas no campo da saúde coletiva, sua complexificação e diversificação, sua crescente especialização e diálogo com outros campos disciplinares. No entanto, a temática da Reforma Sanitária foi perdendo importância em relação às demandas por analisar a realidade multifacetada da construção do SUS, tendo assim diluída sua identidade política.

Para Dantas (2017), essa mudança de perspectiva ocorreu no processo histórico de luta do movimento sanitarista. Em um contexto de combate à ditadura empresarial-militar, amplos e variados setores se unificaram para reivindicar melhorias na sociedade brasileira. Nessa conjuntura, lideranças do movimento sanitarista alcançaram importantes conquistas expressas na construção e no teor dos relatórios do Simpósio Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, da Comissão Nacional da Reforma Sanitária e na formalização do direito à saúde após as disputas dentro da Assembleia Nacional Constituinte. Diante dessas conquistas, todas em âmbito institucional, Dantas (2017) chama a atenção:

Notemos que, apesar de se tratar de uma conjuntura cujo destaque para as lutas travadas no interior do Parlamento era notório e do clima de otimismo e euforia diante das substantivas conquistas, a tática institucional, após a batalha da Constituinte, saíra ainda mais fortalecida. A aposta na força do movimento parecia vir muito mais da sua capacidade de articulação institucional do que de sua base social - seja porque de fato esta já minguava com a derrota global que se desenhava para a classe trabalhadora dentro e fora do Brasil, seja porque se concebia a luta taticamente como mais efetiva nesse terreno institucional (DANTAS, 2017, p. 160)

Acerca da história e do processo de institucionalização da Reforma Sanitária Brasileira, Fleury (2018b) alerta, a partir das contradições emergentes do avanço do movimento sanitário, para a necessária análise crítica dessas escolhas e desses caminhos trilhados pelos sanitaristas:

Não se pode contar a história da RSB sem falar desses espaços institucionais, mas sobretudo é necessário ter em conta que esses foram espaços de luta pela hegemonia, espaços politicamente construídos por lideranças e pelo movimento sanitário, que muitas vezes se tornaram em espaços de disputa, mas também de encapsulamento. Esses grandes debates sobre os rumos da Reforma Sanitária, nos quais se discutiam princípios, táticas e estratégias, foram também fruto da iniciativa de lideranças que souberam entender o sentido histórico de suas práticas políticas e institucionais.(FLEURY, 2018b, p 25)

Nesta esteira, os rumos trilhados pelo movimento sanitário, de vertente revolucionário ou reformista, assim como suas trajetórias e seus produtos, foram incansavelmente estudados e descritos por Jairnilson Paim, um dos mais célebres quadros desse movimento. Este sanitarista proporcionou uma reflexão crítica do que chamou de “ciclo ideia-proposta-projeto-movimento-processo” da Reforma Sanitária Brasileira. No entanto, advertiu:

Na realidade, esses momentos encontram-se, dialeticamente, imbricados: o movimento gera o projeto e desencadeia o processo e este condiciona o próprio movimento. Uma ideia, em si mesma, sem relações sociais que a transformem em proposta, projeto, movimento, política e prática, é apenas uma idéia (PAIM, 2008, p. 33)

Dessa forma, como os outros autores supracitados, Paim (2008) também tece comentários acerca da condução da luta pela Reforma Sanitária. Na mesma direção já apontada, acerca das temáticas abordadas na esfera acadêmica e teórica que expressam, em certa medida, os rumos da Reforma Sanitária Brasileira, o autor afirma:

diversos estudos, investigações, ensaios, position papers, debates e reflexões empreendidos sobre a RSB nas últimas décadas fixaram-se na sua dimensão institucional, ou seja, no SUS, negligenciando outros elementos fundamentais do projeto original (PAIM, 2008, p 293)

No trecho acima, o autor refere-se à institucionalidade como forma de limitação, contingenciamento, das lutas do setor saúde. Indica que estudos atuais estão operando no sentido de colocar o projeto da Reforma Sanitária dentro dos estritos limites institucionais já anteriormente estabelecidos, ou seja, não há perspectiva de se alterar a estrutura institucional, ou qualquer outra estrutura, para que o projeto da Reforma Sanitária não se comprima. Ao contrário, esquarteja-se o projeto original da Reforma Sanitária para justamente caber nas institucionalidades postas, com o intuito de não estressar essas estruturas.

Paim, em seu livro chamado “Reforma Sanitária Brasileira: reflexões para compreensão e crítica”, oriundo da sua tese de doutoramento em saúde coletiva, apresenta um subtítulo bastante chamativo, que permite refletir sobre a atual conjuntura do movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Com o nome de “Reforma Sanitária ou Retórica Sanitária?” o subtítulo encaminha à conclusão com o seguinte trecho:

Assim, o processo da RSB foi confinado, até o presente, a uma reforma parcial setorial, não obstante alguns dos seus atores/autores continuarem a defender uma revolução no modo de vida. Em linhas gerais, esta é a tese defendida: a Reforma Sanitária Brasileira reduziu-se a uma reforma parcial, inscrita nas suas dimensões setorial e institucional com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). O resto é retórica (PAIM, 2008, p. 309)

O autor faz menção ao aspecto retórico que a Reforma Sanitária e que seus atores vocalizam atualmente. A retórica aqui é a ilusão presente na concepção de que uma revolução no modo de vida é possível a partir das dimensões setoriais e institucionais, e sem que estas sejam sequer abaladas. A respeito dessa ilusão retórica<sup>2</sup>, Dantas (2017) investiga em sua tese de doutorado, posteriormente editado em forma de livro,

o quanto os desdobramentos da luta iniciada nos anos 1970 - que atualmente se expressam como transformismo da vanguarda de esquerda, redução de direitos e fortes teor privatistas - já se apresentavam como risco em potencial nas formulações estratégicas que absolutizaram a democracia e relativizam o caráter de classe do Estado (DANTAS, 2017, p. 28 - 29)

E o autor, na sequência, conclui que:

A crise em que o movimento - assim como a esquerda democrática - se encontra deve-se não só à pesada contraofensiva neoliberal que nos assomou desde a década de 1990, como efeitos catastróficos nos últimos vinte anos, mas também à crise estratégica que atualmente atravessa a esquerda no Brasil, precisamente após a passagem pelo governo central de suas lideranças. (DANTAS, 2017, p 29)

Nestas citações o autor expressa nitidamente que, ainda que o capital tenha avançado nas ofensivas contra a classe trabalhadora nas últimas décadas, o que é a tendência desta relação social, não se deve creditar somente a esse fator o processo de enfraquecimento da defesa da efetivação do projeto de reforma sanitária – ou ainda a efetivação do SUS. Se é verdade que o capital impetra

---

<sup>2</sup> O termo “retórica”, ou seus derivados, nesta dissertação será indicador do que se chamou de vertente reformista da reforma sanitária, que vocaliza a necessidade de superação da sociedade do capital, mas que, contraditoriamente, as suas propostas não visam a ruptura com sua estrutura.

ataques à classe trabalhadora e a suas mobilizações populares e políticas, também é verdade que esta classe tem a potencialidade de resistir e até de avançar contra o capital. O que o autor explicita é que esta potencialidade foi sendo afastada pelas escolhas políticas concretizadas que já estavam indicadas, se fazendo aparentes nos marcos iniciais da reforma sanitária.

O período referido pelo autor corresponde à eleição do Partido dos Trabalhadores para o Executivo Federal. Momento em que o Brasil vinha da chamada democratização, com as conquistas institucionais do final da ditadura empresarial-militar, porém seguida do forte avanço do neoliberalismo na sociedade brasileira. A este respeito, considera-se que a implementação do neoliberalismo foi iniciada com Fernando Collor de Mello, embora, tenha sido amplamente intensificada por Fernando Henrique Cardoso. Essa vitória eleitoral do Partido dos Trabalhadores representava a esperança da efetivação de demandas populares, como exemplo: a Reforma Agrária, a Reforma Tributária e a Reforma Sanitária. Contudo, essas reivindicações não foram concretizadas.

Assim, apesar da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 terem representado alguma conquista, o projeto neoliberal impôs grandes derrotas ao movimento sanitário. Esperava-se que os governos petistas pudessem impor um certo corte na sequência neoliberal no país. O que infelizmente não ocorreu pois, como diz Dantas:

talvez nada pudesse fazer crer que, justamente durante os governos de esquerda democrática, não só a institucionalidade não seria posta em funcionamento pleno, como ao contrário, figuraria como elemento central de um movimento anti-Reforma Sanitária, que ressignificaria e instrumentaliza o SUS mantendo-o a serviço da saúde privada, de quem deveria ser referência - tornando-o, ele sim, secundário, suplementar (DANTAS, 2017, p. 256)

É neste período histórico e político que se criaram as Residências Multiprofissionais em Saúde em âmbito nacional. Além disso, este período ficou marcado pela ilusão da esquerda democrática em acreditar que estar em cargos da institucionalidade, ou mesmo aprovando normativas, seria suficiente para a recondução do Estado e das políticas públicas na direção das vontades populares.

A Residência Multiprofissional em Saúde foi criada pela promulgação da Lei 11.129, de 30 junho de 2005 (BRASIL, 2005), pela qual, além de criar em âmbito

federal as residências em Saúde, estabeleceu-se a criação da Comissão Nacional de Residências em Saúde, órgão colegiado responsável pela normatização da formação em saúde referida.

O que poderia ser compreendido como um grande avanço da Reforma Sanitária, figurou-se como ataque do capital sobre o trabalho e formação continuada em saúde. Isto torna-se límpido ao analisar atualmente a forma assumida pela Residência em saúde mais próxima ao trabalho precarizado em saúde do que educação em serviço, ainda que não deixe de ser uma especialização. Esta é a perspectiva assumida por essa dissertação, fundamentada na compreensão de que houve o enfraquecimento do movimento da Reforma Sanitária, que não apresentou força política o suficiente para proteger da cooptação de interesses do capital a recém criada modalidade de formação.

Já na primeira normativa, que vigorou regulamentando as Residências em Saúde e a Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, é possível ainda perceber, sutilmente, a influência da ideia-proposta-projeto da Reforma Sanitária na esfera da formação em serviço de profissionais da saúde. Este fato, por sua vez, demonstra também que havia a incidência do movimento-processo neste espaço. Todavia, também fica evidente a influência da cooptação do capital quando se comenta acerca da incerteza das garantias provenientes desses atos normativos, colocando em xeque o processo de realização na prática daquilo que está descrito em normativas institucionais. Assim, concorda-se com Silva e Castro (2020):

Entendemos que a proposta inscrita na Portaria Interministerial MEC/MS n.º 45/2007, em tese, apontava para a possibilidade de construção de uma lógica de formação em saúde para além do aprimoramento meramente técnico disciplinado, subordinado e repetitivo. Ao contrário, propõe-se a superar um modelo de formação que se destina a 'treinar' profissionais para o cumprimento de tarefas e, desse modo, opõe-se a uma formação reduzida a habilidades técnicas solicitadas pelo 'mercado' da saúde. Em nossa análise, ao tratar o processo de formação como inscrito em uma conformação histórica, política e social, torna possível, *embora de maneira alguma garanta*, a problematização das determinações sociais que envolvem a produção de saúde daqueles usuários e/ou população, assim como a discussão acerca do papel dos profissionais de saúde nesse processo. (SILVA, CASTRO. 2020, p. 76 - 77 - grifo nosso)

Como fonte de pesquisa privilegiada utilizou-se as normativas como marcadores temporais e situacionais/conjunturais da história das residências. As

normativas figuram-se como exemplar marco histórico neste contexto, pois, como dito anteriormente, o processo de Reforma Sanitária levou à focalização da luta no terreno institucional, por parte das demandas populares para o setor, e por parte do próprio capital, que tem o Estado, e sua institucionalidade, como *lócus* privilegiado para garantia de seu domínio. Assim, as normativas e os ciclos instituições servem como síntese deste conflito.

O primeiro momento das residências multiprofissionais na esfera federal tem como marco institucional a edição da Portaria Interministerial MEC/MS nº 698, de 19 de julho de 2007 (BRASIL, 2007b) – a qual nomeou os primeiros membros da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde – e das Portarias Interministeriais de nº 506, de 24 de abril de 2008 (BRASIL, 2008a), e 593, de 15 de maio de 2008 (BRASIL, 2008b) - que definiu as 60h semanais de carga horária nos programas, atualmente presente no regulamento interno da CNRMS. Assim, foi possível a convocação abrangente para cadastros de programas de residência junto ao MEC (SILVA; CASTRO, 2020).

Sua expansão é marcada pela ampliação das vagas e uma reorientação da formação. Isso se deu em contexto de aprofundamento da reestruturação do trabalho no país. Desse modo, revela-se que, apesar de a ideia-proposta-projeto-movimento-processo da Reforma Sanitária estar presente, ainda que veladamente, na origem da Residência Multiprofissional em Saúde, principalmente da sua história em âmbito federal, os rumos que concretamente foram traçados têm forte associação com a trajetória geral da Reforma Sanitária e de setores da esquerda brasileira em confronto direto com os imperativos da classe dominante. Neste contexto, a correlação da luta de classes define, em última instância, as direções efetivamente tomadas, ou seja, atualmente o movimento que defende a residência em saúde assume uma posição de defesa do que foi até então construído e de redução de danos nos momentos de ofensiva dominante.

Aqui vale destacar que o Movimento Nacional de Residências em Saúde é composto pelos Fóruns Nacionais dos segmentos da Residência – residentes, tutores, preceptores, coordenadores e apoiadores de programas de residência. É organizado anualmente o Encontro Nacional de Residências em Saúde – ENRS e,

ainda que seja ativo, este movimento não rompe com a vertente de reformismo do movimento da Reforma Sanitária.

Na atualidade, suas principais reivindicações voltam-se para: a qualificação da carga horária semanal, ou seja, melhor definição e divisão entre estratégias educacionais teórica, teórico-práticas e práticas; democratização da gestão e formulação de normativas sobre as residências; fortalecimento do princípio da integralidade e das equipes multiprofissionais; aprovação do Projeto de Lei n.º 504 de 2021, apresentado em 19 de fevereiro de 2021; qualificação das condições objetivas e do corpo docente-assistencial dos programas; política de fixação de egressos no SUS; elaboração de projetos pedagógicos alinhados ao perfil sócio-epidemiológico das localidades; garantia de direitos associados ao trabalho aos residentes e ampliação de incentivos e auxílios financeiros para acesso e permanência (JAEGER; CECCIM; OLIVEIRA. 2023).

Posto isso, cabe trazer à luz o debate que é central na temática das Residências em Saúde e que guiou a pesquisa em tela, o grau de correspondência existente entre a forma atual da residência e o projeto de residência fundamentado nas concepções teóricas que originaram a Reforma Sanitária – determinação do trabalho em saúde e do processo de saúde-doença –, além da análise dos determinantes dessa forma assumida:

Do ponto de vista de sua proposta inicial, a RMS nasce como possibilidade de construção de uma formação em saúde atenta e associada à diversidade e à complexidade das necessidades de saúde postas no cotidiano do SUS. Enquanto proposta de formação - não como trabalho precário - a RMS, em tese, tem no seu horizonte a construção de práticas interdisciplinares capazes de se interpor à lógica da fragmentação dos saberes e dos fazeres tão características à política e ao trabalho em saúde. No entanto, essa possibilidade de formação para o SUS exige condições para a sua realização, caso contrário torna-se uma 'potência de formação' em termos estritamente retóricos (SILVA; CASTRO, 2020, p. 95)

Destarte, para a análise da localização da Residência Multiprofissional na sociedade brasileira e da identificação da direção da sua dinamicidade, na direção dos princípios e diretrizes construídos pela Saúde Coletiva nos anos 1970 (vertente revolucionária), ou não (vertente reformista), requer-se a compreensão das consequências das perspectivas políticas assumidas por esse movimento no passado e na atualidade, em contextos políticos diversos, sob determinantes diversos.

Assim, a formação em Residência Multiprofissional em Saúde sobre as determinações do processo histórico, relativo à Reforma Sanitária, da reestruturação produtiva, dentre outros determinantes essenciais, tornaram possível identificar estes determinantes, consolidando-se como o eixo central desta pesquisa.

Por essa razão, esta pesquisa tomou como ponto de partida as constatações trazidas pelas autoras do livro “Serviço Social e Residência em Saúde: trabalho e formação”. As autoras partem do entendimento de que, por ser uma modalidade fundamentada no ensino em serviço, e por isso se realizar através do trabalho em saúde, os parâmetros como regulação são indicativos do local assumido pelas Residências no SUS e na sociedade brasileira:

Não temos dúvida de que a constituição e a implementação do SUS trouxe em seu bojo a possibilidade e a necessidade de novas modalidades e estratégias de formação. Também não temos dúvida de que a proposta original da RMS, em termos de ideia, atende aos princípios do SUS. Entretanto, partindo do pressuposto da existência de disputas no interior do SUS e nos direitos sociais em geral, a legislação que regulamenta a RMS cria condições para o esvaziamento da proposta de formação e caminha no sentido de que a presença de residente se estabeleça como possibilidade de mão de obra barata e precária nos serviços de saúde (SILVA; CASTRO, 2020, p. 96)

Assim, esta pesquisa tem como objeto os determinantes principais das residências multiprofissionais em saúde, na atualidade brasileira, que as conformam fundamentalmente como trabalho precário, em detrimento da formação crítica e continuada em saúde.

Desse modo, a pesquisa orientou-se pelas seguintes questões investigativas: Quais os principais determinantes do modelo atual de Residências Multiprofissionais em Saúde? Sendo a Residência Multiprofissional em Saúde uma potencial ferramenta estratégica de efetivação da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde, quais concepções originais fundamentaram esta modalidade de formação? Quais as principais tendências teórico-metodológicas e formativas das Residências Multiprofissionais em Saúde? Considerando o contexto de precarização do trabalho e os limites formativos das RMS na atualidade, a configuração atual assumida por essas residências pode ser compreendida como uma forma de trabalho precário em saúde? Partindo dessas questões, a pesquisa teve como objetivo geral identificar os determinantes centrais das residências multiprofissionais em saúde, que as conformam na atualidade fundamentalmente como trabalho precário, em detrimento

da formação em saúde, direcionada para o que preconizava a Reforma Sanitária dos anos 1970. Como objetivos específicos se seguiram: identificar os fundamentos teóricos do projeto original da Reforma Sanitária; as características centrais deste projeto; investigar a origem das RMS na esfera federal, no contexto do percurso histórico, teórico e metodológico do movimento da Reforma Sanitária no Brasil.

### **Método e Metodologia**

A presente pesquisa foi desenvolvida sob as perspectivas teórico-metodológica do materialismo histórico-dialético, com o propósito de aproximação sucessiva do objeto de investigação.

O método desenvolvido por Karl Marx em seus estudos sobre a sociedade burguesa fornece condições para outras investigações, por se tratar de uma perspectiva teórico-metodológica e não um conjunto de regras rígidas, como destaca Paulo Netto (2011):

para Marx, o método não é um conjunto de regras formais que se ‘aplicam’ a um objeto que foi recortado para uma investigação determinada nem, menos ainda, um conjunto de regras que o sujeita que pesquisa escolhe, conforme sua vontade, para ‘enquadrar’ o seu objeto de investigação (PAULO NETTO, 2011, p. 52)

Nessa direção, o curso metodológico desta pesquisa foi aquele que, a partir do próprio objeto, se fez mais adequado:

é a estrutura e dinâmica do objeto que comandam os procedimentos do pesquisador. O método implica, pois, para Marx, uma determinada posição (perspectiva) do sujeito que pesquisa: aquela em que se põe o pesquisador para, na sua relação com o objeto, extrair dele as suas múltiplas determinações (PAULO NETTO, 2011, p. 53)

Aqui cabe assinalar, por um lado, o entendimento do “sujeito que pesquisa”, pois a implicação dele como agente perante o objeto não só é inevitável, como também é essencial para o método, ao contrário do que se postula em outras correntes sociológicas. Por outro lado, esse “sujeito que pesquisa” não pode ser entendido apenas como pesquisador abstrato e sim como um sujeito social que age sobre uma realidade concreta, visando uma finalidade definida:

A atitude primordial e imediata do homem, em face da realidade, não é a de um abstrato sujeito cognoscente, de uma mente pensante que examina a realidade especulativamente, porém, a de um ser que age objetivamente e praticamente, de um indivíduo histórico que exerce a sua atividade prática no trato com a natureza e com os outros homens, tendo em vista a

consecução dos próprios fins e interesses, dentro de um determinado conjunto de relações sociais. (KOSIK, 2002, p. 13)

Seguindo a linha de raciocínio, após a exposição de que o sujeito que pesquisa não pode se encontrar isolado das relações sociais, que, primordialmente, exerce atividade prático-objetiva em face da realidade, e que essa ação é direcionada a um fim previamente determinado, Kosik (2002) afirma:

No trato prático-utilitário com as coisas – em que a realidade se revela como mundo dos meios, fins, instrumentos, exigências e esforços para satisfazer a estas – o indivíduo ‘em situação’ cria suas próprias representações das coisas e elabora todo um sistema correlativo de noções que capta e fixa o aspecto fenomênico da realidade. (KOSIK, 2002, p. 14)

As representações mencionadas pelo autor são justamente aquelas formas fenomênicas imediatas internalizadas pelo ser cognoscente, agora não mais entendido no isolamento. Ele as apreende idealmente por meio de um sistema correlativo de noções, informado a partir das relações sociais as quais estão determinadas historicamente. Assim, constitui um conjunto de representações ou categorias do pensamento comum. Esta primeira representação constitui o “mundo da pseudoconcreticidade” (KOSIK, 2002).

O mundo da pseudoconcreticidade é um claro-escuro de verdade e engano. O seu elemento próprio é o duplo sentido. O fenômeno indica a essência e, ao mesmo tempo, a esconde. A essência se manifesta no fenômeno, mas só de modo inadequado, parcial, ou apenas sob certos ângulos e aspectos. O fenômeno indica algo que não é ele mesmo e vive apenas graças ao seu contrário. A essência não se dá imediatamente; é mediata ao fenômeno e, portanto, se manifesta em algo diferente daquilo que é. A essência se manifesta no fenômeno. O fato de se manifestar no fenômeno revela seu movimento e demonstra que a essência não é inerte nem passiva. Justamente por isso o fenômeno revela a essência. A manifestação da essência é precisamente a atividade do fenômeno. (KOSIK, 2002, p. 15)

Porém, esse mundo da pseudoconcreticidade não pode ser entendido como a realidade em si, pois se assim o fosse, os fenômenos se apresentariam imediatamente como a essência das coisas, sendo suprimida, então, a necessidade de a humanidade constituir um sistema de conhecimento. Porém, também não pode ser um mundo apartado e não relacionado com a realidade. Assim,

Os fenômenos se transformam em mundo fenomênico na relação com a essência. O fenômeno não é radicalmente diferente da essência, e a essência não é uma realidade pertencente a uma ordem diversa da do fenômeno. Se assim fosse efetivamente, o fenômeno não se ligaria à essência através de uma relação íntima, não poderia manifestá-la e ao mesmo tempo escondê-la; a sua relação seria reciprocamente externa e indiferente. Captar o fenômeno de determinada coisa significa indagar e descrever como a coisa em si se manifesta naquele fenômeno, e como ao

mesmo tempo nele se esconde. Compreender o fenômeno é atingir a essência. (KOSIK, 2002, p. 16)

Se a internalização imediata do fenômeno pelo sujeito que pesquisa é apoiada em um sistema correlativo de noções moldadas às relações sociais historicamente correspondentes, então o esforço de conhecer a “coisa em si”, sua estrutura oculta e dinâmica, passa necessariamente pela teoria:

A teoria é uma modalidade peculiar de conhecimento, [...]. Mas a teoria se distingue de todas essas modalidades e tem especificidades: o conhecimento teórico é o conhecimento do objeto – de sua estrutura e dinâmica – tal como ele é em si mesmo, na sua existência real e efetiva, independentemente dos desejos, das aspirações e das representações do pesquisador. A teoria é, para Marx, a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa: pela teoria, o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa. E esta reprodução (que constitui propriamente o conhecimento teórico) será tanto mais correta e verdadeira quanto mais fiel ao objeto. (PAULO NETTO, 2011, p. 20-21)

Nessa mesma direção, Kosik (2002) apresenta que, para efetivar a reprodução ideal, o sujeito que pesquisa necessariamente opera a decomposição do objeto. Kosik (2002) explica a coerência desse trajeto a partir da dialética:

O conceito da coisa é a compreensão da coisa, e compreender a coisa significa conhecer-lhe a estrutura. A característica precípua do conhecimento consiste na decomposição do todo. A dialética não atinge o pensamento de fora para dentro, nem de imediato, nem tampouco constitui uma de suas qualidades; o conhecimento é que é apropriada dialética em uma das suas formas; o conhecimento é a decomposição do todo. O ‘conceito’ e a ‘abstração’, em uma concepção dialética, têm o significado de método que decompõe o todo para poder reproduzir espiritualmente a estrutura da coisa, e, portanto, compreender a coisa. (KOSIK, 2002, p. 18)

Ainda para este autor,

A dialética é o pensamento crítico que se propõe a compreender a ‘coisa em si’ e sistematicamente se pergunta como é possível chegar à compreensão da realidade. O pensamento que quer conhecer adequadamente a realidade, que não se contenta com os esquemas abstratos da própria realidade, nem com suas simples e também abstratas representações, tem que *destruir* a aparente independência do mundo dos contatos imediatos de cada dia. O pensamento que destrói a pseudoconcreticidade para atingir a concreticidade é ao mesmo tempo um processo no curso do qual sob o mundo da aparência se desvenda o mundo real; por trás da aparência externa do fenômeno se descenda a lei do fenômeno; por trás do movimento visível, o movimento real interno; por trás do fenômeno, a essência. (KOSIK, 2002, p. 20. Grifo do autor).

Aqui cabe uma retomada da natureza do sujeito que pesquisa e a sociedade a qual está relacionado e a qual o determina. Assim, vale a citação:

o *ser social* – e a sociabilidade resultante elementarmente do *trabalho*, que constitui o modelo de *práxis* – é um *processo, movimento* que se dinamiza por *contradições*, cuja superação o conduz a patamares de crescente complexidade, nos quais novas *contradições* impulsionam a outras superações. (PAULO NETTO, 2011, p. 31. Grifo do autor)

O que se evidencia no trecho acima é a eterna dinamicidade do desenvolvimento do ser social a partir das suas contradições. Porém, isso inevitavelmente leva a consequência da própria natureza dinâmica das relações sociais e da sociabilidade, que determinam, por sua vez, o sistema de noções do sujeito que pesquisa que está justamente implicado no processo da representação ideal da realidade fenomênica e no processo de conhecimento da essência da “coisa em si”.

Considerando que este conhecimento está implicado na própria ação do trabalho, que é o elemento do qual resulta a sociabilidade, constituinte do modelo de práxis, é que se pode afirmar: “O Homem só conhece a realidade na medida em que ele *cria a realidade* humana e se comporta antes de tudo como ser prático” (KOSIK, 2002, p. 28. Grifo do autor).

Sob a perspectiva do materialismo histórico-dialético, nas palavras de José Paulo Netto (2011):

Começa-se ‘pelo real e pelo concreto’, que aparecem como dados; pela análise, um e outro elementos são abstraídos e, progressivamente, com o avanço da análise, chega-se a conceitos, a abstrações que remetem a determinações as mais simples. (PAULO NETTO, 2011, p. 42)

No entanto, quanto mais se apropria dos conhecimentos de certo objeto, por meio da atividade de criação da realidade humana, mais abstrato se torna a idealização do fenômeno, assim, mais se distancia da realidade concreta, por esta ser uma totalidade, não sendo possível sua cisão. Ela não é totalidade porque reúne todas as partes que a compõem, é totalidade justamente por ser unidade, unidade do diverso.

Nesta esteira, para a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa é necessário fazer um caminho de volta, agora partido do abstrato – das determinações mais simples – e chegando a partir do concreto pensado, a partir da saturação das múltiplas determinações relacionadas ao objeto. Nas palavras de Paulo Netto (2011):

A realidade é concreta exatamente por isso, por ser a 'síntese de muitas determinações', 'a unidade do diverso' que é própria de toda totalidade. O conhecimento teórico é, nesta medida, para Marx, o conhecimento do concreto, que constitui a realidade, mas que não se oferece imediatamente ao pensamento: deve ser reproduzido por este e só 'a viagem de modo inverso' permite esta reprodução (PAULO NETTO, 2011, p. 44)

Dito de outro modo:

O ponto de partida do exame deve ser formalmente idêntico ao resultado. Este ponto de partida deve manter a identidade durante todo o curso do raciocínio visto que ele constitui a única garantia de que o pensamento não se perderá no seu caminho. Mas o sentido do exame está no fato de que no seu movimento em espiral ele chega a um resultado que não era conhecido no ponto de partida e que, portanto dada a identidade formal do ponto de partida e do resultado, o pensamento, ao concluir o seu movimento, chega a algo diverso – pelo seu conteúdo – daquilo de que tinha partido. Da vital, caótica, imediata representação do todo, o pensamento chega aos conceitos, às abstratas determinações conceituais, mediante cuja formação se opera o retorno ao ponto de partida; desta vez, porém não mais como ao vivo mas incompreendido todo da percepção imediata, mas ao conceito do todo ricamente articulado e compreendido. O caminho entre a 'caótica representação do todo' e a 'rica totalidade da multiplicidade das determinações e das relações' coincide com a compreensão da realidade. (KOSIK, 2002, p. 36)

Assim, esta pesquisa partiu da face aparente do fenômeno, que é a condição de trabalho precarizado das Residências em Saúde. Procurou-se desvendar as nuances que expressam suas determinações sócio-históricas e tornam paradoxais a realização das residências em saúde em uma sociedade dominada pelas relações sociais capitalistas, seja em relação ao trabalho exercido, seja em relação à formação profissional dos residentes, ou em relação ao processo do movimento sanitário. O esforço foi o de apreender as múltiplas determinações que as conformam, considerando sua historicidade e a dinâmica da realidade sócio-histórica em que se constituíram e são desenvolvidas. Para que se tornem "um concreto pensado" a aproximação sucessiva de sua essência é a direção que foi assumida, sempre com atenção às contradições e ao movimento dialético que as perpassam. Assim, mediações foram necessárias.

Esta pesquisa tem natureza exclusivamente documental. Assim, para identificar os principais determinantes que tornam essa pretensa modalidade de formação em saúde na conformação de trabalho precário, recorreu-se aos seguintes procedimentos metodológicos: a) revisão bibliográfica referente à temática investigada, priorizando-se livros, teses, dissertações, artigos científicos; b) análise documental referente às residências multiprofissionais, priorizando-se as regulações

mais abrangentes; c) coleta de dados e informações sobre as residências em saúde nos portais oficiais do Governo Federal, nos relatórios oficiais, entre outros; d) organização destes dados e informações, conforme sua natureza, quantidade e qualidade.

Aqui é preciso dizer que este trabalho foi motivado pela trajetória profissional do pesquisador, especialmente pela formação na área de saúde, no curso de farmácia, pela militância na área de saúde e, sobretudo, pela experiência na formação continuada em residência multiprofissional em saúde, no período entre, 2018 e 2020. Este, por sua vez, suscitou inquietações que mobilizaram para este objeto de investigação. Assim, o pesquisador possui uma relação forte com o objeto de investigação, que, de certo modo, marca a sua história profissional e acadêmica.

Esta dissertação, além desta parte introdutória, organiza-se em quatro capítulos e ao final traz considerações. O primeiro capítulo denominado de “Principais fundamentos do projeto e concepções do movimento da Reforma Sanitária no Brasil iniciado em meados da década de 1970”, recupera elementos que compõem alguns dos fundamentos teóricos do movimento sanitário no Brasil. Já no capítulo 2, sob o título “Reforma Sanitária Brasileira - trajetória teórico-política”, buscou-se reconstituir o percurso teórico-metodológico e político-institucional dos sanitaristas, desde a década de 1970 até meados dos anos 2000. O capítulo 3, “O lugar e condição atual do trabalho na sociedade capitalista e a formação em residência multiprofissional em saúde” traz reflexões sobre o trabalho e a formação em residência multiprofissional, destacando os principais limites desta formação e a luta dos residentes.

O quarto e último capítulo, “Sínteses dos determinantes do modelo atual de residência multiprofissional em saúde”, recupera os principais determinantes do modelo atual de residência em saúde, identificados ao longo da pesquisa.

## **Capítulo 1: Principais fundamentos do projeto e concepções do movimento da Reforma Sanitária no Brasil iniciado em meados da década de 1970**

*Até se fala do SUS a despeito da Reforma Sanitária, mas à Reforma Sanitária, aos seus formuladores e militantes, é incomum uma referência que não remeta à obra que o SUS representa. Tal associação direta, no entanto, também reflete, contemporaneamente, a atrofia da agenda de luta do movimento sanitário.*

*André Vianna Dantas*

A Reforma Sanitária Brasileira nasce no bojo das lutas contra a ditadura empresarial-militar do pós-golpe de 1964. É na década de 1970 que o Movimento Sanitarista começa a formular as bases teóricas que servirão de fundamento para a luta em prol do direito à saúde que reverbera até os dias de hoje. É impossível entender o atual cenário do setor saúde sem compreender que o que o constitui são anos de acumuladas vitórias e derrotas, avanços e recuos, mas principalmente, de lutas. Portanto, a primeira e mais expressiva determinação das políticas sociais, da seguridade social, da política de saúde e de seus componentes, como as Residência Multiprofissional em Saúde, é a correlação de forças, advinda da luta de classes em cada contexto histórico.

Assim, ainda que tenha gerado frutos de extrema importância, tal como é o Sistema Único de Saúde, o movimento sanitarista passou historicamente por diversas transformações e ataques. As transformações se deram internamente e, como indicador nesta dissertação usa-se o horizonte almejado: a defesa da implementação do SUS às suas últimas consequências, porém tendo como referência o postulado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde, n.ºs 8.080 e 8.142, de 1990 (BRASIL, 1990a, 1990b). Além disso, busca-se dar ênfase às contingências e estruturas prévias das instituições (vertente reformista); ou a defesa de uma radical transformação no modo de vida, na perspectiva de ampla transformação radical da sociedade como um todo, tendo como pressuposto que a saúde é determinada não só pela forma de assistência prestada e recebida, mas também pela determinação social que influencia o modo como as pessoas nascem, se desenvolvem, trabalham, têm lazer, adoecem, se recuperam e morrem (vertente revolucionária).

Com relação aos ataques sofridos, tendo como agente causador a classe dominante, estes têm se direcionado mais fortemente na perspectiva de tornar o Sistema Único de Saúde e a área da saúde submissos aos interesses do capital. Em tempos de crise estrutural do capital e a consequente aplicação da cartilha neoliberal, o SUS tem sido alvo privilegiado de ataques: seja no sufocamento orçamentário promovido pelos diversos ajustes fiscais; seja pela internalização dos parâmetros neoliberais no regime trabalhista e de produção, ou ainda; seja no financiamento do setor privado da saúde por meio do alocamento do orçamento público nas diversas formas de privatizações e de parcerias público-privadas hoje em vigor.

Nesta dissertação, na qual se necessitou fazer um enfoque temático, elegeu-se como objeto de análise dos ataques do capital as condições de trabalho em saúde que são um dos indicadores do produto da luta de classes no interior da área da saúde, além de ser tema de crítica teórica que fundamenta a Reforma sanitária, figurando assim como possível avaliação da efetivação do projeto sanitária.

Desta forma, este capítulo tem como objetivo lançar olhar sobre as bases teóricas do movimento, assim como para os processos históricos sofridos pela Reforma Sanitária e suas consequências, das mais aparentes às mais enraizadas. Para isso, realizou-se um retorno aos fundamentos que deram origem ao movimento e o caminho percorrido até aqui, iniciando com os fundamentos teóricos da nascente disciplina da Saúde Coletiva.

### **Saúde Coletiva**

Em meados da segunda metade do século XX, principalmente a partir do fim da Segunda Guerra Mundial, torna-se hegemônico o conceito e ensino da Medicina Preventivista em virtude da sua disseminação por meio de organismos internacionais, como, por exemplo, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A Medicina Preventivista se fundamentava em uma concepção liberal da prática médica e em que a compreensão da saúde e da doença era relacionada a um desequilíbrio entre o ser humano e o ambiente. A partir da teoria<sup>3</sup> da história

---

<sup>3</sup> O conceito de Saúde sempre foi alvo de discussão na história da humanidade. Em cada período histórico o conceito de saúde hegemônico se relacionava com uma prática específica. Assim,

natural da doença, o processo patológico era compreendido como uma interação entre o agente patológico presente no ambiente e o organismo, em um processo dinâmico de equilíbrio, ainda que nesta concepção não considerasse as relações sociais como fator de estruturação deste ambiente (SCOREL, 1999). Assim, o liberalismo econômico, na última quadra histórica do século XX, incidiu fortemente na determinação da concepção de saúde coletiva em diversas partes do mundo.

Refutando-se essa concepção, a abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde, tendo como fundamento a matriz marxista, tem como marcos as defesas das teses de doutorado de Sérgio Arouca, *O Dilema Preventivista*, e de Cecília Donnangelo, *Saúde e Sociedade*. Esses trabalhos acadêmicos surgem, contraditoriamente, dentro dos Departamentos de Medicina Preventiva das Faculdade de Medicina, e tiveram sua criação induzidas fortemente pelo governo autoritário da ditadura. Além disso, interno a esses departamentos, surgem também no currículo dos cursos de medicina, principalmente na etapa de internato e residência, projetos de Medicina Comunitária, apoiados na crítica da medicalização da sociedade e no fortalecimento da intervenção dos profissionais da saúde no âmbito dos locais de moradia e trabalho da população (SCOREL, 1999), a base na qual, posteriormente, será erguida a estruturação da Atenção Primária à Saúde, do modelo de níveis de cuidado à saúde que atualmente se preconiza no SUS.

Esse processo que ocorreu no Brasil tem como força motriz um movimento mais amplo que abrange a América Latina como um todo. Existia na época a necessidade, por parte de alguns teóricos, de trazer à esfera da saúde conceitos originalmente ligados à Ciências Sociais, como nos informa Fleury (2018c, p. 37)

Ouso afirmar que a saúde coletiva, ao constituir-se como campo de saber, constitui, concomitantemente, o campo de estudo de políticas sociais, produzindo não só teoria social, mas seu próprio objeto. A década de 1970 torna-se um ponto de inflexão nessa trajetória lacunar, iniciando-se com o trabalho de Juan César Garcia, que organizou os seminários de Cuenca, reunindo intelectuais do campo da medicina social ou saúde coletiva, com o objetivo de fazer um balanço do desenvolvimento deste campo em diferentes países da América Latina, agregar o conhecimento proveniente das diferentes disciplinas das ciências sociais (antropologia, economia, psicologia social, sociologia) e das principais áreas temáticas (estudos epidemiológicos, serviços de saúde, educação e formação de pessoal), além de aprofundar a discussão epistemológica.

---

neste momento em que a teoria da história natural da doença estava em vigor, a prática relacionada a ela era a medicina preventivista. Semelhantes processos serão abordados neste capítulo.

Ao analisar a origem e articulação do Movimento Sanitária, Sarah Escorel, também a partir da pesquisa da sua tese de doutorado, relata o processo de mudança de enfoque e reestruturação acadêmica que ocorria neste período dentro dos Departamentos de Medicina Preventiva:

No novo enfoque sobre a saúde, criticavam-se tanto o modelo tradicional de formação dos médicos em geral, restrito às áreas biológicas, quanto o modelo clássico de formação de sanitaristas, que já incorporava as ciências sociais, porém com orientação funcionalista. De natureza histórico-estrutural, ele seria construído a partir da abordagem marxista, do materialismo histórico e dialético e da abordagem das condições e dos problemas de saúde da população brasileira sob uma perspectiva marxista (ESCOREL, 1999, p. 25).

Sobre o surgimento da Saúde Coletiva, Sonia Fleury comenta que, com o surgimento dessa nova perspectiva de estudo e formação em saúde, essa abordagem era deslegitimada por pesquisadores e profissionais de diversas áreas correlatas, no entanto, a formação de polo de produção e difusão ligados à saúde coletiva foi ponto necessário para a disciplina alcançar o patamar de legitimação. Desse modo, há uma **determinação multidisciplinar** sobre a visão de saúde coletiva no Brasil, na década de 1970:

Ainda que sem o reconhecimento de centros acadêmicos produtores das ciências sociais, rapidamente toma corpo um movimento que inverte a direção desta produção na saúde coletiva: de campo de aplicação das ciências sociais passa-se à produção de uma teoria social acompanhada de uma prática de transformação por meio da construção de novas formas de compreensão da realidade. A institucionalização de centros produtores como o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), o Pese [Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde] da Ensp/Fiocruz e os departamentos de medicina preventiva em vários pontos do Brasil foi seguida pela criação de instituições responsáveis pela difusão do conhecimento, organização política e defesa corporativa desse novo campo que sofria preconceitos seja por parte da medicina, que não reconhecia como seus pares, seja pelos cientistas sociais, que desqualificavam a produção no campo da medicina social como mero ativismo marxista não a reconhecendo como científica. (FLEURY, 2018c, p. 38)

Assim, tem-se no Brasil o surgimento de uma área do conhecimento que traz consigo uma perspectiva de mudança radical da sociedade e, ao mesmo tempo, a construção de agentes políticos que defendem e militam nessa nova abordagem da Medicina e sua respectiva teoria social. A indissociabilidade entre a teoria que embasa a Saúde Coletiva, de recorte sociológico, e a evidente necessidade da transformação social através da ação política de seus agentes, aparece límpida no

berço de nascença do próprio campo científico, como demonstrado até aqui. Nessa esteira, Escorel sintetiza:

Essa teoria social da medicina tinha como conceitos básicos a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização. Esse conjunto de conceitos, a partir da abordagem marxista da problemática da saúde, iria constituir uma nova teoria na qual, ao contrário do que ocorre no discurso preventivista, o social não é mitificado, reduzido ou simplificado, e sim investigado, principalmente em seus aspectos econômicos e de processo de trabalho, na procura da determinação dos fenômenos. Como conceitos estratégicos, a abordagem médico-social adotaria a prática política e a consciência sanitária como parte da consciência social, buscando, a partir dessa prática, uma transformação social (ESCOREL, 1999, p. 29)

Essa prática política encampada pelos sanitaristas remodela tanto os departamentos de saúde preventiva como também estrutura organizações como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Tais organizações estarão no centro do movimento da reforma sanitária e frequentemente vocalizarão suas diretrizes e agendas de luta.

Esta breve retomada do surgimento do campo científico foi necessária nessa dissertação para afirmar que a saúde coletiva não pode ser vista somente como uma área teórica, pois ela tem a natureza intrínseca de transformação social a partir das suas bases acadêmicas. Tal constatação permite afirmar que para a avaliação do movimento da reforma sanitária deve-se conjugar essas duas esferas, invariavelmente.

Porém, antes de analisar criticamente a trajetória político-institucional da Reforma Sanitária brasileira, faz-se necessário trazer à tona a teoria da determinação social do processo saúde doença, suas características e, principalmente, quais os pontos de divergências diante de outras teorias que pretendem explicar a saúde, a doença e esse tênue equilíbrio entre o estado saudável e patológico. Assim, será possível evidenciar à qual prática em saúde e sistema de assistência que essa teoria remete, além de evidenciar qual prática política a ela é relacionada.

### **Determinação social da prática médica e assistencial - diálogo com Cecília Donnangelo**

Ao analisar criticamente a prática médica, Cecília Donnangelo (1979) compreende que a medicina se constitui a partir de uma historicização. Não é uma

prática a-histórica, como se fosse algo permanente e imutável, e tem sua origem no avanço da técnica e do saber científico. Ademais, ela se constitui a partir de uma relação com o todo social e expressa as determinações relativas ao modo de produção hegemônico. Donnangelo, ao fim da análise histórica e sociológica da fundação da moderna medicina, que tem como ponto de inflexão o surgimento da clínica – uma forma de prática de assistência à saúde – em concomitância com a Revolução Francesa, conclui que

A emergência da clínica como meio de trabalho coincide, portanto, com uma nova articulação entre a medicina e a sociedade. A medicina deve abrir-se para o espaço social e assumir, ao final, a tarefa de suprimir a doença. Mas deve fazê-lo no interior de um projeto que implica também a reestruturação da sociedade, com a depuração de todos os seus males - princípio continuamente retomado na explicação dos ideais que orientam a Revolução. Propõe-se, portanto, para a Medicina, ao mesmo tempo que uma reestruturação de seus instrumentos e de seu objeto - pois eleger-se como campo de seu exercício os limites amplos da vida coletiva - a realização de uma tarefa política. Esses valores indicam um processo original de vinculação da medicina ao político e ao Estado, no momento em que a instauração do domínio político da burguesia promove a mobilização de recursos ideológicos capazes de aglutinar classes e camadas sociais em torno da tarefa de recomposição do poder representado no Estado. (DONNANGELO, 1979, p. 19)

Acerca da constituição da moderna medicina, a autora continua discorrendo do processo de transformação da prática médica. Dessa forma, informa que a clínica se localiza no processo de trabalho médico como ferramenta de trabalho que é mobilizada para atuar no objeto, este compreendido como o indivíduo doente, por um lado, e por outro, a sociedade – sinalizada por “limites amplos da vida coletiva”.

No entanto, a esse indivíduo doente não lhe cabe autonomia com relação ao estado de saúde ou de sua ausência. Esta identificação da salubridade fica a cargo de um agente externo, o médico, assim como a forma de recuperação do seu estado saudável, e até mesmo o que se identifica como hábitos saudáveis.

Esse objeto - o corpo - ao qual se dirige o ato terapêutico, pode ser pensado, em decorrência de sua formalização ao nível da ciência biológica, primeiramente como uma estrutura anátomo-fisiológica suscetível, em sua generalidade, de uma manipulação orientada para princípios regulares e repetitivos de interferência técnica. É a esse corpo anátomo-fisiológico, conjunto de constantes estruturais e funcionais, que a medicina se propõe fundamentalmente a se dirigir. Mas ao tomá-lo como objeto de sua prática ela não se dirige precipuamente para o desvendamento das regularidades elaboradas ao nível ciência biológica, e sim para a obtenção de efeitos específicos, orientados por uma concepção do que é normal ou patológico para o corpo. Em outros termos, não é apenas a ciência do corpo mas o próprio corpo que constitui o objeto da prática médica e, ainda mais, o corpo

normal ou patológico suscetível de uma manipulação em vistas a determinado efeito (DONNANGELO, 1979, p. 26)

Neste trecho citado, a autora interpõe na explicação o conceito de saúde chamado de biomédico. Ele consiste na análise de cunho científico das estruturas, sistemas, órgãos, tecidos, células e compostos orgânicos do indivíduo, na perspectiva de “lei natural”, em que o corpo humano é visto como um conjunto de sistemas integrados e com atividade finamente coordenada. O estado patológico seria o desarranjo desse trabalho coordenado e seria passível de medição e graduação a partir de estudo científico. Mas, no mesmo trecho a autora não poderia deixar de ressaltar que sempre a prática médica transpassa a objetividade científica e se interrelacionam com a subjetividade da clínica médica. A diante, em sua exposição, a autora também lança o olhar histórico-estrutural para o próprio corpo anátomo-biológico que se relaciona, por óbvio, com as estruturas e relações sociais historicamente constituídas. É, então, a partir dessa elaboração que afirma:

É no conjunto complexo de relações que mantém com elementos externos a ele que o corpo se elabora e reelabora, de maneira tal a só realizar-se, mesmo como estrutura anatômica e fisiológica, através das qualificações ou determinação que adquire no plano da existência material e social. (DONNANGELO, 1979, p, 24 - 25)

Aqui evidencia-se a forte filiação à matriz marxista da autora, pois deixa evidente o que tornaria central como estado de saúde no modelo de determinação social do processo saúde-doença: o pleno acesso à as potencialidades humanas desenvolvidas conforme se desenvolvem as relações materiais e sociais, conceito desenvolvido a partir da categoria trabalho em Marx.

Assim, não é de se estranhar a síntese realizada que associa a prática médica, socialmente determinada, e a necessidade histórico-social de cada época e localidade, referenciando como central a relação de produção e controle de corpos saudáveis específicos:

Não é difícil todavia verificar que, da medicina grega, com sua diversificação interna de terapeutas, de saberes, de técnicas e de objetivos em conformidade com a diferenciação socialmente estabelecida entre os corpos dos escravos e dos homens livres - ricos e pobres - à estrutura atual da prática médica, que extrai grande parte de sua peculiaridade do significado político e econômico da força de trabalho em sua relação com o capital, o trabalho médico se exerceu, através do biológico, sobre corpos socialmente determinados. (DONNANGELO, 1979, p. 27).

Cecília Donnangelo (1979) lança luzes com vistas à compreensão da expansão dos serviços médicos e assistenciais em todas as faixas etárias e frações de classes da sociedade, processo que estava ocorrendo contemporaneamente à pesquisa que conduzia. Este fenômeno, que é recorrente na história da medicina moderna, é um contrassenso à primeira vista, tendo como princípio que estes serviços se tornam mercadorias na sociedade erguida sobre o modo de produção burguês e que, por essa razão, deveriam ser restritos às classes dominantes.

Mas o que se presencia é uma certa distribuição e expansão desses serviços médicos e assistenciais, ainda que de uma forma desigual, favorecendo as classes e frações dominantes, e diminuindo, conforme um gradiente de escassez, à medida que se analisa as frações de classes mais pauperizadas da classe trabalhadora. Então, conclui-se que a medicina participa da acumulação do capital de forma direta e indiretamente, para além da venda direta dos serviços:

1) Ao exercer-se sobre o corpo, definindo os limites de sua capacidade física e normatizando as formas de sua utilização, a medicina não apenas cria e recria condições materiais necessárias à produção econômica mas participa ainda da determinação do valor histórico da força do trabalho e situa-se, portanto, para além de seus objetivos tecnicamente definidos. (DONNANGELO, 1979, p 34)

2) Apreender genericamente as determinações da prática médica a partir da manutenção do processo de produtividade do trabalho tenderia a estender o âmbito de ação da medicina para além da força de trabalho incorporado à produção, com vistas à disponibilidade em níveis controláveis, de volume adequado de força de trabalho potencial. (DONNANGELO, 1979, p. 36 - 37)

3) Os novos elementos materiais que compõem o processo terapêutico - e que vão desde produtos sempre renovados da indústria farmacêutica, até uma enorme variedade de equipamentos e maquinarias produzidas por muitos setores industriais - devem ser considerados como mercadorias cuja produção é externa à medicina, mas cujo consumo só se efetiva através dela. A própria organização de todo o campo da medicina (desde o tipo de conhecimento elaborado e as formas de sua transmissão, até a constituição de princípios legitimadores, a nível ético ou jurídico, do exercício da prática), com seu efetivo monopólio sobre ações de saúde, garante à prática médica a uma posição central na distribuição e consumo dessas mercadorias e, portanto, na realização de seu valor, permitindo que se complete o processo de valorização do capital aplicado na produção industrial. (DONNANGELO, 1979, p. 38)

A partir dessas três explicações contempla-se a compreensão da participação da prática médica no processo de acumulação do capital, ou seja, a sua incidência no processo de produção e realização do valor. Porém, como já debatido nessa dissertação, a uma determinada prática médica se relaciona um modelo teórico de

saúde e doença. No modo de produção capitalista, esse processo da expansão e a própria forma da assistência em saúde se realizam a partir de uma contradição fundamental entre classes: a classe produtora da riqueza social, a classe trabalhadora, que recebe assistência somente na medida da sua reprodução da força de trabalho e no grau suficiente para maximizar a expropriação do mais-valor dela e; a classe que se apropria privadamente do produto socialmente produzido, a classe dominante, a qual goza de amplas possibilidades de acesso às potencialidades humanas. Nesse sentido, o objetivo de saúde para cada uma dessas classes, se reprodutora da força de trabalho, ou se na humanização dos indivíduos, são marcadamente distintos e modulados pelo pertencimento a uma ou outra classe antagônica.

No entanto, não é somente na esfera da produção material que a medicina incide na reprodução do modo de produção capitalista. Ela está presente também na esfera da superestrutura – condições ideológicas e políticas. Assim, fica patente a relação intrínseca existente entre a prática assistencial e o modelo de saúde hegemônico, que é um padrão que exacerba para uma esfera social as “leis naturais” e científicas que caracterizam o organismo, direcionando à específicos hábitos saudáveis ou patológicos de vida. Ao fim e ao cabo, ocorre uma condenação dos modos de vida que se diferem daqueles tidos como “normais”, modos desviantes e, de certo modo, revolucionários.

Após esse diálogo com Cecília Donnangelo, para além de uma organização da prática médica – que figura como trabalho assalariado de reprodução da força de trabalho, ou seja, o profissional médico sofre o processo de proletarização –, distribuição desigual dos serviços assistenciais entre as classes e frações de classes, a participação da medicina moderna no processo de consenso social e apaziguamento da emergência dos antagonismos presentes na produção material, fica evidente que a medicina moderna atua tanto na manutenção e recuperação da saúde, como também, e necessariamente, no processo de doença, determinando as formas como devem se desenvolver em uma sociedade capitalista. No próximo subtópico discute-se mais profundamente sobre a teoria da determinação social do processo saúde-doença sob a égide do modo de produção burguês, pois é este

modelo que irá informar o modelo de assistência e prática em saúde que fundamenta o movimento da reforma sanitária.

### **Determinação social do processo saúde-doença**

Neste subtítulo aborda-se de forma tangencial a categoria trabalho, que será melhor desenvolvida no capítulo 2 desta dissertação, sem que haja prejuízo em ter sido abordada aqui de maneira mais branda.

Para início do debate, a Saúde pode ser explicada de maneira simples como a capacidade de um indivíduo de uma espécie realizar as atividades particulares daquela espécie quando defrontados com as potencialidades oferecidas pela natureza. Os animais realizam suas atividades de maneira instintiva, conforme foi passado de geração em geração, ainda que possa ocorrer transmissão de genes e características evolutivas que modifiquem essas atividades ao longo de muitas gerações.

No caso dos humanos, porém, essa modificação ocorre de modo especial. Estes, para realizar seu potencial, necessitam dispor dos recursos naturais, mas, se todo ser vivo atua modificando o meio, os seres humanos têm por característica particular atuar sobre a natureza de forma teleológica, buscando transformá-la intencionalmente (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p 955)

Essa particularidade da ação humana, a forma teleológica de agir sobre a natureza, faz com que a própria relação do ser humano com a natureza a transforme – e também transforme suas próprias potencialidades –, em um processo contínuo.

Dessa forma, nenhum ser humano de maneira singular alcança a plenitude das potencialidades historicamente acumuladas que existem entre ele e a natureza. Somente se alcança a humanização plena em uma sociedade voltada à garantia da distribuição dos recursos a todos os indivíduos que a ela pertencem (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014). Essa é a concepção de saúde que está na base da teoria da determinação social do processo saúde e doença: “viver o quanto tornou possível e realizar aquilo que o gênero humano realiza” (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 957), ou seja, alcançar a total humanização dos seres humanos. Esse processo só pode ser alcançado através do trabalho humano.

No entanto, na história moderna, as tentativas de se explicar e conceituar saúde e doença avançaram do modelo científico e de lei natural, que correspondem

ao modelo biomédico. Passaram por modelos que levavam em conta os processos psíquicos, porém sem abandonar o paradigma científico e regulador da vida do modelo anterior, assim inaugurando o modelo biopsicossocial; e chegaram ao ponto de adicionar as influências do ambiente externo e social nessa concepção.

Além da teoria da determinação social do processo saúde-doença, existe atualmente uma distinta teoria de concepção de saúde que surge como uma forma de compreensão dos fatores sociais na sua relação com a saúde, este modelo singulariza e isola os determinantes sociais da saúde (DSS), por isso recebe o respectivo nome.

Ao debater sobre o modelo de determinantes sociais de saúde, atualmente muito divulgado e fomentado pelos organismos internacionais como Organização Social da Saúde (OMS) e Banco Mundial, Albuquerque e Silva (2014) tecem críticas no sentido de reconhecer que é uma expansão sobre o entendimento dos múltiplos fatores que influenciam a dinâmica saúde-doença, mas que esvazia o sentido político que é próprio do conceito de determinação:

Perceber, portanto, que a frustração, a pobreza, a privação e o trabalho desgastante, fazem mal à saúde e que a boa saúde depende de acesso a boas condições de moradia, alimentação, trabalho, renda e saneamento é importante, mas insuficiente. Identificar que tais deficiências são determinantes das condições de saúde é fundamental para buscarmos saná-las com vistas à conquista da saúde, mas insuficiente para compreendermos a determinação da mesma (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p 959)

A primeira parte da citação acima permite compreender os limites que se apresentam quando se enumera de forma singular cada um dos determinantes que afetam o grau de saúde dos indivíduos. Essa forma apresenta as condições sociais como partes independentes que compõem a realidade, ou seja, a realidade é apenas um conjunto de partes menores distintas. No entanto, diferente de compreender que este todo não é simplesmente o somatório das partes, o modelo de determinantes aponta para a possibilidade de se combater singularmente os problemas sociais e resultar ao final na garantia à saúde da população.

Contrapondo à concepção de determinantes separados, Albuquerque e Silva (2014) continuam sua explanação e sintetizam que a determinação central de o

indivíduo ter suas necessidades plenamente satisfeitas é seu pertencimento a uma classe específica e a relação entre as classes internas à essa sociedade. Assim:

Em sociedades de classes, as relações que se estabelecem entre as classes determinam diferentes possibilidades e restrições ao desenvolvimento da vida e, conseqüentemente, diferentes formas ou possibilidades de viver, adoecer e morrer. (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p 960)

O pleno gozo de um estado saudável, nessa perspectiva, torna-se impossível de realização em sociedades com desigual acesso a bens e serviços e que artificialmente e arbitrariamente produza escassez desses para determinadas frações de classes. Isso significa dizer que a própria efetivação da plena humanização do indivíduo representaria seu máximo estado de saúde, porém só pode ser realizada em uma sociedade sem exploração.

A vida humana é determinada socialmente em todas as suas dimensões, inclusive a da saúde. Compreender a determinação social da saúde, portanto, não consiste em compreender apenas que a saúde depende do acesso aos objetos humanos, mas que as possibilidades de realização do humano, e o acesso aos produtos necessários para tal, dependem do grau de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção estabelecidas em cada formação social. A ideia dominante, de identificação dos determinantes, é, portanto, insuficiente para direcionar ações de saúde que contribuam efetivamente para a máxima realização do humano. Para tal, seria necessário alterar o modo de produção. (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p 962)

Importante salientar neste momento do trabalho que há atualmente um movimento das organizações internacionais, principalmente a Organização Nacional de Saúde (OMS), na formação de um consenso mundial acerca do conceito de saúde. Estas organizações buscam, portanto, reconhecer que o conceito hegemônico em vigor retrata os processos fisiológicos e patológicos pela perspectiva biologicista, curativa, fragmentada, sem considerar as influências externas a esse sistema, simplificada como “do social”, o modelo proposto é o “determinantes sociais de saúde” (DSS).

Salienta-se que a hegemonização do modelo de determinantes sociais em saúde está voltada à uma respectiva forma de sociabilidade, respectiva forma de dominação e, conseqüentemente, de estrutura social. Esse processo produz a invisibilidade da origem dos problemas sociais, qual seja, o modo de produção capitalista. Ao tentar esconder essa determinação originária, fortalece a pretensa

eterna reprodução do capital, pois não coloca em xeque o seu fundamento, a sua contradição com o trabalho.

Ainda que seja possível perceber um avanço nessa proposta, se comparada ao modelo anteriormente hegemônico, ao se colocar como alternativa à teoria da determinação social do processo saúde-doença, já presente nas discussões desde os anos de 1960, a teoria dos determinantes sociais em saúde figura, não só como incompleto, pois não considera os fundamentos sociais desses determinantes, como também uma estratégia de apaziguamento do conflito capital-trabalho. Nas palavras de Borde, Hernández-Álvarez e Porto (2015, p. 846) sobre a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDSS) da OMS:

A proposta da CDSS, neste sentido, se concentra no que produz a sociedade em termos de desigualdades e reduz a margem de compreensão e de denúncia aos fatores mensuráveis e claramente visíveis, esperando que isso, por si só, seja suficiente para reverter o problema. Ou seja, não propõe uma análise compreensiva das relações de poder e dos padrões de exploração, dominação e marginalização que subjazem as hierarquias sociais. Classe social, etnia e gênero não aparecem como categorias analíticas da matriz de dominação que tem sustentado a consolidação e expansão do sistema-mundo capitalista moderno/colonial. Ao contrário, parte-se de uma visão a-histórica e abstrata que baseia as categorias analíticas no que é empiricamente observável e não explicita porque as hierarquias sociais têm-se configurado em função e em relação ao gênero, à classe social, à raça e etnia, e qual o papel da educação, da ocupação e da renda nestas relações. Por isso, a crítica formulada, paradoxalmente, ao mesmo tempo em que avança, imobiliza (BORDE; HÉRNANDEZ-ÁLVAREZ; PORTO, 2015, p. 846)

Nesse trecho citado, os autores explicitam algo que será central no próximo subtópico: a teoria dos determinantes sociais em saúde mobiliza ferramentas de análise da sociedade a partir de conceitos e métodos que possam mensurar a desigualdade dos fatores que a compõem. Isso significa dizer que estão presentes aqui fatores como renda familiar, tipo de moradia, tipo de trabalho/ocupação, escolaridade, acesso à serviços de saúde, à medicamentos. No entanto, ficam de fora elementos como correlação de poder, influência nos aparelhos de ideologia, relação com os meios de produção material.

Como são eleitos os fatores mensuráveis em detrimento aos demais, as propostas de ação são restritas à esfera da técnica, de prover mais ou de maneira diferente aquele serviço ou bem à população. As ações fora desse parâmetro se tornam dispensáveis. Dessa forma, uma maneira de identificar a filiação teórica – e, conseqüentemente, sua filiação a determinado projeto para saúde – de determinada

proposta é a partir de seu caráter: se técnico, está filiado as teorias de determinantes, biomédico, biopsicossocial; se político-social, especificamente revolucionário, está filiado à teoria da determinação social do processo saúde-doença.

Retomando à polêmica entre os determinantes e a determinação social da saúde-doença, os autores ainda arrematam, em suas críticas enunciadas sobre a proposta da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde, com a seguinte análise sobre a identificação dos ditos macrodeterminantes econômicos e sociais:

Os impactos negativos que gera 'o mercado' sobre a equidade em saúde, desta forma, são considerados como aleatórios, acidentais e não-desejados, e o padrão sistemático da determinação social que se engendra, entre outros, a partir da superexploração do trabalho, da natureza implicada no regime de acumulação capitalista e das diferentes formas de discriminação e racismo, não é reconhecido pela CDSS (BORDE; HÉRNANDEZ-ÁLVAREZ; PORTO, 2015, p. 847 - 848)

Com essa retomada dos fundamentos teóricos que foram a base para a disciplina de Saúde Coletiva e do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, não só pretendeu-se explicitar os conceitos de Determinação Social da prática assistencial e trabalho em saúde e da determinação social do processo saúde-doença, como também pretendeu-se evidenciar o papel assumido pelo conceito e prática em saúde na sustentação do modo de produção hegemônico. Para além disso, apontou-se que para cada modelo teórico acerca do processo saúde-doença corresponde uma estrutura social definida, e que o modelo de determinação social, fundante do movimento da Reforma Sanitária, pressupõe uma sociedade igualitária e, portanto, indica um projeto que direciona indubitavelmente para a revolução, ou seja, um projeto de cunho imprescindivelmente revolucionário. Em contrapartida, os demais modelos teóricos sobre saúde citados neste capítulo apontam para o caráter técnico de se fazer saúde tendo em vista alcançar o estado saudável ou, na melhor das hipóteses, acabar com a desigualdade social – os projetos respectivos a estes modelos têm caráter técnico somente. No próximo capítulo será abordado as mutações ocorridas no movimento da reforma sanitária que, de um projeto originalmente revolucionário e centralmente político, tornou-se de caráter técnico e reformista.

## **Capítulo 2. Reforma Sanitária Brasileira - trajetória teórico-política**

Como desenvolvido até aqui nesta dissertação, existe indubitavelmente uma relação intrínseca entre a concepção teórica de saúde-doença com um projeto respectivo de assistência à saúde e de trabalho na área. Neste capítulo abordaremos a trajetória política do movimento da reforma sanitária como indicativo mais fidedigno de uma mutação ocorrida sobre seu projeto original. Este percurso elucida o enfraquecimento do movimento sanitário referente à criação e à defesa das residências contra a tendência de precarização do trabalho em saúde.

Inicialmente a teoria da determinação social do processo saúde-doença indicava como essencial a necessidade de uma sociedade libertária, em que as potencialidades humanas são alcançadas por todos do gênero, o que representa o mais alto grau de estado saudável e, dessa forma, implicava em um projeto de revolução radical do modo de vida, com características centralmente políticas. No entanto, ao longo da história do movimento essa perspectiva política foi se perdendo, dando espaço para propostas técnicas que se filiam a outros modelos teóricos de saúde-doença, com a natureza comum de serem funcionais à sociedade do capital.

Na história recente e na atualidade do movimento da Reforma Sanitária, estes projetos assumiram o teor estritamente técnicos, focados na melhor forma de realizar determinados serviços e oferecer melhores insumos e equipamentos médico-hospitalares-farmacêuticos, porém restrito às limitações e constrangimentos do modo de produção burguês. Ainda que possam expressar melhorias nas condições de vida da população, estes projetos não chegam ao que se considera a força motriz geradora das desigualdades em saúde.

Compreende-se que a residência nasce no bojo do movimento da Reforma Sanitária, mas esta já passara por transformações importantes desde o momento de criação dessa modalidade de formação e defesa contra os desígnios do capital. Ainda que se aponte, nas normativas iniciais, a formação em saúde voltada para a determinação social do processo saúde-doença, o movimento não conseguiu mais mobilizar força política o suficiente para proteger as residências de se tornarem um mecanismo de precarização do trabalho em saúde. Atualmente, apenas consegue propor, na perspectiva de melhoria dos programas, projetos de teor técnicos que

dizem respeito a mensuração e adequação de condições superficiais que pouco alteram a condição de trabalho precário.

Nesta esteira, procurou-se recuperar parte da trajetória política que a Reforma Sanitária Brasileira percorreu. O ponto de partida dessa trajetória é marcado pela visão teórica que aponta como necessária a revolução do modo de vida da população para que se alcance saúde plena. Ao mesmo tempo, esta perspectiva teórica compreende **o modo de produção capitalista** como profundamente determinante sobre o processo de saúde-doença

Inicialmente para acompanhar essa trajetória, recorreu-se a Jairnilson Paim (2008). O autor caracteriza o movimento sanitário a partir da práxis política que se configurou durante a história da reforma sanitária, desde os anos 1970 até o início dos anos 2000, período de pesquisa e escrita da sua tese de doutorado.

A partir da tese de que a RSB representa um projeto de reforma social, poder-se-ia considerar a hipótese de que ela foi concebida como reforma geral, tendo como horizonte utópico a revolução do modo de vida, ainda que parte do movimento que a formulou e a engendrou tivesse como perspectiva apenas uma reforma parcial. (PAIM, 2008, p. 38)

Paim ancora a proposta original da Reforma Sanitária em termos de uma reforma geral, que por certo tem sua dimensão ampliada, porém sem a perspectiva de ruptura com a estrutura social, considerando que esta ruptura seria somente um horizonte utópico. Esta dissertação assume a perspectiva que compreende o projeto original da Reforma Sanitária como revolucionário e, ao contrário do autor supracitado, defende a hipótese de que este projeto original não foi sequer eleito como hegemônico pelos atores coletivos e individuais do movimento sanitário. Essa perspectiva é defendida, pois evidenciou-se que a teoria informava a revolução, ao passo que o projeto assumido de forma inicial era de reforma geral. De início, uma contradição com relação a práxis política.

Essa posição aqui assumida dialoga com a visão de André Vianna Dantas (2017), o qual menciona em sua pesquisa que, desde as origens, o movimento sanitário já apresenta uma desuniformidade interna com relação às propostas e a práxis políticas. No entanto, o autor credita a união desses diversos atores na amálgama constituída na luta contra a Ditadura Empresarial-Militar do pós-golpe de 1964. Porém, essas divergências internas apontavam, ainda naquele tempo, uma

tendência de o movimento assumir a direção no sentido de uma reforma parcial dentro dos limites de uma sociabilidade capitalista. Essa tendência fica indicada na absolutização da democracia institucionalizada, assim podendo ser utilizada pelas classes dominadas para se emancipar. A ocupação do aparato estatal proporciona uma inflexão na proposta defendida pela reforma sanitária, que passa a propor mecanismos técnicos para melhoria da assistência e nível de saúde da população, abandonando a perspectiva política e de ruptura.

Sobre esse aspecto do aparato estatal, segue-se a trilha para análise da trajetória política da Reforma Sanitária com Sonia Fleury, sanitarista e escritora importante nesta seara de construção teórica do movimento sanitarista. Em seu livro intitulado “Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos”, lançado em 2018, faz menção direta a um dos mais célebres livros sobre o processo de construção de uma teoria da Reforma Sanitária Brasileira, escrito em 1989, cuja organização também é dela. Neste livro, por sua vez, a autora indica como um dos objetivos da retomada na atualidade deste debate o seguinte, dando ênfase à proposta da reforma sanitária:

Trata-se de buscar entender a trajetória de uma proposta civilizatória igualitária que requeria a radicalização da democracia em saúde, o que só poderia ter sido levado a cabo com a construção de uma nova correlação de forças materializada em um aparato institucional que assegurasse o direito universal à saúde. (FLEURY, 2018a, p. 9)

Esse trecho é emblemático porque expõe a perspectiva teórico-metodológica e política da autora, passível de divergências, mas também permite inicialmente compreender aspectos fundamentais da Reforma Sanitária Brasileira, tal como a ideia de que a garantia do direito à saúde era indissociável de uma perspectiva mais ampla, civilizatória, e que para a sua implantação necessitaria de condições políticas e institucionais decorrentes do acúmulo de forças das partes envolvidas. Neste trecho a perspectiva posta indica a relevância da natureza da proposta original da reforma sanitária ser revolucionária, uma vez que é requisito indispensável para a garantir saúde para os indivíduos.

Fleury invoca o conceito de aparato institucional na centralidade do processo da Reforma Sanitária, já anunciando qual foi a trilha política realizada pelo movimento sanitarista. No entanto, há um debate que assume importância cada vez maior, mas que se posiciona “ao fundo” do debate principal e por isso não é

frequentemente visível, ainda que esteja sempre por lá. Esse debate é sobre a natureza e papel do Estado e sua relação com o modo de produção capitalista.

Sobre a análise do Estado, principalmente a sua relação com a sociedade civil, recorreu-se a Paim (2008) para explicitar, a partir de Gramsci, as categorias Estado e hegemonia. Gramsci é referenciado por Paim por ter sido base teórica da fundamentação do processo da Reforma Sanitária. Destarte, este autor começa com a seguinte sentença:

Na medida em que a determinação econômica é insuficiente para a construção do conceito de classe social e para o exame do papel e das funções do Estado contemporâneo, caberia considerar a determinação política e ideológica, a partir das relações sociais. Essas relações sociais, políticas e ideológicas constituem os sujeitos e dão concretude à noção de natureza humana. Assim, a filosofia da práxis, em vez de confrontar o sujeito com as estruturas e sustentar um determinismo econômico, aponta possibilidades para a ação social e para a constituição daquele ao forjar um “bloco intelectual-moral (PAIM, 2008, p. 41)

Paim entra em diálogo com aqueles que julgam o marxismo como uma corrente de pensamento determinista, argumenta baseado na análise das relações sociais de produção como fundantes da superestrutura social burguesa, e o Estado como uma máquina de opressão comandada pelas classes dominantes contra as classes dominadas. O autor segue na perspectiva de reconhecer o Estado ampliado não somente a própria estrutura estatal, mas também presente na sociedade civil, a qual está sob a influência de aparelhos de ideologia, o que molda as relações sociais na esfera extra-estatal. Dessa forma conclui:

O Estado se apóia em certas classes dominadas da sociedade, apresentando-se como seu representante, mediante um complexo processo ideológico. Mas nesse processo de dominação hegemônica de classe, o Estado, em última análise, atua em proveito político das classes dominantes recorrendo a dispositivos e aparelhos ideológicos de diversas ordens (PAIM, 2008, p.42)

A dominação, então, é realizada através do Estado, conforme indica o autor: “Nesse particular, cabe ao Estado e aos seus aparelhos dar conta dos enfrentamentos de classe e frações de classes, favorecendo a hegemonia das classes dominantes e buscando o consenso das classes subalternas” (PAIM, 2008, p. 43)

Mesmo com a possibilidade de aprofundamento teórico do debate sobre o Estado, desde o princípio das formulações da Reforma Sanitária existe uma

premissa que é bastante difundida pelos sanitaristas: a saúde em sua esfera estatal se constitui em um *locus* de disputas entre a perspectiva dos dominantes de torná-la como ferramenta de coerção dos dominados e a perspectiva dos dominados, em garantir que seja um direito pleno e local de fomentar uma contra hegemonia:

se ao Estado burguês interessa a legitimidade e a sua legitimação para o exercício da hegemonia, via políticas sociais, às classes subalternas e aos seus intelectuais orgânicos faz sentido atuar sobre as contradições e conflitos desse Estado e apostar na contrahegemonia, enquanto direção política e cultural, para a formação de um novo bloco histórico. Este é composto pela estrutura e pelas superestruturas, as quais refletem o conjunto das relações sociais de produção de modo complexo e contraditório (PAIM, 2008, p. 45)

Como mencionado anteriormente neste capítulo, essa escolha política pela ocupação do Estado na perspectiva de utilizá-lo como *locus* de transformação no modo de vida não só indica a forma de luta, aqui colocada como restrita ao aparato estatal e à estrutura social previamente determinada, mas indica fortemente o projeto de saúde respectivo a essa práxis política. Assim, esse processo de assumir posto no interior da institucionalidade, que será detalhadamente abordado à frente, condiciona a um projeto tendencialmente mais técnico e, portanto, reformista, indicando o abandono da posição original, revolucionária.

Retomando ao livro de Sonia Fleury, a autora aborda que, coincidindo com a marca de 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), vivencia-se um momento de inflexão em que se busca revisitar a teoria da Reforma Sanitária Brasileira de maneira crítica também na intenção de esse processo fornecer a ferramenta de medição do sucesso da Reforma, o que possibilita a comparação aos projetos técnicos abordados e caracterizados no capítulo anterior, que tentam mensurar os dados de forma científicas, indicando novamente sua perspectiva reformista.

A produção de uma revisão crítica dos fundamentos teóricos que embasaram as estratégias e táticas da RSB parece indicar a necessidade de retomada do debate conceitual para estabelecermos os parâmetros avaliativos dessa trajetória, para além das análises descritivas de implantação do SUS. (FLEURY, 2018a, p. 10)

Ainda que caibam as ponderações realizadas no momento anterior do trecho, ele informa um aspecto importante que é central nesta dissertação: a análise teórica do movimento. Para esta pesquisa o aspecto mais relevante é captar a partir desse aspecto teórico as transformações na concepção de saúde e doença e no projeto hegemônico da Reforma Sanitária a cada tempo.

Neste sentido, a autora, analisando a produção teórica no campo da saúde ao longo das décadas de 1970 até 2010, indica que, entre os decênios de 1990 e 2000, a “Reforma Sanitária passa por um processo de institucionalização e dificuldades para manter-se como movimento social” (FLEURY, 2018b, p. 20) e que “a temática da Reforma Sanitária foi perdendo importância em relação às demandas por analisar a realidade multifacetada da construção do SUS, tendo assim diluída sua identidade política” (FLEURY, 2018b, p. 23). Evidenciando o processo de abandono de uma perspectiva mais centrada na política e filiação à perspectiva mais técnica e interna das estruturas do modo de produção do capital.

Fleury sintetiza essa mudança de centralidade no escopo de estudo e ação do setor saúde da seguinte maneira: “à medida que estes espaços foram substituídos por outros, de caráter técnico e/ou corporativo, a reflexão política sobre a reforma passou a centrar-se apenas nas políticas da reforma” (FLEURY, 2018b, p. 26).

Com relação a tática de ocupação de cargos na institucionalidade, aqui vale recuperar documentos normativos que expressam a luta, mas principalmente a transformação do movimento da reforma sanitária dentro do Estado. Utiliza-se como mecanismo de análise a concepção de saúde nesses documentos. Toma-se, pois, como base para essa análise dois trechos elencados como exemplares: o primeiro é retirado do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde e o segundo é o presente na Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Tem-se, então, no relatório final da 8ª CNS:

1) Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1987, p. 04)

2) A Saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (BRASIL, 1987, p. 04)

3) Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1987, p.04)

No texto do relatório final da icônica conferência de saúde – espaço institucionalizado, porém de menor poder político – fica evidente que o conceito de saúde estava apoiado na teoria da determinação social, principalmente ao expandir o seu sentido para além das limitantes questões fisiológicas e patológicas; incorporar a historicidade, a formação e o desenvolvimento social ao qual o indivíduo está inserido e; relacionar de maneira direta a saúde com o desenvolvimento pleno do ser humano, este constante na última frase do item 3.

A seguir, analisa-se o texto que está inscrito na Lei Orgânica da Saúde que regulamenta a seção da Saúde aprovada pela Assembleia Nacional Constituinte, espaço institucionalizado de altíssimo grau de poder e, conseqüentemente, mais blindado às demandas populares. Assim, percebe-se que há um retrocesso neste conceito, além de deixá-lo mais técnico e menos político. A partir dessas mudanças, que incidiram na constituinte e na legislatura do congresso nacional, é possível compreender o processo de recuo na conceituação da saúde, ao retirar a humanização como objetivo final e elencar os determinantes sociais de forma isolada. Ou seja, perde-se a ideia de que as iniquidades sociais são fruto, em última instância, do modo de produção capitalista, e que podem ser combatidas com perspectivas individualizantes, como se fossem fatores isolados e autônomos:

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990a)

Esse recuo evidencia uma trajetória de disputas em torno do setor saúde. Por um lado, tem-se as vertentes distintas do Movimento da Reforma Sanitária e por outro, aqueles que pretendiam privatizar a saúde. Esses dois grandes campos, com suas nuances internas, entraram em colisão na Assembleia Nacional Constituinte e no período sucessor, referente a criação das Leis que regulamentavam a Constituição. Nesse período também houve um retrocesso interno colocado aos sanitaristas, que deixam de apontar para uma perspectiva de transformação radical do modo de vida – perspectiva baseada na determinação social do processo saúde-doença –, e se posicionam em defesa de uma saúde que não confronta os antagonismos presentes em uma sociedade de classes antagônicas.

Neste momento, para auxiliar na elucidação dessa mudança de direção, retoma-se a contribuições teóricas de André Vianna Dantas, autor do livro “Do socialismo à democracia: tática e estratégia na reforma sanitária brasileira”, lançado em 2017, para apresentar as suas avaliações sobre o conteúdo político que informava o Movimento da Reforma Sanitária no mesmo período analisado por Fleury. O autor elucida a trajetória política e, também, evidencia a qual projeto cada perspectiva assumida faz referência, se de vertente reformista ou revolucionária.

Neste rumo, é válida a citação do seguinte trecho, pois indica inicialmente pressupostos indispensáveis para a compreensão da trajetória teórico-metodológica-política do movimento da Reforma Sanitária Brasileira:

A existência de um inimigo comum, a ditadura, capaz de unificar dissensos foi, ao que parece, funcional aos conflitos internos do movimento. Ainda assim, se fôssemos aos precursores do discurso sanitarista moderno, eleitos entre seus próprios pares, não seria difícil notar que a base conceitual que informa o pensamento sanitarista, hegemonicamente falando, é a de extração marxista, com destaque para o pensamento de Gramsci como a principal influência teórica do movimento sanitário. E não podemos deixar de notar que o grosso dessa filiação encontra-se justamente na publicação que pretende empreender a busca por uma teoria. É curioso que uma resposta tão unívoca combine com a intenção por uma busca, como se faltasse chão. *Tal movimento, podemos considerar numa rápida síntese, é parte de uma declaração, ainda velada, de iminente abandono das matrizes marxistas para a análise da realidade*, em face da crise profunda do socialismo real que já se experimentava em fins dos anos 1980 (DANTAS, 2017, p. 181-182. Grifo nosso)

Se no trecho anterior é perceptível os apontamentos que já tinham sido brevemente trazidos à tona, no próximo trecho citado, vê-se uma tentativa de síntese de periodização da trajetória teórico-metodológica da Reforma Sanitária Brasileira ao longo dos anos, tendo como foco o que expressavam de conteúdo político dos sanitaristas:

Sinteticamente, podemos tecer uma periodização, indicativa, embora não muito rigorosa, da predominância da matriz teórica marxista no movimento sanitário. O período de maior ascendência, com a utilização de categorias presentes essencialmente no pensamento de Marx e Engels e forte influência do estruturalismo althusseriano, é contemporâneo da estruturação do movimento, por volta de meados da década de 1970. Esse compasso se mantém até mais ou menos meados da década seguinte, quando a adoção do pensamento do comunista italiano [Gramsci] torna-se evidente. Na sequência, a década de 1990 representa uma espécie de apagão do movimento sanitário, em todos os sentidos, incluindo os trabalhos de análise de sua trajetória. Mais recentemente, a partir dos anos 2000, retomam-se as referências a Gramsci. (DANTAS, 2017, p. 182)

No entanto, um pouco mais à frente no texto, ao se atentar detalhadamente às conjunturas sócio-históricas relacionadas a cada década e sua correlação à matriz teórico-metodológica da Reforma Sanitária, o autor faz os importantes análises, que cabe mencionar sucintamente.

Na década de 1980, no contexto de início de transição de regime e revitalização da política institucional, ocorre a prevalência da matriz eurocomunista, que

propunha uma guinada do marxismo no sentido da via democrática para o socialismo, mediante uma particular leitura da obra de Gramsci. [...] Nesse programa democrático, visando à superação da ordem do capital, o Estado desempenharia papel decisivo na formulação tático-estratégica que se desenhava. Data desse período o empenho dos sanitaristas na tática institucional de ocupação de postos na máquina estatal. (DANTAS, 2017, p. 183)

A década de 1990, como mencionado antes, foi marcada por um apagão para o movimento da Reforma Sanitária, porém isso não isentou o movimento de ficar incólume às mudanças:

Os anos 1990 foram de recuo, teórico e prático, dentro e fora do movimento sanitário. Como substrato, essa década serviu, diante do deserto neoliberal, para o amansamento e a vulgarização do pensamento gramsciano, bem como da democracia e da noção de participação democrática. Desaparece do cenário, praticamente, a agenda de grande política da Reforma Sanitária, como também os seus princípios, matrizes teóricas e objetivos societários. O teor socialista é retirado do projeto e da prática política da classe trabalhadora organizada como um todo (à frente, o PT). Grassa um crescente pragmatismo político, com notável redução do horizonte. Para o movimento sanitário restou a defesa, no que foi possível, do SUS. (DANTAS, 2017, p. 183)

Na década de 1990, como fica evidente nesse trecho, o aparato teórico-metodológico dos sanitaristas estava bastante distante do que fundamentou a Saúde Coletiva no decênio de 1970, o que se demonstra um infortúnio quando se atenta que a última década do século XX foi o cenário da consolidação do SUS após a constituinte de 1988.

Na sequência desse apagão dos anos 1990, que representou a saída de cena dos pensamentos marxistas, dessa perda de princípios, matrizes teóricas e objetivos societários:

Nos anos 2000, [...] Gramsci reforça a sua presença, cada vez mais sem Marx, sem ruptura, sem revolução, sem socialismo e como tutor de uma democracia apassivada – embora dita radicalizada -, que de tão inofensiva

ao capital tem sido capaz de produzir um consenso em torno dela mesma nunca antes visto em sua curta história moderna. (DANTAS, 2017, p. 183).

Os anos 2000 também presenciam um fato conjuntural importante para o conjunto da classe trabalhadora, em específico as organizações da classe e em especial a reforma sanitária, este fato é a eleição para presidente de Luiz Inácio Lula da Silva do Partido dos Trabalhadores, em 2002. Dessa forma, Dantas assinala:

o movimento sanitário aparentemente se revigora com a vitória da esquerda, encabeçada pelo PT. [...] Os quadros do movimento povoam o Executivo seguidamente e o SUS mantém a sua curva de atrofiamento – em paralelo a conquistas pontuais. Assim como parte da esquerda que não sofreu com a labirintite petista, parte do movimento sanitário afunda-se numa crise sem precedentes. Gramsci é virado do avesso e serve, à revelia, a todos os senhores. (DANTAS, 2017, p. 183-184)

Esse breve traçado histórico acerca da trajetória política da Reforma Sanitária permite, a partir da compreensão da relação intrínseca entre o conteúdo político e técnico, a afirmação de que o projeto da Reforma sofreu grandes mudanças ao longo da história. Além disso, permite-se destacar que esse processo gerou uma cisão definitiva, assim emergindo dois projetos da Reforma Sanitária preexistentes na origem do movimento, mas que estavam amalgamados contra um inimigo comum: um ainda ligado à matriz teórico-metodológica marxista e à determinação social do processo saúde-doença e a vertente revolucionária; e o outro modificado pelo abandono do marxismo e do horizonte revolucionário, que aponta melhorias para o SUS ainda dentro dos constrangimentos capitalistas e, mais especificamente, neoliberais – de vertente reformista.

Importante frisar que, quanto mais se aponta para um projeto de conciliação entre capital-trabalho, expresso na tentativa de se forjar um SUS cada vez melhor sem que se rompa com as determinações sociais envolvidas – expressadas pelos ataques neoliberais ao trabalho e ao Estado–, mais se fortalece um projeto reformista que intensifica essa contradição fundamental do modo de produção burguês e oposto direto do pleno estado de saúde. Ressalta-se que esse aspecto referente aos ataques neoliberais ao trabalho e ao Estado serão aprofundados no próximo capítulo desta dissertação.

Essas mudanças no conteúdo técnico que partem do movimento expresso, evidenciado na permanente atrofiamento do Sistema Único de Saúde, mesmo quando quadros do Movimento da Reforma Sanitária ocupavam cargos no alto

escalão do executivo federal, foram analisadas por Bravo e Menezes (2013) e denominadas de projeto da Reforma Sanitária *flexibilizada*, ou SUS *possível*. Essa comparação é feita pela autora ao reavaliar a análise correspondente aos projetos para o setor saúde colocados no período pós-constituição de 1988 (BRAVO; MATTOS, 2008).

A influência na direção das políticas institucionais em saúde marcadas pela perspectiva dos sanitaristas filiados à vertente do SUS possível, o local institucionalizado da luta e as escolhas políticas relacionadas a essa perspectiva, esses fatores tiveram rebatimentos importantes na criação e efetivação das residências multiprofissionais em âmbito federal. Ainda que não seja uma perspectiva abordada com frequência nas pesquisas acadêmicas – não por ser de menor relevância, o que não é verdade –, essa dissertação elegeu o processo político institucional como determinante da forma de trabalho precário em saúde dentro das residências, uma vez que o projeto defendido pela vertente reformista da Reforma Sanitária já estava contido aos limites da estrutura e desmandos do capital, em contraposição àquele projeto original que colocava a determinação social do processo saúde-doença como central.

Esse processo de criação em nível federal das residências em saúde é datado do período do primeiro governo Lula, que foi de 2003 a 2006, e representa um marco de grande institucionalização do movimento da Reforma Sanitária, acarretando em uma específica abordagem política em torno deste processo. Inicia-se essa análise a partir da própria Lei Federal que cria as residências multiprofissionais em saúde. Não é de menor importância reparar que na Lei Federal n.º 11.129, de 30 de junho de 2005 (BRASIL, 2005), o tema principal é a política do ProJovem, e que a Residência Multiprofissional figura ali como uma “inserção de última hora” – no jargão legislativo, um projeto jabuti.

Enquanto as Residências Médicas já eram legisladas através de lei específica para essa modalidade desde a década de 1980, pela Lei 6.982 de 07 de julho de 1981 (BRASIL, 1981) – antes mesmo da 8ª Conferência Nacional de Saúde –, em 2005 a Residência Multiprofissional, enquanto proposta, não tinha angariado ainda patamares políticos e de mobilização de pleitear um processo minimamente estratégico. No entanto, aos seus formuladores, a tática de se “aprovar primeiro e

disputar depois” figurou como a mais apropriada, ao que se indica do processo histórico, mesmo essa avaliação sendo concomitante à percepção dos próprios sanitaristas de um recuo no seu acúmulo de poder político (DANTAS, 2017). Este, por sua vez, se apresenta, como um contrassenso, no mínimo como uma contradição.

No tocante da criação de Residência Multiprofissional em saúde, um anseio histórico e legítimo da Reforma Sanitária Brasileira, o que se pode traduzir como avanço do movimento sanitário, talvez seja mais bem representado se colocado na chave explicativa de precipitação política, por parte do movimento sanitarista, e de possibilidade de esvaziamento e cooptação da residência, por parte do capital. Assim, se houve uma intensa e importante mobilização dos segmentos das residências a partir da promulgação da Lei 11.129, marcados pela organização do I e II Seminário Nacional de Residências em saúde e os seminários regionais respectivos (BRASIL, 2006), considera-se a importância de realizar a crítica da perspectiva adotada nesses seminários. Essa perspectiva consolida-se voltada apenas à regulamentação de fatores mensuráveis no processo formativo e assistencial dos programas de residência em saúde, em detrimento do debate político que deveria sustentar essa modalidade de formação em saúde. Este ponto reflete o paradigma político adotado pela hegemonia do movimento sanitário à época.

Os aspectos político-estruturais, por certo, apareciam como diretrizes e princípios didáticos a serem introduzidos nos Projetos Políticos Pedagógicos dos programas de residência e nos debates – como apontados por Silva e Castro (2020) na análise da portaria n. 45 de 2007 (BRASIL, 2007a) –, no entanto, as condições regulamentadas refletiam na prática do desenvolvimento da formação um cenário cooptável a favor da precarização do trabalho em saúde e em detrimento da esfera da formação em saúde. Ressalta-se que este cenário, ao longo dos anos, não foi confrontado com a força política e de mobilização o suficiente para que fizesse a precarização recuar. Pelo contrário, quanto mais os anos passam, tanto mais as condições precarizantes se agudizam dentro dos programas de residências multiprofissionais em saúde.

Não surpreende, a partir dessa perspectiva metodológica de análise, encontrar relatos de residentes, em uma proporção quase total de programas, aqueles que se desenvolvem mantendo características de trabalho precário em saúde e utilizam a força de trabalho de residente como substituição de déficit de trabalhadores regularmente contratados ou concursados.

É a partir da compreensão das influências para com a criação e proteção da modalidade de formação em saúde chamada de residências multiprofissionais em saúde, advinda das consequências das escolhas políticas realizadas pelos sanitaristas que elegeram a tática institucional como a mais profícua para a Reforma Sanitária, sustentada teoricamente a partir dessa breve recapitulação da Reforma Sanitária Brasileira realizada neste capítulo, que é possível fazer algumas conclusões importantes antes de seguirmos para o próximo capítulo.

As residências em saúde apresentam inicialmente uma ligação, ainda que fraca, com as diretrizes e princípios centrados na determinação social do processo saúde doença. Portanto, entende-se como importante retomar o movimento de Reforma Sanitária. De início formulou-se a proposta sanitarista a partir dos preceitos da teoria social de extração marxista, de onde derivou as categorias de determinação sociais do trabalho médico, da assistência à saúde e do processo saúde-doença. Esta proposta define-se como original ao movimento e de cunho revolucionário.

Com o avançar da história, trazendo à conjuntura a abertura política do pós-ditadura, a implantação das políticas neoliberais, o recuo da classe trabalhadora na esfera mundial após a queda da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) – com rebatimentos importantes nacionalmente-, diante deste cenário, parte hegemônica do movimento da Reforma Sanitária assume um papel institucional e de defesa da construção do SUS – porém limitados às correlações de forças políticas e das institucionalidades burguesas. Essa conduta é indicador preciso da transformação que sofre o projeto da Reforma Sanitária, que abandona o objetivo original da mudança do modo de vida, ou seja, a perspectiva revolucionária, e assume vertente cada vez mais reformista.

É neste cenário que se insere a criação das Residências em Saúde, o que acarreta em originalmente esta formação estar relacionada à uma específica estratégia e tática política e, conseqüentemente, a um específico projeto da Reforma Sanitária, aqui compreendida como já tendo passado por um processo de transformação, tornando-se reformista e abandonando o projeto original da Reforma Sanitária. Cabe dizer, então, que o projeto original posto em prática para as residências é de cunho reformista, mesmo que em algumas situações se tenham formas retóricas para relacioná-la com a vertente revolucionária.

Essa mudança de pensamento e de ação hegemônica interna ao movimento da Reforma Sanitária está intrinsecamente associada à dinâmica da luta de classes, em que de um lado, há o capitalismo em crise desde o final do decênio de 1960, com agravamento entre 2008-2009 e no contexto pandêmico, e do outro lado, há uma classe trabalhadora recuada diante do avanço neoliberal. Na área da saúde esse embate se expressa precisamente na forma assumida pelo trabalho em saúde, uma vez que a categoria trabalho está nos fundamentos de todas as sociabilidades humanas e, portanto, intrínseco à garantia do mais pleno estado de saúde dos indivíduos, e no capitalismo assume um caráter tendencialmente precário e produtor de mais-trabalho e de mais-valor. Dessa forma, o trabalho em saúde pode ser tratado como indicador geral da situação do setor saúde com relação à proximidade com o projeto da Reforma Sanitária original, revolucionário. Se for mais precarizado, mais ajustado à sociedade do capital ele será; e se for menos precarizado, mais combativo a essa sociedade ele será. Assim, o próximo capítulo tratará do trabalho na sociedade capitalista, de maneira geral, e a sua particularidade no trabalho em saúde.

Além disso, as residências se desenvolvem através do trabalho em saúde, e este está sob a determinação social que o atravessa, que traz características próprias da proletarização do próprio residente. A proletarização do trabalho de residente pode, inclusive, ser um indicador da proximidade entre as Residência Multiprofissionais em Saúde do projeto original da Reforma Sanitária, ou seja, quanto menos proletarizado for a relação de trabalho entre residente e as instituições, mais próximo está do projeto original sanitaria; quanto mais o

residente for submetido às relações precarizadas, mais distante está do projeto dos anos 1970.

### **Capítulo 3. O lugar e condição atual do trabalho na sociedade capitalista e a formação em Residência Multiprofissional em Saúde**

Este capítulo procura localizar o trabalho no mundo dos seres humanos, partindo de sua visão ontológica e ampliando a reflexão para suas características na sociabilidade capitalista, destacando a reestruturação produtiva que marcou as últimas quatro décadas. Nesse contexto, de reestruturação produtiva, procura localizar a origem e o desenvolvimento das residências multiprofissionais em saúde, dando ênfase ao processo de formação em saúde, nestas unidades receptoras de profissionais em processo de formação, destacando os principais limites dessa formação nos anos recentes. O capítulo está subdividido em dois grandes eixos norteadores que se seguem: os sentidos do trabalho e os limites da formação em residências multiprofissionais em saúde.

#### **Os sentidos do trabalho**

Compreende-se o trabalho como uma atividade exclusivamente humana. Como atividade do processo de trabalho direcionada a um fim específico de transformar a natureza em objetos úteis às necessidades humanas.

A capacidade teleológica, característica singular do trabalho humano, possibilita, entre outras coisas, o aprimoramento das forças produtivas envolvidas na transformação da matéria prima em produtos úteis aos seres humanos. Por meio da comunicação, a forma de produzir e as tecnologias utilizadas são transmitidas a outras gerações.

Ao passo que se desenvolvem as forças produtivas, a produção da riqueza material mediante trabalho torna-se essencialmente social, pois não depende ou mesmo faz uso de mecanismos instintivos, *pré-programados*, tais como os dos animais. Consequentemente, ocorre a transformação do sujeito que trabalha (seja coletivo ou individual), e isso é determinante da sociabilidade humana, assim fundante do Ser Social. Nas palavras de Netto e Braz (2006):

o trabalho não transforma apenas a matéria natural, pela ação dos seus sujeitos, numa interação que pode ser caracterizada como o metabolismo entre sociedade e natureza. O trabalho implica mais que relação sociedade/natureza: implica uma interação no marco da própria sociedade,

afetando os seus sujeitos e a sua organização. O trabalho, através do qual o sujeito transforma a natureza (e, na medida em que é uma transformação que se realiza materialmente, trata-se de uma transformação *prática*), transforma também o seu sujeito: foi através do trabalho que, de grupos de primatas, surgiram os primeiros grupos humanos – numa espécie de salto que fez emergir um novo tipo de ser, distinto do ser natural (orgânico e inorgânico): o *ser social*. (NETTO; BRAZ, 2006, p. 22. Grifo dos autores)

O ser social é indicado aqui como algo diferenciado dos seres vivos e dos seres inorgânicos, é algo inerente ao gênero humano e tem sua origem na especificidade que o trabalho humano adquire. O indivíduo do gênero humano, no entanto, não está humanizando enquanto não puder alçar à todas as possibilidades que esse trabalho já acumulado ao longo da história não lhe for acessível.

Ademais, ainda que o trabalho seja ontológico ao ser social e dele a humanidade não possa prescindir, o que caracteriza a época histórica não é o que se produz, e sim como se produz, como será explicitado adiante. Essa forma de produção da riqueza material é estabelecida a partir das relações sociais intrínsecas à sociabilidade do ser social.

Assim, as relações de produção características do modo de produção capitalista se baseiam na primazia da produção mercantil, em que há a propriedade privada dos meios de produção essenciais nas mãos dos capitalistas e a exploração do mais-valor através da compra de força de trabalho assalariada dos produtores diretos. Estes últimos possuem como única propriedade a própria força de trabalho, cuja forma de relação social estabelecida a torna unilateral à sua dimensão de trabalho abstrato produtor de valores de uso.

Aqui vale recuperar que o capitalismo surge do desmonte da sociedade feudal, entre os séculos XV e XVI. Uma das características centrais deste modo de produção é a produção do mais valor com vista a acumulação do capital em escala cada vez mais ampliada. Ademais, este modo de produção possui fortes contradições internas que o levam a crises constantes. O capitalismo não vive sem crise. Tais crises são multifatoriais em suas causas, tendo origem nas contradições internas do modo de produção capitalista e, caracterizando-se em geral, pela superprodução, superacumulação e subconsumo (MANDEL, 1990). A reestruturação produtiva é uma das estratégias sempre usadas pelo capital neste contexto.

## **O trabalho humano como fundante do ser social e sua centralidade na sociabilidade humana**

Inicia-se, pois, esta reflexão remontando-se os passos teórico-metodológicos de Marx concernente à ontologia do ser social. Para manter a sobrevivência, o homem necessita, em qualquer circunstância, garantir o atendimento de necessidades humanas básicas, tais como alimentação, abrigo, hidratação, proteção contra predadores, entre outros. O modo pelo qual os seres humanos alcançaram para satisfazer essas necessidades foi justamente pelo trabalho, que, nas palavras de Marx (2013, p. 188) é:

O trabalho é, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se confronta com a matéria natural como com uma potência natural. A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos.

Porém, ao passo que o trabalho humano, na condição de garantidor de subsistência, promove aproximação do gênero a outros seres orgânicos da natureza, o distancia destes, pois:

Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências que nela jazem latentes e submete o jogo de suas forças a seu próprio domínio. Não se trata, aqui, das primeiras formas instintivas, animais, do trabalho [...]. Pressupomos o trabalho numa forma em que ele diz respeito unicamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e uma abelha envergonha muitos arquitetos com a estrutura de sua colmeia. Porém, o que desde o início distingue o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que o primeiro tem a colmeia em sua mente antes de construí-la com a cera. No final do processo de trabalho, chega-se a um resultado que já estava presente na representação do trabalhador no início do processo, portanto, um resultado que já existia idealmente [...]. Além do esforço dos órgãos que trabalham, a atividade laboral exige a vontade orientada a um fim. (MARX, 2013, p 188).

Chama-se a atenção, neste momento, para dois aspectos presentes na citação anterior e que serão de suma importância para compreensão da diferenciação da humanidade em relação à natureza, entendida como o conjunto de componentes orgânicos e inorgânico que se tem conhecimento (NETTO; BRAZ, 2006). O primeiro aspecto é a dinamicidade da natureza humana conforme realiza o trabalho. Já o segundo aspecto é que o sujeito que trabalha é dotado de capacidade de ideação anterior de seu objetivo para satisfação das suas necessidades.

Destarte, ao conceber previamente seu produto final, também se faz possível conceber, a partir do objeto de trabalho, as formas de transformação da matéria prima em objeto útil. E, se inicialmente colocava-se em movimento somente sua corporeidade como meio para se efetivar o trabalho – meio de trabalho –, após o desenvolvimento da prévia ideação, tornou-se possível aprimorar os estágios intermediários do trabalho, tanto sua destreza, como também a utilização de outros meios de trabalho além daqueles corpóreos, sejam eles produtos de um trabalho anterior ou mesmo adaptação de uma estrutura natural. Nas palavras do autor:

O meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador interpõe entre si e o objeto do trabalho e que lhe serve de guia de sua atividade sobre esse objeto. Ele utiliza as propriedades mecânicas, físicas e químicas das coisas para fazê-las atuar sobre outras coisas, de acordo com o seu propósito. (MARX, 2013, p. 189)

Em relação ao produto do trabalho que resulta da ação humana mediada pelos meios de trabalho para transformar a matéria prima em objetos úteis, em termos marxianos tem-se que

O processo se extingue no produto. Seu produto é um valor de uso, um material natural adaptado às necessidades humanas por meio da modificação de sua forma. O trabalho se incorporou a seu objeto. Ele está objetivado, e o objeto está trabalhado. (MARX, 2013, p. 190)

A partir deste desenvolvimento teórico sobre o sentido útil do trabalho humano, sua característica que pressupõe a produção de um valor de uso, e compreendendo que esta é a atividade pela qual se satisfazem as necessidades humanas, Marx conclui que o trabalho é “condição universal do metabolismo entre homem e natureza, perpétua condição natural da vida humana e, por conseguinte, independente de qualquer forma particular dessa vida, ou melhor, comum a todas as suas formas sociais” (MARX, 2013, p. 194). Assim, o trabalho é condição necessária à existência humana em qualquer sociabilidade, na forma específica de ser social.

A humanidade, agora entendida como processo e produto do desenvolvimento do ser social, não pode se distinguir por absoluto dos homens e mulheres que a compõem, assim como estes não podem ser isolados dela. A humanidade não é algo além dos homens (gênero humano) em sua totalidade. Contudo, ao passo em que se desenvolve o ser social, as necessidades humanas, mesmo aquelas naturais e biológicas, não mais constroem sua forma de sobrevivência. Isso significa dizer que:

Esse desenvolvimento supõe as estruturas naturais, supõe a naturalidade do homem. O desenvolvimento do ser social não suprime – o homem terá, sempre, uma naturalidade que indica a sua condição originária de ser da natureza. Constituindo-se a partir dela, o desenvolvimento do ser social faz com que ela perca, cada vez mais, a força de determinar o comportamento humano: o que é próprio do desenvolvimento do ser social consiste, sem eliminar a naturalidade do homem, em reduzir o seu peso e a sua gravitação na vida humana – quanto mais o homem se humaniza, quanto mais se torna ser social, tanto menos o ser natural é determinante em sua vida. (NETTO; BRAZ, 2006, p. 25)

Desse modo, Netto e Braz (2006, p. 28) concluem que:

O ser social, assim estruturado e caracterizado, não tem nenhuma similaridade com o ser natural (inorgânico e/ou orgânico); ele só pode ser identificado como o ser do homem, que só existe como homem em sociedade. E, assim compreendido, o ser social se revela não como uma forma eterna e atemporal, a-histórica, mas como uma estrutura que resulta da auto-atividade dos homens e permanece aberta a novas possibilidades – é uma estrutura histórica inconclusa, apta a reconfigurar-se e a enriquecer-se no curso da história presente e futura. Erguendo-se a partir do ponto de diferenciação com a natureza assinalado pelo surgimento do trabalho, o ser social constituiu-se na história pela ação dos homens e constituiu historicamente o ser dos homens.

Este ser diferenciado ao ser inorgânico e orgânico, além de ser fundado na capacidade de trabalho humano e de suas características recíprocas, é carregado de historicidade à medida que as potencialidades e capacidades são constantemente submetidas e renovadas. Essa dinamicidade torna o trabalho humano não só distinto dos instintos animais, mas também o dota de historicidade e processualidade.

Considerando que as necessidades sociais são construídas historicamente e que os meios de trabalho são intermediários indispensáveis ao processo de trabalho na produção de objetos úteis às necessidades humanas, quanto mais estes meios se desenvolvem, tanto mais novas necessidades poderão ser satisfeitas. Assim, Marx (2013, p. 189-190) sentencia:

O que diferencia as épocas econômicas não é 'o que' é produzido, mas 'como', 'com que meios de trabalho'. Estes não apenas fornecem uma medida do grau de desenvolvimento da força de trabalho, mas também indicam as condições sociais nas quais se trabalha.

Acerca do aspecto das relações sociais inerentes à humanidade, tem-se que o grau de desenvolvimento das forças produtivas determina as relações recíprocas entre os seres humanos. Assim, em última instância, é o trabalho que determina a sociabilidade humana. Em cada época histórica o fator diferencial não é o que se

produz e sim como se produz. De outra forma, é o modo de produção da riqueza material que determina a forma de sociabilidade.

Assim, a produção dos meios de satisfação das necessidades humanas é uma atividade social, pois é fruto do desenvolvimento, em primeiro lugar, da capacidade teleológica, reflexiva e comunicativa, culminando no desenvolvimento das forças produtivas em si e na consequente divisão social do trabalho e, por fim, determina a sociabilidade humana, a partir das relações recíprocas entre indivíduos.

A produção da riqueza social é por natureza resultado da ação coletiva do ser social, em qualquer sociabilidade. Porém, como será exposto no próximo subtópico, na sociabilidade capitalista, a apropriação dos bens e produtos do trabalho se dá de forma privada, uma vez que esta sociabilidade se desenvolve a partir da relação de propriedade privada dos meios de produção. Isso divide a sociedade em proprietários dos meios de produção (os capitalistas, a classe economicamente dominantes, a classe burguesa) e os proprietários da força de trabalho que, para sobreviverem, a vendem em forma de mercadoria.

### **O trabalho na sociedade capitalista e suas mutações recentes no contexto da crise do capital**

Na sociabilidade contemporânea, o modo de produção hegemônico é o capitalista, que, grosso modo, caracteriza-se pela produção de mercadorias e pela separação entre proprietário dos meios de produção e produtores efetivos das mercadorias, ou seja, aquele que trabalha. Essa relação de produção se dá mediante a venda de força de trabalho do produtor direto. O mais-valor é a parcela do trabalho que não é paga sob forma de salário ao produtor e é apropriado pelos proprietários dos meios de produção, podendo ser traduzido como exploração.

No modo de produção capitalista a unidade básica da riqueza é a mercadoria. É justamente no seu processo de produção que há a incidência da valorização do capital, nas palavras de Marx (2013, p. 194)

Na produção de mercadorias, o valor de uso não é, de modo algum, a coisa que se ama por ela mesma. Aqui, os valores de uso só são produzidos porque e na medida em que são o substrato material, os suportes do valor de troca. [...] trata-se de duas coisas. Primeiramente, ele [o capitalista] quer produzir um valor de uso que tenha um valor de troca, isto é, um artigo destinado à venda, uma mercadoria. Em segundo lugar, quer produzir uma mercadoria cujo valor seja maior do que a soma do valor das mercadorias

requeridas para sua produção, os meios de produção e a força de trabalho, para cuja compra ele adiantou seu dinheiro no mercado. Ele quer produzir não só um valor de uso, mas uma mercadoria; não só valor de uso, mas valor, e não só valor, mas também mais-valor.

A valorização do capital ocorre na medida em que há a expropriação do mais-valor no processo de produção, em especial, por conta da natureza de trabalho assalariado. O assalariamento é a compra no mercado da força de trabalho, porém o valor do produto da força de trabalho se distingue daquele valor de compra da força de trabalho. Por outro lado, mas como consequência do assalariamento, o trabalhador não recebe a quantia equivalente ao que corresponderia à quantidade necessária à sua própria reprodução e à de sua família.

Ao ser contratado por um dado valor, tendo como referência uma determinada jornada de trabalho, esta é ampliada ou a produtividade do trabalhador é potencializada, de forma que o trabalho excedente em relação ao contratado não é pago ao trabalhador, mas é incorporado à mercadoria e transforma-se em lucro quando esta é vendida. Tal lucro é reinvestido parcialmente em meios de produção e mais mercadorias são produzidas, fazendo girar o mesmo circuito de modo que o capital vai sendo acumulado, nesta rotação sequenciada e repetitiva.

Importante salientar que no modo de produção capitalista a força de trabalho é uma mercadoria, podendo ser comprada e possuída pelos proprietários dos meios de produção durante seu uso na produção. Essa mercadoria é especial, pois é a única que pode criar mais-valor e valorizar o produto do processo de trabalho. Isso se deve pela relação desigual entre o valor da reprodução da força de trabalho e o valor criado por essa mesma força de trabalho. A este respeito, Marx (2013, p. 198-199) explica:

Mas o trabalho anterior, que está incorporado na força de trabalho, e o trabalho vivo que ela pode prestar, isto é, seus custos diários de manutenção e seu dispêndio diário, são duas grandezas completamente distintas. A primeira determina seu valor de troca, a segunda constitui seu valor de uso. [...] O valor da força de trabalho e sua valorização no processo de trabalho são, portanto, duas grandezas distintas. É essa diferença de valor que o capitalista tem em vista quando compra a força de trabalho. Sua qualidade útil, sua capacidade de produzir fio ou botas, é apenas uma condição indispensável, já que o trabalho, para criar valor, tem necessariamente de ser despendido de modo útil. Mas o que é decisivo é o valor de uso específico dessa mercadoria, o fato de ela ser fonte de valor, e de mais valor do que aquele que ela mesma possui.

Ao atentar-se sobre o ciclo de reprodução do capital, este na condição de meio de produção de mercadorias, considerado a capacidade de o trabalho gerar mais-valor, Marx (2013, p. 200) nos fornece a lógica da reprodução simples do capital:

Ao transformar o dinheiro em mercadorias, que servem de matérias para a criação de novos produtos ou como fatores do processo de trabalho, ao incorporar força viva de trabalho à sua objetividade morta, o capitalista transforma o valor – o trabalho passado, objetivado, morto – em capital, em valor que se autovaloriza, um monstro vivo que se põe a ‘trabalhar’ como se seu corpo estivesse possuído de amor.

A partir do exposto com relação à dupla dimensão do trabalho na sociedade erguida sobre o modo de produção capitalista, é pertinente dizer que o trabalho produtor de valor de troca, o trabalho abstrato, é a característica precípua da forma como se estabelece o trabalho nesta sociedade: heteronomia, alienado, estranhado e passível de expropriação do mais-trabalho. De outro lado, o trabalho produtor de valores de uso, o trabalho concreto, retomando ao que foi longamente exposto, é condição *sine qua non* da humanização do gênero humano. Em outras palavras, somente nas sociedades que tenham a primazia do trabalho concreto será possível a plena realização do estado saudável.

Neste momento, uma vez que já se explanou sobre a forma geral que se dá a relação dentro da sociedade do capital, das classes perante os meios de produção e a forma que se dá a expropriação do mais-valor, passa-se para uma exposição mais contemporânea do capitalismo. Principalmente no tocante às suas crises cíclicas e a reestruturação produtiva que eclodem a partir da necessidade da retomada da crescente taxa de lucros dos capitalistas.

A reestruturação pela qual a sociedade capitalista está atravessando carrega características que serão corriqueiramente observadas no trabalho em saúde desenvolvido por residentes. Assim, o processo de precarização geral do trabalho, mais específico o trabalho em saúde, relaciona-se com o processo de precarização do trabalho na residência. Ademais, advoga-se que a própria residência se figura como uma etapa particular da tendência geral de ataque ao trabalho em saúde, ou seja, a Residência em Saúde é a forma mais degradada do trabalho em saúde. Por essa razão também, advoga-se em defesa da luta em prol da residência tendo como centralidade a contradição capital e trabalho, não capital e formação.

O modo capitalista de produção está condenado a ciclos de crises que se sucedem contínua e perpetuamente. Marx (2013), ao discorrer acerca da Lei Geral da Acumulação Capitalista em “O Capital”, volume I, baseado no movimento unitário entre produção e consumo, pela natureza do capital em se autovalorizar e da concorrência individual entre os capitalistas, apresenta a tendência da elevação da composição orgânica do capital, o aumento da exploração do trabalhador e a geração de um exército industrial de reserva diante da tendência de queda da taxa média de lucro.

Mandel (1990), à luz das teorias marxianas, ao analisar as crises do século XX, mais especificamente as que ocorreram entre os períodos de 1971 e 1986, apresenta uma teoria marxista para elas. Aponta que, apesar de os fenômenos imediatos da crise ser a superacumulação de capital e, ao mesmo tempo, o subconsumo, as crises capitalistas sempre apresentam como causa fundamental a tendência de queda da taxa geral de lucros, uma vez que o capital não se valoriza na proporção adequada aos interesses dos capitalistas.

A crise ocorre na confluência de múltiplos fatores concomitantes e a partir de um detonador conjuntural. No entanto, contraditoriamente, o processo de acumulação ampliada de capital é justamente o que promove esses fatores que desembocam na irrupção da crise. Os ciclos produtivos iniciam-se na situação de crise, em que ocorre, como dito anteriormente, a superacumulação de capital incorrendo em um menor reinvestimento na produção, mobilizando menos contingentes de trabalhadores, diminuindo a massa salarial, gerando um subconsumo e, assim, uma menor realização do mais-valor e voltando ao ponto inicial do ciclo de superacumulação de capital – seja na forma de estoque de mercadorias insoldáveis ou o receio de o capitalista em reinvestir e não realizar o mais-valor (MANDEL, 1990).

Nesse processo de crise, os capitalistas mais vulneráveis sofrem de maneira mais intensa a queda da taxa de lucro, enquanto os capitalistas monopolísticos e mais consolidados não são tão afetados, sendo esse um fator de concentração de capitais na ocorrência de falência ou mesmo da compra dos primeiros pelos segundos. Esse processo também fomenta a incorporação e o desenvolvimento das forças produtivas desses distintos capitalistas. Essa mudança nas forças produtivas

é condição para a fase de retomada da taxa geral de lucros. Para além, faz-se necessário que haja concomitante outros dois fatores, a racionalização do trabalho e a busca por mercados e setores com melhores composições orgânicas do capital. Por fim, Mandel (1990) é categórico ao afirmar que a função da crise é impor aos capitalistas a lei geral da acumulação capitalista. Assim, as crises são sempre funcionais ao capitalismo.

O contexto de crise que se inicia no decênio de 1970, por razão da natureza do capital globalizado, gera consequências que envolvem o sistema capitalista mundial, em que os países e as organizações financeiras internacionais assumem o papel e a função que lhes diz respeito na manutenção desta dinâmica do modo de produção. Desta feita, naturalmente ao Brasil é imposto, mas não sem resistência, um papel subordinado aos países centrais do capitalismo, assim adentrando em uma época neoliberal de reestruturação produtiva e de contrarreforma do Estado.

Nos contextos de crise estrutural do capital, uma das estratégias adotada pelos capitalistas é a reestruturação produtiva, compreendida como mudanças estruturais nas relações, métodos e processo de trabalho, bem como na composição da classe trabalhadora.

Na crise capitalista dos anos 1929-1932 não foi diferente. No entanto, como as crises apresentam singularidades nas suas expressões, também são distintos os padrões de acumulação e modelos de regulação correspondentes. Como aponta Silva (2009):

A estratégia de enfrentamento da crise conduziu a compromissos assumidos entre sujeitos políticos, econômicos e sociais, em torno do padrão de acumulação fordista e do modo de regulação keynesiano e beveridgiano, que resultou em um período prolongado de crescimento econômico, com intervenção do Estado nas áreas social e econômica, repercutindo na formação do Estado Social, no pós-segunda guerra, em vários países industrializados da Europa e das Américas, cujas histórias e realidades econômica, política e social conferiram-lhe características específicas. Foram trinta anos de crescimento econômico e consolidação de sistema de proteção social da preservação da democracia de massa. (SILVA, 2009, p. 67-68)

No tocante a reestruturação produtiva e composição da classe trabalhadora relativos a esse contexto, tem-se como padrão de acumulação o fordismo/taylorismo que, nas palavras de Antunes (2006):

entendemos o fordismo fundamentalmente como a forma pela qual a indústria e o processo de trabalho consolidaram-se ao longo deste século [séc. XX], cujos elementos constitutivos básicos eram dados pela produção em massa, através da linha de montagem e de produtos mais homogêneos; através do controle dos tempos e movimentos pelo cronômetro taylorista e da produção em série fordista; pela existência do trabalho parcelar e pela fragmentação das funções; pela separação entre elaboração e execução no processo de trabalho; pela existência de unidades fabris concentradas e verticalizadas e pela constituição/consolidação do operário-massa, do trabalhador coletivo fabril, entre outras dimensões. Menos do que um modelo de organização societal, que abrangeria igualmente esferas ampliadas da sociedade, compreendemos o fordismo como o processo de trabalho que, junto com o taylorismo, predominou na grande indústria capitalista ao longo deste século [séc. XX]. (ANTUNES, 2006, p. 25)

Por outro lado, há a necessidade de combinação do padrão de acumulação, independente de qual seja, com um modo específico de modelo de regulação, que no contexto posterior à crise de 1929-1932 e, alinhado ao fordismo/taylorismo, consolidou-se o keynesianismo. Esse modelo de regulação é assim definido por Behring e Boschetti (2006):

Segundo Keynes, cabe ao Estado, a partir da sua visão de conjunto, o papel de restabelecer o equilíbrio econômico, por meio de uma política fiscal, creditícia e de gastos, realizando investimentos ou inversões reais que atuem nos períodos de depressão como estímulo à economia. (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 85)

As autoras ainda tecem considerações sobre os mecanismos que a política keynesiana deve adotar a fim de alcançar os objetivos:

São eles: a planificação indicativa da economia, na perspectiva de evitar os riscos das amplas flutuações periódicas; a intervenção da relação capital/trabalho através da política salarial e do 'controle de preços'; a distribuição de subsídios; a política fiscal; a oferta de créditos combinada a uma política de juros; e as políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 86)

Para além disso, Behring e Boschetti (2006) concluem a linha de raciocínio ao relacionarem o modelo de regulação keynesiano com o padrão de acumulação fordista, indicando a consequência dessa síntese para a classe trabalhadora:

Ao Keynesianismo agregou-se o *pacto* fordista – da produção em massa para o consumo em massa e dos acordos coletivos com os trabalhadores do setor monopolista em torno dos ganhos de produtividade do trabalho. O fordismo, então, foi bem mais que uma mudança técnica, com a introdução de linhas de montagem e da eletricidade: foi também uma forma de regulação das relações sociais, em condições políticas determinadas (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p 86, grifo das autoras)

Contudo, no decênio de 1960 “estoura” outra crise de proporções estruturais do capitalismo evidenciando que a Lei da queda tendencial de lucros só pode ser

amenizada com o fordismo/keynesianismo, porém não neutralizada. No contexto desta crise, os capitalistas também lançaram mão da estratégia de mudança no modelo de regulação, no padrão de acumulação e, conseqüentemente, na composição da classe trabalhadora.

No tocante às mudanças referentes ao padrão de acumulação, o uso de tecnologias avançadas, com base na microeletrônica, passou a dominar os métodos de trabalho. Nesse contexto, o paradigma fordismo/keynesianismo, em que a produção se dava sob controle rígido do tempo, com o trabalho parcelar, a produção em série, para assegurar um consumo em massa e que o trabalhador assumisse uma tarefa de especialista, estava superado, conforme Silva (2009):

[A reestruturação produtiva] implicou em um novo modo de organizar a produção, com base em novos métodos e processos de trabalho, fundados na automação de base microeletrônica; novos padrões de gestão e envolvimento da mão de obra; relações e condições de trabalho, baseadas na desregulamentação dos direitos trabalhistas. Tudo isso, associado à financeirização do capital e aos novos modos de oferta dos serviços financeiros e às novas formas de comercialização, baseadas em tecnologias avançadas, teve repercussões gigantescas para a classe trabalhadora. Repercutiu na obsolescência de atividades e qualificações; na exigência de um perfil de trabalhador polivalente, capaz de operar várias máquinas e utilizar de modo mais intenso a sua capacidade intelectual; na redução da criação e oferta de novos postos de trabalho. Na crescente cooptação do movimento sindical, pelas formas denominadas de sindicalismo de participação; na redução de laços de solidariedade no âmbito do trabalho; numa maior heterogeneidade da classe trabalhadora, entre outras repercussões. Entre as conseqüências, o aumento do desemprego e do trabalho precarizado destaca-se como fatores relevantes no aprofundamento das desigualdades sociais e elevação do nível de pobreza (SILVA, 2009, p. 70-71)

David Harvey (2008) chama esse padrão de acumulação de acumulação flexível e define como:

é marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões do desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas, criando, por exemplo, um vasto movimento no emprego no chamado 'setor de serviços', bem como conjuntos industriais completamente novos em regiões até então subdesenvolvidas (HARVEY, 2008, p. 140)

A acumulação flexível, como um novo padrão de acumulação, tal qual ocorrera com o fordismo, necessitou de um modelo de regulação que o respaldasse

por meio da institucionalidade, legislações, normativa. Esse novo modelo de regulação é o neoliberalismo e, assim como o keynesianismo anteriormente, o neoliberalismo também levou um médio prazo entre a formulação da teoria e a sua aplicação hegemônica. Segundo Harvey (2011):

O neoliberalismo é em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livres mercados e livre comércio. O papel do Estado é criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas.[...] o neoliberalismo enfatiza a significação das relações contratuais no mercado. Ele sustenta que o bem social é maximizado se se maximizam o alcance e a frequência das transações de mercado, procurando enquadrar todas as ações humanas no domínio do mercado. (HARVEY, 2011, p. 12-13)

Evidencia-se nesse contexto que houve também a mudança da função do Estado. O Estado Social que correspondia ao fordismo/keynesianismo, se tornando obstáculo e culpado pela crise ocorrida, sendo então necessário modificá-lo. Nesse sentido, a mudança para o Estado Neoliberal implicou na mudança da função dele, nas palavras de Silva (2009):

o Estado perdeu, assim, alguns poderes tradicionais de controle da mobilidade do capital, especialmente do financeiro e monetário. Também foram impostos limites em relação à política fiscal, de forma que os investimentos direcionados às políticas de proteção social foram transformados em subvenções públicas ao capital. Mas isso não significa que a ação intervencionista do Estado tenha se reduzido. [...] O que mudou foram as áreas e/ou formas de intervenção, as quais são ditadas pelo capital, conforme suas necessidades de acumulação e expansão (SILVA, 2009, p. 79)

Este contexto geral da crise estrutural do capital terá rebatimentos no Brasil em que também ocorrerá uma reestruturação produtiva, uma neoliberalização do Estado e uma mudança na conformação da classe trabalhadora como consequência do cenário global, ainda que apresente suas singularidades.

Este processo teve seu início durante a transição da ditadura empresarial-militar e foi aprofundado na década de 1990. Acarretou em uma configuração de bastante relevância para a Reforma Sanitária Brasileira, para o SUS e o trabalho na área da saúde, na direção de financiamento insuficiente, sucateamento da rede pública de saúde e precarização do trabalho. Situação que influenciou diretamente a forma de desenvolvimento das residências multiprofissionais em saúde, *locus* onde as expressões desse contexto ganham

formas específicas e que vão no sentido contrário de uma formação profissional que combateria as determinações sociais do trabalho em saúde, da assistência em saúde e do processo saúde-doença. Esses assuntos serão abordados a seguir.

### **A reestruturação produtiva e a precarização do trabalho ocorridos nas décadas de 1990, 2000 e 2010**

O neoliberalismo constitui uma experiência iniciada na década de 1970 no Chile, no governo Pinochet, e foi implantado em diferentes países ao longo das décadas seguintes como o modelo de acumulação relacionado ao padrão de acumulação flexível. Harvey (2011) afirma que, para além do pressuposto teórico, o neoliberalismo também foi utilizado como estratégia de rearranjo de poder de classe pela capitalista para com a trabalhadora. Assim, na prática o neoliberalismo é contraditório, pois o Estado assumirá a função de garantir condições adequadas para a classe dominante reverter a crise às custas dos trabalhadores.

No contexto brasileiro, o neoliberalismo é adotado a partir da década de 1990, mais emblematicamente no governo Fernando Henrique Cardoso, apoiado na reestruturação produtiva promovida por esse governo. Conforme Silva (2009):

Essa reestruturação da produção assentou-se em um conjunto de medidas adotadas por esse governo no que concerne à desregulamentação dos direitos sociais, principalmente por meio da chamada flexibilização das leis trabalhistas e da reforma regressiva na previdência Social, 1998, no que concerne as alterações nas legislações pertinentes ao servidor público, além do enxugamento da máquina estatal, por meio dos Programas de Demissão Voluntárias – PDV – e da privatização das empresas estatais em áreas estratégicas (telefonias, extração de minérios, etc). Ou seja, a reestruturação produtiva no País desenvolveu-se tendo como uma de suas âncoras a intensa produção de normativa e outras ações do Estado, no curso da reorganização de suas funções e da conformação de seu aparelho às novas funções a desempenhar no processo de readequação do ciclo reprodutivo do capital (SILVA, 2009, p. 84)

A autora prossegue e oferece uma síntese, a partir da análise concatenada dos fatores que compõem o processo de neoliberalização no contexto brasileiro:

pode-se dizer que a reestruturação produtiva, apoiada na abertura comercial, na intervenção do Estado, num contexto de ajuste estrutural do capitalismo brasileiro com vistas à recomposição do ciclo produtivo do capital, repercutiu na dinâmica espacial, no processo produtivo e na organização do trabalho, bem como no mercado de trabalho e na representação e ação político-sindical dos trabalhadores. (SILVA, 2009, p. 84)

Em diálogo com Ricardo Antunes, profícuo sociólogo do trabalho, que atualmente estuda e defende que a acumulação flexível molda uma nova morfologia do trabalho, o autor desenvolve acerca dessa nova forma assumida pelo trabalho, cada vez mais precarizado:

Uma fenomenologia preliminar dos modos de ser da precarização demonstra a ampliação acentuada de trabalhos submetidos a sucessivos contratos temporários, sem estabilidade, sem registro em carteira, dentro ou fora do espaço produtivo das empresas, quer em atividades mais instáveis, quer nas temporárias, quando não na situação de desemprego. Crescentemente, a busca por 'racionalidade instrumental' do capital vem impulsionando empresas à flexibilização das relações de trabalho, da jornada, da remuneração, reintroduzindo novas relações formais de trabalho que frequentemente assumem feição informal (ANTUNES, 2020, p. 160)

Ressalta-se que as características utilizadas pelo sociólogo para abordar a nova morfologia do trabalho se encontram nas condições presenciadas por residentes dentro dos programas – e fora deles, quando analisa-se que frequentemente profissionais de saúde desempregados veem na residência uma forma de emprego. Além disso, a nova morfologia do trabalho, pela compreensão de Antunes, tem como centralidade o seu afastamento da forma tradicional de trabalho e forte aproximação do que chama de “a sociedade da terceirização total”:

Além da redução salarial, redução de custos, burla de direitos, enfraquecimento da organização sindical e ruptura de seus laços de solidariedade, o projeto de terceirização total objetiva uma repressão, sem precedentes no Brasil, imposta pelo mundo financeirizado (entenda-se, não só dos bancos, mas abarcando também o grande empresariado industrial, a agroindústria e o de serviços, que dependem e são comandados, no plano mais geral, pelo capital financeiro) (ANTUNES, 2020, p.175)

O autor, ao referir-se ao atual ciclo de crise que o capital mundial vem sendo submetido, principalmente após 2008, indica que o processo de precarização aos moldes da flexibilização do trabalho vem se intensificando, cada vez mais assumindo as características supracitadas, de maneira geral, e de forma específica, como aborda no seguinte trecho:

aprofundando a derrelição do trabalho contratado e regulamentado, taylorista e fordista, cujos mecanismos de regulação e contratação social vêm sendo corroídos em profundidade, em amplitude global, pela desregulamentação que de fato ocorre com a expansão da terceirização, da informalidade e da precarização (fenômenos distintos, mas interligados e aparentados), da qual o principal objetivo é o de incrementar os mecanismos e formas de extração do sobretrabalho, de sujeição e divisão dos trabalhadores e das trabalhadoras a essa pragmática perversa que se expande tanto na indústria quanto na agricultura e nos serviços, todos ele praticantes da lógica financeirizada que o conduz.”(ANTUNES, 2020, p. 176)

A Residência multiprofissional carrega em si todos os três fatores que Antunes elenca como essenciais à compreensão do processo de precarização do trabalho na sua forma atual, ainda que ela não tenha ligação jurídica com esses processos de desregulamentação na sua forma legislada. Portanto, as normatizações sobre terceirização não regulamentam a residência, inclusive, esse mecanismo jurídico torna-se o ponto-chave que a coloca à margem de qualquer legislação trabalhista. A residência é definida por legislação federal como modalidade de ensino, um programa de pós-graduação lato sensu (BRASIL, 2005).

Acredita-se que a definição jurídica das Residências como modalidade de ensino não corresponde à necessidade de formação na área da saúde, nem pela vertente proposta pela reforma sanitária, nem pela necessidade de um profissional mais qualificado para o “mercado de trabalho” – ainda que o capital também se beneficie desse aspecto.

Compreende-se, nesta dissertação, mesmo sem a oportunidade de maior aprofundamento, que a residência assume e se mantém com o caráter jurídico de ensino justamente para burlar as legislações e direitos trabalhistas, isto é, como forma de mascarar a informalidade do trabalho em saúde. Neste sentido, menos do que um indicador de contradição da sua execução – ao se constatar que dentro da residência pouco se aprende e mais se trabalha –, a relação jurídica de ensino se constitui mais como mecanismo bem arranjado de informalidade do trabalho em saúde.

Esse status jurídico de caráter educacional consta tanto na Lei 11.129, de 30 de junho de 2005 (BRASIL, 2005), que define como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, quanto na Portaria Interministerial MEC/MS n.º 07, de 16 de setembro de 2021 (BRASIL, 2021b). No tocante à regulamentação do processo de trabalho de residente, a Resolução da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais n.º 05, de 07 de novembro de 2014 (BRASIL, 2014), estabelece que carga horária total do programa, 5.760 horas, será desenvolvida com 80% sob a forma de estratégia educacional prática e teórico-prática, e 20% sob forma de estratégia educacional teórica, onde consta que a estratégia educacional prática é aquela relacionada à treinamento em serviço. Além disso, esta resolução também garante ao residente 30 dias anuais de férias – podendo ser dividido em dois

períodos de 15 dias –, e um dia na semana de folga – não é considerado um abono, e sim uma forma de garantir que o residente não trabalhe os 7 dias da semana consecutivos.

Com relação aos deveres de residente, a normativa que os define é a Resolução da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais n.º 02, de 13 de abril de 2012 (BRASIL, 2012), pela qual define-se que compete ao profissional de saúde residente, entre outras coisas, a dedicação exclusiva, pontualidade e assiduidade às 60 horas semanais e

conduzir-se com comportamento ético perante a comunidade e usuários envolvidos no exercício de suas funções, bem como perante o corpo docente, corpo discente e técnico-administrativo das instituições que desenvolvem o programa (BRASIL, 2012)

Essas normativas supracitadas, em conjunto, estruturam a forma como o trabalho de residente se dá internamente aos programas de residência. Ele se realiza a partir de uma proporção acentuada de carga horária prática, treinamento, com relação às outras estratégias educacionais; hierarquizado perante preceptores, tutores e coordenação, na roupagem de uma relação ética; e cobranças de pontualidade e assiduidade mediante a punições, desde advertência e suspensão, à exclusão do programa.

No tocante à terceirização, advoga-se pela compreensão de que o residente está vinculado à uma instituição de ensino, não tendo como atividade-fim a execução de serviços assistenciais, porém faz contratualização e parceria com um serviço de saúde, local onde o residente irá executar a atividade-fim desta instituição. Além disso, soma-se a essa situação os casos em que o órgão pagador das bolsas não é nem o serviço de assistência, nem o de ensino. Como exemplo, pode-se mencionar quando o Ministério da Saúde lança edital de bolsas em que os programas contemplados são vinculados à escola de saúde pública estaduais ou escolas de governo – órgãos independentes, autárquicos, da administração indireta – e o trabalho de residente é realizado no sistema público de saúde local – administração direta.

Os editais que o Ministério da Saúde lança anualmente com o intuito de fomentar a formação profissional especialista estão vinculados ao Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da

Saúde. No ano de 2023 o edital de chamamento para adesão de programas foi o de n.º 04, de 04 de abril de 2023 (BRASIL, 2023), da Secretaria da Gestão de Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), com a previsão de concessão de 837 bolsas. Os critérios de admissibilidade ao edital definem que as instituições que podem aderir são aquelas instituições federais ligadas ao MS ou ao MEC, órgãos e instituições públicas municipais, estaduais e do Distrito Federal, além das instituições privadas sem fins lucrativos. A partir da concessão de bolsas por parte da SGTES/MS a outros entes, públicos ou privados, é que se configura o que se chama de terceirização do trabalho das residências.

Com relação à terceirização, Antunes expande suas possibilidades para além dos processos estritamente tidos com a alcunha de terceirização propriamente dita. É entendido, então, não como algo delimitado, mas sim como uma forma de ser das relações de trabalho ou, como coloca, das formas atípicas de trabalho:

A expansão da terceirização nos mais diversos ramos econômicos se efetiva de modo múltiplo: nos tipos de contrato, na remuneração, nas condições de trabalho e de saúde e na representação sindical. As denominadas modalidades atípicas de trabalho, como 'empreendedorismo', 'cooperativismo', 'trabalho voluntário' etc..., se configuram gradualmente como formas de ocultamento do trabalho assalariado, permitindo aumentar ainda mais as distintas formas de flexibilização salarial, de horário, funcional e organizativa. (ANTUNES, 2020, p. 179 - 180)

Na perspectiva de compreender a Residência Multiprofissional em saúde na chave de trabalho atípico, como formulado por Antunes, e na linha defendida nesta dissertação, ficam evidentes as estratégias adotadas para flexibilização de salário, de horário, funcional e organizativa das residências. Como indicadores desse processo, pode-se elencar a utilização nas residências dos mecanismos de precarização do trabalho como: remuneração a partir de bolsa, sem a garantia de auxílio transporte ou moradia, e com custo absoluto e custo-efetividade muito inferior ao do custo de vínculo de servidor estatutário ou de trabalhador formal; a extensa carga horária de 60 horas semanais, excedendo o legislado para o trabalho formal; a não-definição do papel do residente, de tutor, de preceptor e de coordenador, como forma de manipular as relações interpessoais, sendo um mecanismo de gestão do trabalho de residente; entre outros.

Ao analisar a gestão do trabalho, Antunes sintetiza as características mais marcantes que se sobressaem na nova morfologia do trabalho, o que impressiona

pela precisão como que esse trecho define o vivenciado nas residências. O autor destaca-se pela descrição precisa do que ocorre frequentemente nos programas – mesmo não sendo seu foco –, e, sobretudo, pelo desvelar da violência que está embutida nesse processo que se pretendia de formação em saúde:

‘Os padrões de gestão e organização do trabalho’, inspirados no toyotismo, revelam-se condições extremamente precárias, com a intensificação do trabalho (imposição de metas inalcançáveis, extensão da jornada, polivalência, etc.) sustentada na gestão pelo medo, nas formas de abuso de poder, no assédio moral e na discriminação criada pela terceirização. É entre os terceirizados que essas condições de trabalho são piores, com maiores jornadas, maior rotatividade e menor acesso a benefícios. (ANTUNES, 2020, p. 162 - 163)

A comparação proposta, a partir da citação acima, constitui-se por relacionar os padrões de gestão que são percebidos por terceirizados nas empresas de modo geral com padrões de gestão do trabalho e de avaliação educacional de residentes perante tutores, preceptores e coordenadores. Os mecanismos que diferenciam o vínculo, a jornada de trabalho, a remuneração, a hierarquização, a organização da categoria, a rotatividade, também se fazem presentes na residência, em que os residentes estão na posição de terceirizados e os tutores, preceptores e coordenadores estão diretamente vinculados ao serviço de saúde.

### **Os limites da formação em Residência Multiprofissional em Saúde**

As primeiras experiências de Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) surgem no Brasil no decênio de 1970. Contando com residentes assistentes sociais, enfermeiros, médicos e médicos veterinários, em 1977 inaugura-se a primeira residência multiprofissional do país no Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM) em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, a Residência Integrada em Saúde Coletiva. Esta residência teve como predecessor o Programa de Residência em Medicina Geral, exclusivamente para a categoria médica, e originou-se a partir da transformação deste programa no Multiprofissional (SILVA; CASTRO, 2020).

Segundo Silva e Castro (2020), a Residência Integrada do Centro de Saúde Escola Murialdo contrariava as tendências que o setor saúde estava vivenciando na época. Enquanto havia o fortalecimento da categoria médica e da assistência curativa de modo geral, a Residência Integrada enunciava a extrema importância de uma equipe multiprofissional, para além do médico e do enfermeiro, e apontava que o modelo de assistência em saúde deveria se basear em promoção de saúde e

prevenção de agravos, incentivando o nível de atenção à saúde chamado de Atenção Básica.

Este pioneiro programa também indicava mais uma contradição de nascença. Enquanto a Residência Multiprofissional estava alicerçada no fortalecimento do processo de promoção da saúde e de prevenção de agravos e focados na atenção à saúde na esfera comunitária, também utilizava como modelo as Residências Médicas que, de certa forma, foram ferramentas históricas no processo que tornou hegemônico um modelo hospitalocêntrico e curativo, na transição da predominância da ordem religiosa pela ordem científica na sociedade.

Por fim, essa transição lançou a Medicina, enquanto disciplina científica e prática profissional centrada na instituição hospitalar, ao patamar de mecanismo de disciplinamento:

Nesse hospital está presente a questão do 'aperfeiçoamento da medicina'. Nele os médicos passam a exercer um protagonismo na organização e na administração, evidenciando-se um processo de substituição das ordens religiosas até então responsáveis pela administração hospitalar. Contudo, essa mudança organizacional não alterou o caráter assistencial do hospital, mas acumulou outra função: o controle e o disciplinamento da vida urbana. (SILVA; CASTRO, 2020, p. 46 - 47)

Em busca de reforçar essa caracterização e adicionar ainda a importância da criação da residência médica nessa reestruturação da instituição hospitalar, as autoras colocam de forma central essa modalidade de especialização e aperfeiçoamento.

A medicina de base científica se consolidou na passagem do século XIX ao XX tendo uma forte intervenção na vida urbana, uma intervenção pelo disciplinamento dos hábitos da população. É nesse processo de transição das funções apregoadas à medicina e ao hospital que surgem as residências médicas. (SILVA; CASTRO, 2020, p; 48)

Assim, evidencia-se que o modelo das residências médicas está a serviço de uma determinada estrutura social, reforçando-a e consolidando-a à medida que se desenvolve. Ao utilizar o modelo da residência médica para o surgimento de uma modalidade que visa a atenção fora dos hospitais e por uma equipe de profissionais de saúde multiprofissional, esse processo carrega contradições que são fundamentais na forma que assume a residência multiprofissional, principalmente àquelas do âmbito comunitário, pois contrapõe-se ao modelo hospitalocêntrico.

Estas contradições, que se expressam na criação das residências multiprofissionais – a inversão do cuidado, tornando-o comunitário e focado na promoção e prevenção, e a quebra da centralidade do profissional médico –, eram centrais da então nascente disciplina da Saúde Coletiva que, mais adiante, fundamenta teoricamente a Reforma Sanitária Brasileira. Esse fato permite compreender a confluência das ideias sanitárias internamente nas de formação em saúde na modalidade de ensino em serviço, ainda que este campo seja permeado por outras vertentes teóricas, políticas e sociais.

Indica-se nesse momento da dissertação que as políticas institucionais de Residência em Saúde e de Educação Permanente em Saúde têm poucas interfaces e intersecções. Ainda que a Política de Educação Permanente em Saúde seja direcionada para modalidades de ensino em serviço, como é a premissa das Residências, os princípios e diretrizes que ela estabelece não se fazem presente explicitamente nas políticas de residência. Considera-se, portanto, que utilizar a régua da educação permanente para análise da situação atual das residências é incorrer em erro. Torna-se viável utilizar os princípios e diretrizes da Educação Permanente em Saúde na perspectiva de horizonte estratégico a ser colocado em disputa dentro do setor saúde.

Assim, então, ocorreu na revisão bibliográfica realizada por Flor et al. (2022). Fazendo o apontamento de que as produções ainda são escassas, a revisão encontrou que a aplicação de estratégias balizadoras da formação, por exemplo a educação permanente em saúde e educação interprofissional, proporcionou o fortalecimento da superação do modelo tradicional de formação em saúde, ampliando e aprofundando conhecimentos adquiridos na graduação, além de proporcionar a aquisição de competências essenciais à prática de atenção à saúde voltada para a integralidade. Mas, apesar dessas iniciativas trazerem aspectos importantes para a formação, também foram relatadas que essas experiências tiveram confrontos com dificuldades do contexto local de realização da prática das residências: equipes que executavam a assistência no modelo tradicional, ambientes com ausência de condições relacionadas à gestão e infraestrutura, além de ser evidenciado um despreparo dos profissionais ao assumirem a tarefa de preceptoria.

Esse estudo alinha-se aos achados encontrados em outra pesquisa, que teve como objetivo a investigação dos pressupostos freirianos em um programa de residência em saúde mental (MAROJA; JUNIOR; NORONHA, 2020). Nesse estudo, verificou-se que promovendo a Educação Problematizadora como estratégia de aprendizagem, obteve-se como consequência uma atuação de residentes mais inovadora e questionadora, com rebatimento nas atividades da equipe e da unidade de saúde, com relação aos padrões que estão naturalizados no setor. Isso indica que a residência pode ser ferramenta para a mudança da prática profissional, tal como preconizava inicialmente o movimento da reforma sanitária dos anos 1970. Porém, as dificuldades encontradas no processo foram relacionadas à tendência de residentes, tutores, preceptores em não conhecerem a metodologia e, assim, não estarem a vontade de aplicá-la, mantendo-se uma postura conservadora.

No tocante às questões que vão diretamente se relacionar com a possível comparação entre o desenvolvimento das residências e o trabalho precarizado, o estudo de Almeida (2020) demonstra nitidamente que o cenário sócio-político influi nas disputas atuais dos projetos pedagógicos da residência, em que de um lado tem-se o direcionamento a formação em saúde condizente com o projeto sanitário e, do outro, o direcionamento para o trabalho precarizado em consequência de ataques neoliberais às políticas sociais vigentes no Brasil desde o decênio de 1990. Desse modo, coloca-se, assim, na residência o risco do fracasso e fortalece o modelo privatista que impera no setor saúde.

tanto o cenário sócio-político de implementação da residência quanto a sua regulamentação apresentam elementos que vão na contramão do fortalecimento do SUS, colaborando e representando, na verdade, a sua precarização. O mesmo ocorre com a precarização das condições de trabalho dos profissionais de saúde, que por vezes são compreendidos enquanto estudantes em formação, não lhes sendo garantidos os direitos trabalhistas correspondentes, e, por outras, são vistos como trabalhadores, como quando lhes são exigidas suas carteiras de registro profissional em seus devidos conselhos profissionais, sendo responsabilizados pelos atendimentos em determinado cenário de atuação. (ALMEIDA, 2020. p. 48)

Ainda em relação às expressões mais aparentes que aproximam a residência de um processo de precarização do trabalho e da terceirização total, outros aspectos que podem indicar essa tendência, porém que não serão aprofundados, estão representados pela proporção entre quantidade de residentes comparado à quantidade de trabalhadores e servidores do serviço; outro indicador é a

comparação de número de residentes com o dimensionamento da necessidade da força de trabalho, ou seja, compara-se não só com a quantidade de trabalhadores do serviço, mas também com o déficit de trabalhadores do setor.

Este indicativo fica expresso na tendência de aumento das bolsas por parte do Ministério da Saúde e da Educação. Na cartilha editada pelo Ministério da Saúde sobre a Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde (BRASIL, 2021a), consta o quantitativo de bolsas concedidas em edital do programa de bolsa residências multiprofissionais: em 2010 eram ofertadas 499 bolsas e, mantendo-se uma curva ascendente, em 2020 foram ofertadas 5.664 bolsas, um aumento de mais de 10 vezes o primeiro quantitativo. Com relação às bolsas de residências oferecidas pelo MEC, os dados encontrados são do período de 2010 a 2014, porém já são representativas do aumento das bolsas: em 2010 eram ofertadas 414 bolsas e em 2014, 3322 bolsas, o que totaliza um aumento de mais de 700%. Ainda que seja um dado que necessite de comparação com relação aos trabalhadores com vínculo trabalhistas, esses aumentos são bastantes expressivos e demonstram como há um grande incentivo na expansão de bolsas de residentes (BRASIL, 2014).

Se o trabalho assalariado percorre um curso tendencial de precarização a partir das ações da classe dominantes no sentido de conter a crise cíclica do capital, não se espanta o fato dessa dinamicidade infinita ser força motriz na inovação de modalidades de assalariamento do trabalho e, conseqüentemente, proletarização de setores e áreas até então à margem dessa relação capital e trabalho. É essa a defesa feita aqui, de que a residência multiprofissional em saúde foi cooptada – desde seu nascedouro, diga-se de passagem – pelo capital e a sua realização nada mais é do que uma nova forma de trabalho, que compõe a nova morfologia do trabalho enquanto os residentes compõem a nova morfologia da classe trabalhadora.

Sendo a residência uma forma de trabalho, ela está inserida nessa tendência contínua de precarização e tem como determinante central nesse processo a própria relação social erigida sob os desígnios do capital, seu movimento perpétuo de crises cíclicas e precarização do trabalho de modo mais intenso e a contraposição da classe trabalhadora.

#### **Capítulo 4. Síntese das determinações do modelo atual de residência multiprofissional em saúde.**

É de Karl Marx e de Friedrich Engels (2010. p, 40) a famosa passagem, no seu célebre “Manifesto do Partido Comunista”, que inclusive abre o capítulo I, “A História de todas as sociedades até hoje existentes é a história da luta de classes”. Sendo assim, não surpreende que essa força motriz também esteja presente atualmente e com rebatimentos no setor saúde e nas residências.

A Luta de Classes, como referenciada no manifesto, caracteriza-se pela divisão da sociedade em classes distintas e antagônicas e, dentro dessas classes, outras divisões surgem, de forma gradativa e culminando na formação das frações internas. Esse antagonismo de classes, ou melhor situando, o conflito entre esses opostos, é o que proporciona o dinamismo das sociedades e a sua superação, que nem pode ser, senão, iniciada no seio da sociedade a ser suprimida: “a própria burguesia moderna é o produto de um longo processo de desenvolvimento, de uma série de transformações nos modos de produção e circulação” (MARX; ENGELS, 2010. p. 41)

A sociedade capitalista é em sua fundação dividida, a partir das relações de propriedade privada dos meios de produção da riqueza material, entre duas classes, de produtores diretos - aqueles que vivem do trabalho -, e dos detentores dos meios de produção. É imperioso compreender que a burguesia, nas palavras dos autores citados, “não pode existir sem revolucionar incessantemente os instrumentos de produção, por conseguinte, as relações de produção e, com isso, todas as relações sociais” (MARX; ENGELS, 2010. p, 43), uma vez que se tornou necessário superar a condição feudal de produção e vigorar as relações comerciais e de assalariamento.

A partir dessa eterna revolução dos meios de produção, tipicamente da era burguesa, e intrínseca a ela, por causa da busca incessante da manutenção das relações sociais baseadas na troca entre homens livres, portanto, a necessidade infinita de produção e efetivação de mercadoria, ocorrem crises cíclicas do sistema capitalista e concomitante a intensificação das relações antagônicas entre detentores dos meios de produção e os produtores diretos, causando nesses últimos grande revolta.

A sociedade burguesa, com suas relações de produção e de troca, o regime burguês de propriedade, a sociedade burguesa moderna, que conjurou gigantescos meios de produção e de troca, assemelha-se ao feiticeiro que já não pode controlar os poder infernais que o invocou. Há dezenas de anos, a história da indústria e comércio não é senão a história das revoltas das forças produtivas modernas contra as modernas relações de produção, contra as relações de propriedade que condicionam a existência da burguesia e seu domínio. [...] As forças produtivas de que dispõe não mais favorecem o desenvolvimento das relações burguesas de propriedade; ao contrário, tornam-se poderosas demais para essas condições, passam a ser tolhidas por elas; e, assim que se libertam desses entraves, lançam na desordem a sociedade inteira e ameaçam a existência da propriedade burguesa (MARX; ENGELS, 2010. p. 45)

Esta realidade continua sendo reproduzida, ou seja, a luta de classes é um determinante fundamental para as características assumidas pela sociabilidade capitalista em todos os seus períodos ou fases. Cada esfera totalitária sofre estas determinações, não seria diferente com as residências multiprofissionais.

Portanto, é preciso dizer que entre as determinações do modelo atual das residências multiprofissionais em saúde encontra-se, em primeiro lugar, a **luta de classes** na sociedade. Ela perpassa a luta em defesa de projetos distintos de saúde que invariavelmente está ancorado em um determinado conceito de saúde, desde aqueles que compreendem a saúde e doença como desequilíbrio entre humanos e natureza, passando pelo modelo fragmentado biomédico, até o que está baseado na emancipação das pessoas. Está presente também na mercantilização da assistência à saúde, que a torna um serviço passível de trocas no mercado, que tem como principal consequência a negação do acesso universal.

Assim, desde o início da década de 1990, o projeto neoliberal, como uma estratégia política das elites econômicas dominantes mundiais para recuperar os seus poderes e capacidade de acumulação, em níveis que lhes fossem satisfatórios, ganhou espaço no mundo e no Brasil. Neste contexto, o Estado-nação cumpriu um papel essencial na criação das condições necessárias ao alcance deste objetivo. É nessa direção que se justifica o profundo movimento de contrarreforma da seguridade social no Brasil, que atingiu principalmente a saúde e a previdência. Como diz Silva (2021), este movimento pode ser caracterizado da seguinte forma:

medidas direcionadas para a extinção ou dificuldade de acesso aos benefícios; elevação do tempo e das alíquotas de contribuição; redução dos valores e tempo de usufruto dos benefícios; desfinanciamento da seguridade social; e desmonte da estrutura administrativa necessária ao reconhecimento e à manutenção dos direitos (SILVA, 2021. p. 34)

É nessa direção que a classe dominante no país, representada pelas diversas frações dos capitalistas, impõem sua força, provocando o desmonte dos serviços de saúde, em que se incluem as residências.

O movimento de contrarreformas neoliberais ocorreu em função da necessidade das classes dominantes de promover novas condições de valorização do valor, mais apropriadas do que as vigentes no período anterior, da ditadura empresarial-militar, que estavam esgotadas com a emergência da crise estrutural. O regime de acumulação anterior, que foi implantado desde a década de 1930 no país, era o regime fordista periférico. Com a chegada ao Brasil da crise estrutural do capital, tornou-se necessário a superação deste regime de acumulação e, conseqüentemente, do modo de regulação respectivo a ele. Nas palavras de Braga (2017. p.126):

a vitória eleitoral de Fernando Collor, em 1989, representou a passagem para a regulação neoliberal: a partir daí, não apenas o modo de regulação mas o próprio regime de acumulação transformaram-se em objeto de sucessivos ajustes estruturais que, ao fim e ao cabo, asseguraram o nascimento do pós-fordismo financeirizado no país. Apesar do aperfeiçoamento do modo de regulação promovido pela burocracia lulista, esse regime de acumulação consolidou-se sem grandes contratempos ao longo dos anos.

Cabe ressaltar aqui que o autor considera como modo de regulação diz respeito às estruturas – normativas, governamentais, institucionais – que atuam na manutenção dos conflitos entre capital-trabalho, bem explicitada na legislação trabalhista. Já o regime de acumulação está relacionado diretamente com as relações de trabalho, sistema organizacional das empresas e suas bases tecnológicas.

A respeito do modo de regulação que foi estabelecido durante a era neoliberal brasileira, com enfoque mais detalhado nos dois primeiros mandatos de Lula da Silva, entre 2003 e 2010, Braga (2017) avalia que:

apoiando-se em uma conjuntura econômica marcada pelo crescimento, proporcionado, em parte, pelo superciclo das commodities, e fortalecendo progressivamente as políticas públicas redistributivas, o governo de Lula da Silva soube legitimar o processo de “fusão” parcial e sempre problemático da alta burocracia sindical com o aparelho de Estado brasileiro, iniciado em meados da década de 1990, o que consolidou a hegemonia lulista.

Porém, ainda antes de o Governo Lula conseguir estabelecer, sem isentar-se de contradição, o consenso social vivenciado no neoliberalismo brasileiro, o período

da década de 1990 foi marcado por um ajuste fiscal encabeçado pelos então Presidentes da República Fernando Collor de Mello e Fernando Henrique Cardoso, o que acarretou em um choque econômico e no mundo do trabalho.

Este ajuste, que provocou um desemprego prolongado em meados da última década do século XX, foi seguido de um avanço da criação e formalização de empregos no Brasil, porém estes de cariz precarizado

Entre 2003 e 2015, os trabalhadores enredaram-se em um modelo de desenvolvimento pós-fordista, apoiado na formalização do emprego, na desconcentração de renda e na precarização do trabalho. Trata-se de uma fórmula esdrúxula tipicamente periférica. Se a gênese desse modelo remonta ao início dos anos 1990, quando as políticas de ajuste estrutural implementadas pelos governos de Fernando Collor de Mello e de Fernando Henrique Cardoso elevaram a taxa de desemprego aberto de 3% para 9,6% da População Economicamente Ativa (PEA), sua consolidação foi obra dos dois governos de Lula da Silva. (BRAGA, 2017. p 137)

O mundo do trabalho durante os governos petistas, especificamente aqueles que englobam os dois primeiros mandatos de Lula e o primeiro mandato de Dilma Rousseff, presenciou uma intensa reestruturação nas relações de trabalho, o que é relativo ao regime de acumulação e a faceta mais aparente da degradação do trabalho. Esse processo culminou em uma relativa melhora de vida à população mais pauperizada da classe trabalhadora, que acarretou à formação de uma base de sustentação ao governo e à figura de Lula.

Entre 2003 e 2014, assistimos no Brasil a um ciclo de desconcentração de renda entre os que vivem dos rendimentos do trabalho, que, no entanto, apresentou limites muito precisos: o mercado brasileiro tem notórias dificuldades de criar empregos mais qualificados do que aqueles facilmente encontrados, por exemplo, no setor de serviços pessoais ou na construção civil. Ademais, as condições de trabalho deterioraram-se ao longo dos anos, com o aumento da terceirização empresarial, da taxa de rotatividade e da flexibilização dos contratos, além da elevação do número de acidentes de trabalho no país. (BRAGA, 2017. p. 148)

Essa situação foi precedida nos anos 1990, como anteriormente dito, por uma intensificação do desemprego, que chegou a patamares próximos a 10% da população economicamente ativa. Conseqüentemente, os sindicatos, tão avivados na época do fordismo, que se fortaleceram da cooperação entre trabalhadores típica daquele regime de acumulação, na era neoliberal sofrem com a diminuição de trabalhadores formais e com a flexibilização e terceirização do mercado de trabalho, acarretando uma diminuição no número de filiados e na diluição das categorias. Nestas condições, o movimento sindical optou em disputar eleitoralmente cargos

políticos nas eleições gerais e, assim, ocupar a institucionalidade. Contudo, as consequências foram percebidas na relação dos movimentos sindicais com o governo Lula, agora, ao invés de uma posição combativa, tornou-se apassivada.

Naturalmente, a eleição de Lula da Silva, em 2002, coroou esse movimento. A tese, muito comentada no meio sindical, mas nunca totalmente assumida pelos dirigentes lulistas, afirmava que somente com a conquista do governo federal o sindicalismo haveria de readquirir forças para enfrentar as empresas em benefício dos trabalhadores. De fato, os sucessivos governos de Lula da Silva ajudaram a fortalecer algumas das pautas sindicais, incorporando a política de valorização do salário mínimo, por exemplo, que se tornou um dos pilares de sua política redistributiva. No entanto, a era Lula foi marcada também pela absorção de sindicalistas no aparelho de Estado e nos fundos de pensão, transformando a elite sindical do país em verdadeira administradora do investimento capitalista. (BRAGA, 2017. p. 135)

Após essa institucionalização dos líderes sindicais na estrutura estatal, promovida pelo governo Lula, e a formação de uma base popular ancorada na fração mais pauperizada da classe trabalhadora, que viu certa melhoria nas condições de vida a partir de programa de redistribuição de renda, aumento da taxa de emprego – ainda que precários –, o governo petista estabelece de forma precisa o auge da relação entre regime de acumulação e modo de regulação da era neoliberal brasileira, o chamado lulismo:

o lulismo representa uma “revolução passiva à brasileira” apoiada na unidade entre duas formas de consentimento popular: por um lado, o consentimento passivo das classes subalternas que, atraídas pelas políticas públicas redistributivas e pelos modestos ganhos salariais advindos do crescimento econômico, aderiram momentaneamente ao programa governista; por outro, o consentimento ativo das direções sindicais, seduzidas por posições no aparato estatal, além das incontáveis vantagens materiais proporciona (BRAGA, 2012. p. 190)

Conforme o explicado, a situação de luta de classes no Brasil assume uma conformação bastante perigosa para a classe trabalhadora. Consequentemente, as lutas e projetos por ela encampados sofrem ataques e eventualmente recuos importantes. Na conjuntura em que temos como presidente um sindicalista forjado no seio do Novo Sindicalismo, na região do ABC paulista, como presidente, é justamente o momento em que se opera o apassivamento dos movimentos sociais e dos movimentos sindicais, orquestrado pelo modo de desenvolvimento neoliberal em vigor.

No setor saúde, assim como no setor das políticas sociais no geral, esse fato será decisivo no sucesso ou fracasso da implementação do projeto da reforma sanitária, assim como o projeto da residência em Multiprofissional em Saúde.

A crise estrutural do capital ainda encontra-se em andamento, e as classes dominantes continuam a perpetrar ataques à classe trabalhadora, em um cenário onde temos os movimentos típicos da classe trabalhadora em processo de cooptação e arrefecimento, este fator é compreendido como uma forte determinação do atual modelo das residências em Saúde.

Após 2003, essa relação dialética de pacificação social, cujos protagonistas são as direções sindicais reunidas em torno de Lula da Silva, transformou-se no eixo da vida política nacional. O controle do aparato estatal garantiu-lhes os meios necessários para selar o pacto entre o consentimento passivo das massas e o consentimento ativo das direções, consolidando a regulação lulista. (BRAGA, 2012. p 190)

Em segundo lugar, é preciso dizer que a **perspectiva liberal**, que incide sobre a concepção inerente ao modelo de determinantes sociais em saúde (DSS), transforma as desigualdades sociais em meros desajustes da sociedade. São tratadas as expressões mais aparentes da desigualdade de forma isolada e sem nexos causais uma com a outra, ou então como consequência de uma superestrutura. Ainda que absorva a ideia de que as estruturas sociais tenham influência no estado de saúde do indivíduo, a perspectiva liberal a exclui de uma abordagem política, dando o cariz de um problema técnico.

A **crise estrutural do capital** que se arrasta desde o final da década de 1960, com fortes manifestações no Brasil a partir da década de 1980, também foi determinante para impor uma profunda reestruturação produtiva que acarretou mudanças nos métodos e processo de trabalho, nas relações de trabalho, tornando-o cada vez mais precário em diversas dimensões ao longo dos anos. Essa reestruturação não acomete somente o setor privado, mas, guardadas as proporções, afeta o setor público, principalmente quando são incorporadas os processos de gestão típicos do toyotismo, quando o setor público realiza algum tipo de parceria público-privado ou então nas diferentes formas de privatização – terceirização, modelos privados de gestão a partir de Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Empresa Brasileira

de Serviços Hospitalares (EBSERH). Assim, a precarização do trabalho é também um agressivo determinante deste modelo atual de residência em saúde.

O **avanço do neoliberalismo** no Brasil, que inibiu o desenvolvimento das políticas públicas, incluindo a saúde, como mencionado anteriormente, é outro determinante aviltante da formação em saúde que impacta o modelo da residência em saúde. Aqui, registra-se as medidas ultra neoliberais como as políticas de austeridade fiscal que impuseram limites a esta políticas, a exemplo da Emenda Constitucional n.º 95, de 15 de dezembro 2016, que congelou o teto constitucional para a saúde em 20 anos e instituiu gatilhos de contenção de gastos, como a proibição de realização de concursos públicos, caso o teto não fosse cumprido pelos governantes. Esse mecanismo fortalece o uso de residência para provimento de força de trabalho no setor público.

Diga-se que, embora o neoliberalismo venha sendo adotado no país, desde o final da década de 1990, a partir dos governos Temer e Bolsonaro houve um aprofundamento enorme, com fortes rebatimentos em diversas áreas, principalmente nas políticas sociais.

A crise conjugada que envolve a esfera econômica e política que assolou o Brasil, marcadamente a partir das Jornadas de Junho de 2013, encontrou, porém não de forma linear, um espaço de aninhamento junto a setores da extrema-direita. Estes que proclamavam contra problemas abstratos e saídas simplistas quando foram às ruas em 2015, culminaram em um movimento que terminaria com o golpe parlamentar que destituiu a Presidenta Dilma Rousseff da presidência. De forma condizente com o histórico político-social do Brasil

o salvacionismo para a crise econômica e social pela qual passa o país é encontrado na atualização da cultura autocrática, que reforça nossa dependência e assume um caráter contrarrevolucionário ao sedimentar-se por um conservadorismo reacionário, cujo objetivo é responder aos interesses do capital financeiro e rentista, alijando os trabalhadores e movimentos sociais dos processos, efetivando assim a dilapidação dos seus direitos. Nestes termos é a eleição de Jair Bolsonaro em 2018, que expressa este movimento. (SOUSA; OLIVEIRA; SOUZA, 2020)

Assim, se o neoliberalismo, desde Fernando Collor de Mello até os governos petistas, encontrava terreno fértil para seu crescimento, que de forma contrastante representa a decadência da classe trabalhadora, após o golpe de 2016 e,

principalmente, com a ascensão de Bolsonaro em 2018, a aplicação da cartilha ultra liberal que foi elevada ao seu limite máximo. Esses acontecimentos representam a necessidade de não só barrar o avanço ultraliberal, mas também combater a autocracia que o implementa.

A **fragilização das lutas da classe trabalhadora** é mais um dos determinantes da atual forma que a residência assumiu. Esta fragilização, ainda que seja um fator distinto, está imbricada com o aprofundamento do neoliberalismo, tanto na sua faceta de austeridade fiscal, que imputa à classe trabalhadora todos os ônus da crise global do capital, como também no processo ideológico da individualização do fracasso pessoal e profissional, afastando ainda mais o processo de conscientização do pertencimento de classe. Assim, nos últimos anos, em contexto de desemprego profundo, de perda do valor da massa salarial e do processo de apaziguamento e despolitização da classe, a fragilização afetou a correlação de forças e sua determinação negativa sobre o atual modelo de residência.

A **perda de direção original da reforma sanitária**, a transformação do teor político-metodológico que o Movimento sofreu, em que, inicialmente, tinha como base o projeto derivado da determinação social do processo saúde-doença, sendo abandonado por um projeto centrado na luta por dentro do Estado e na absolutização da democracia como horizonte estratégico, aponta para um modelo residual de saúde e não para um modelo universal e pleno.

A institucionalização reflete nas produções acadêmicas e militantes do setor saúde, que estas também passam a abordar aspectos restritos ao sistema de saúde, suas falhas e possíveis melhorias. No entanto, ficam restritas aos vilipêndios que a estrutura neoliberal relega às políticas sociais e à área da saúde. Dessa forma, ao passo que os estudos apresentam possíveis mecanismos de melhoria, eles se tornam prisioneiros de um ajuste fiscal permanente para com as políticas sociais, nunca colocando elas em disputa.

Evidencia-se, portanto, que o projeto revolucionário deu espaço a um de caráter reformista. Isso também é um determinante na atual forma das residências em saúde que, nesta perspectiva, compreende a formação em saúde como *lócus* privilegiado de aprimoramento técnico que, indubitavelmente, caminharia em direção

do projeto revolucionário da reforma sanitária. No entanto, ao longo da história das residências em esfera nacional, ou seja, desde 2005, essa premissa não encontra bases objetivas na realidade, sendo, então, uma ilusão.

O **incipiente movimento de residentes**, que é a expressão setorial do processo de apaziguamento em que se encontra a Classe Trabalhadora e da perda de direção do próprio movimento da reforma sanitária. Esse cenário geral figura dentro do movimento da residência em Saúde, principalmente com relação a ausência de radicalidade presente no segmento de residentes e da sua organização no Fórum Nacional de Residentes em Saúde. É justamente esse segmento, por estar vivenciando diretamente e intrinsecamente as contradições da residência, que carrega a necessidade de radicalização, pois os outros atores coletivos (preceptores, tutores e coordenadores) não são diretamente impactados pela precarização do trabalho que existe nas residências. Somente com radicalidade é possível incidir na luta das residências tendo como objetivo a mudança estrutural necessária. Sem ela, as mudanças que forem causadas pela luta terão caráter paliativo.

Toma-se uma passagem de uma retomada histórica sobre as normativas da residência, justamente por conta da forma explícita que aponta as disputas que ocorrem em torno e internamente na modalidade de residência, expressadas na Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde. O trecho evidencia que tem disputa e conflito entre setores para direcionar os rumos da Residência:

O conhecimento da realidade aponta-nos que a CNRMS é pleiteada por representantes das forças reacionárias das universidades e das entidades de ensino, cujos representantes se apresentam sobretudo para amarras, não costuras, defesa de regras, sempre mais restritivas que expansivas das inovações. Sustentar inovações é ainda mais duro que conquistá-las. Algumas inovações sequer são lidas pelos atores sociais das residências, desde sua inovação, são lidas como atualização de regra (uma maneira de levar a inovação ao mínimo de poder); muitas são lidas ao arrepio de seu contexto de conquistas, verificando-se a repetição ventríloqua de regras superadas ou daquilo que o próprio CNE chamou de tecnoburocracia. (CECCIM, 2022. p.45)

A partir da citação, reconhecendo que há dentro da própria órgão de normatização das residências multiprofissionais em saúde uma força contrária a estruturação desta modalidade no direcionamento dos princípios do SUS e do projeto original, fica evidente também a importância de atores como o Fórum

Nacional de Residentes em Saúde realizaram mobilizações que visem conter esses ataques reacionários, dentro e fora da CNRMS.

As pautas históricas e estruturais que são evidenciadas nos documentos finais dos Encontros Nacionais de Residências em Saúde, assim como apareceram no relatório final da Conferência Livre de Residências em Saúde – etapa preparatória para a etapa nacional da 17ª Conferência Nacional de saúde, ocorrida no ano de 2023 – e no texto do Projeto de Lei n.º de 2021, que visa instituir a Política Nacional de Residências em Saúde, referem-se centralmente à alguns aspectos, por exemplo: redução da carga horária; melhor distribuição da carga horária para atividades teóricas, teórico-práticas e práticas; qualificação do corpo docente-assistencial; garantia de direitos relativos ao trabalho; auxílio permanência, transporte e alimentação; políticas afirmativas de acesso aos programas; aperfeiçoamento do instrumento de avaliação de programa por parte do MEC e do MS, assim como, a efetivação desta avaliação *in loco*; valorização, curricular e financeira, das atividades de tutoria e preceptoria, entre outras. (BRASIL, 2021; CECCIM, 2022; ENCONTRO NACIONAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE, 2020; JAEGER; CECCIM; OLIVEIRA, 2023)

Salienta-se que essas pautas têm caráter mais imediato e relacionado principalmente às condições objetivas de estudo e trabalho nas residências, mas são justamente essas as que têm maiores entraves quando confrontadas com as citadas “forças reacionárias”, o que evidencia sua interface entre a imediatez das pautas mais concretas e palpáveis, com uma realidade estrutural assentada na precarização do trabalho de residente a ser mantida em benefício de Universidade e de serviços de saúde.

Por isso a importância de se ter um movimento radicalizado capaz de compreender essa intrínseca relação existente, que é velada e escondida, para justamente poder operar uma luta nas bases estruturais capazes de fazer avançar a residência para a efetivação do projeto da Reforma Sanitária.

Nota-se que estes determinantes possuem uma forte inter-relação, ou seja, estão completamente imbricados e, assim, não se pode dizer se há preponderâncias entre eles, apenas que compõem a forma de um movimento que impõe uma face

reversa ou estranhada da formação em saúde pelas Residências Multiprofissionais, mais próxima de trabalho precário do que de uma formação crítica e continuada. Conclui-se, portanto, que esses são os principais determinantes identificados que incidem na atual forma da residência multiprofissional em saúde.

## **Considerações Finais**

A presente dissertação tem seu processo de nascimento e desenvolvimento para além do período e processo do mestrado. Nasceu no momento em que o autor desta pesquisa ingressou em um programa de Residência Multiprofissional em saúde e se deparou com um processo de intensa exploração do trabalho e desvalorização do ensino. Nessa situação, nasce o ímpeto de ser agente provocador de mudanças e de melhoria no sentido de sua efetiva realização na direção da pretendida revolução à qual a Reforma Sanitária originalmente se vincula. Ou seja, a residência exige para a formação de profissionais de saúde, aos moldes pretendidos pela Reforma Sanitária, um perfil militante. Portanto, para o autor, a militância dentro das residências é imperiosa e compreendida como a efetiva ação referente ao profissional de saúde sanitaria. Com o fim do período de especialização, mas não o alcance de uma residência nesses patamares, o mestrado e essa dissertação tornam-se instrumentos de militância, estendendo-se além da forma de monografia obrigatório na pós-graduação.

Dessa forma, o primeiro passo nessa empreitada foi a sintetização do que se deveria ser a Residência Multiprofissional. Quais fundamentos estão na base dessa formação em saúde que se realiza como trabalho precário. Nessa direção, a pesquisa traçou o histórico da disciplina teórica da Saúde Coletiva, que tinha como centralidade a teoria de extração marxista da determinação social do trabalho em saúde, da assistência e do processo saúde-doença, considerando que essa teoria é base do movimento da Reforma Sanitária. Sua formulação teórica aponta como necessária à pleno estado saudável do indivíduo o processo de humanização, sendo a garantia de acesso por todos do gênero humano aos frutos do trabalho socialmente realizado.

Fica patente nesse momento a necessidade de expor de maneira mais detalhada o que se considera como pleno gozo do estado saudável. Assim, sem que a saúde, nesses termos, tenha sido central no trabalho de Ricardo Antunes, em “O Privilégio da Servidão”, o autor é preciso com relação ao conceito de saúde, no tocante a realização das potencialidades do trabalho humano. Então, estado plenamente saudável somente será possível em uma sociedade que tenha como princípio a:

conversão do trabalho em atividade exercida com base no tempo disponível. o que significa recusar a disjunção, interposta pelo capital, entre tempo de trabalho necessário para a reprodução social dos trabalhadores e tempo de trabalho de trabalho excedente para a reprodução do capital. A instauração do princípio livre do tempo disponível em um universo societal que encontre vigência sem os constrangimentos da propriedade privada é o único antídoto real contra a vigência e a perpetuação do capital e do seu trabalho abstrato (ANTUNES, 2020, p. 118).

Considera-se o anteriormente exposto, senão como uma das formas de se traduzir o conceito de saúde, mas, pelo menos, como uma indicação forte de qual sociedade ela está associada. Se ao profissional de saúde é implícita a ação para promoção e recuperação da saúde, seguindo na linha de raciocínio do autor anteriormente citado, ele nos fornece o que poderia ser colocado como atividade central do profissional de saúde:

nossa luta central é e continuará sendo contra todos os constrangimentos presentes no sistema de metabolismo socioeconômico do capital, que deve ser radicalmente eliminado. A abstração do trabalho realizada pelo capitalismo deve ser demolida e superada pela concretude do trabalho dotado de sentido (ANTUNES, 2020, p. 118)

Após a compreensão e debate acerca dos fundamentos da Saúde Coletiva, da determinação social do processo saúde-doença, do trabalho em saúde e da assistência, a dissertação percorreu os trilhos do Movimento Sanitário Brasileiro, compreendendo que a luta política é inseparável das formulações teóricas realizadas até então. Este aspecto também se coloca como determinante das residências, uma vez que há uma formulação teórica que deve corresponder à determinada ação política.

Assim, compreender a história desde o início do movimento de Reforma Sanitária, que data do decênio de 1970 até a atualidade, foi objetivo da dissertação. Essa história, além de longa e duradoura, carrega importantes escolhas políticas que têm como consequência reflexos na forma de defesa e avanço do SUS, assim como das políticas a ele relacionadas, como as residências. Além disso, essa história constitui-se como complexa e tem como foco, não só os ataques externos operados pelo capital, mas também questões internas.

Ao debruçar sobre as tendências e rumos do movimento da Reforma Sanitária, a pesquisa em tela percorreu as transformações ocorridas no movimento e suas principais conquistas, sendo a maior e mais proeminente de todas elas a criação do Sistema Único de Saúde. Essa conquista, se por um lado criou

mecanismo de efetivar o direito à saúde, por outro foi instrumento de isolamento do movimento e focalização da sua atuação – o que se somou ao processo de enfraquecimento político do movimento.

André Vianna Dantas reflete sobre a estratégia e tática da Reforma Sanitária e a relação com a construção do SUS, tendo como referência o trecho o período específico os anos de 1990 e 2000:

se a redução da Reforma Sanitária ao SUS é parte do recuo teórico e político do movimento sanitário desde a década de 1990, também é verdade que, sendo a sua expressão mais concreta, não é possível ignorar os processos que têm se erguido em torno dessa política pública justamente para neutralizar a força política da luta e o projeto que se engendrou. De alvo privilegiado da ofensiva neoliberal, portanto, o SUS passou a ponta de lança do projeto do capital para a saúde. Evidentemente, a cooptação e a tentativa constante de anulação política do movimento sanitário e dos seus focos de resistência indicam que um SUS constitucional, público e verdadeiramente universal não só é possível como, sendo possível, vem seguidamente sendo minado pelo capital. (DANTAS, 2017, p. 254)

É desse período a criação das residências multiprofissionais em saúde. Um período marcado pela institucionalização do movimento sanitarista, pelo seu recuo e também pelo avanço do capital a partir do Estado neoliberal sobre as políticas sociais. Compreende-se a criação da residência como um ato precipitado do movimento, pois não se articulou estrategicamente esse ato e permitiu que essa modalidade fosse facilmente cooptada pelo capital. Esse processo carrega características que Paim (2018) sintetiza utilizando as categorias gramscianas de *revolução passiva* e o *transformismo*. Assim, tem-se que:

mesmo considerando que a revolução passiva e o transformismo continuam caracterizando a sociedade brasileira, é possível reconhecer o que invadiram na última década do processo da RSB [...]. Ou seja, na aparência verifica-se uma direção intelectual e moral do processo de implementação do SUS, quando lideranças do movimento sanitário chegam a ocupar posições importantes de governo, mas na essência prevalecem os interesses do capital, assegurados por seus representantes dentro e fora dos governos. (PAIM, 2018, p. 106)

Expõe-se aqui um dos determinantes centrais da residência em saúde sob a forma de trabalho precário. A sua criação esteve envolta de fraca articulação política e social por parte dos sanitaristas, que já tinham suas influências estrangidas pela limitação que a estrutura estatal opera. Dessa forma, o que deveria ser uma modalidade de formação em saúde com vistas a efetivação do SUS aos moldes do

projeto da reforma sanitária, nunca deixou de se realizar na sua extremidade oposta, como trabalho precário em saúde, aos mandos do capital.

O segundo determinante central para as residências em saúde se realizarem na forma de trabalho precarizado é justamente o processo geral de precarização do trabalho como consequência da relação do modo de produção capitalista. Uma vez cooptada pelo capital, essa modalidade apresenta mais que semelhanças a nova morfologia do trabalho, ela evidencia a sua forma de ser, sua natureza de trabalho assalariado e, como consequência, o residente vive a proletarização na sua forma mais intensa. A precarização.

Esta precarização atualmente corresponde ao modo de intensificação da exploração do trabalho após a crise capitalista mundial de 2008. Evidenciam-se como características importantes, e que vão se apresentar nas residências, as seguintes: extensa jornada, baixa remuneração sem benefícios, ausência de direitos trabalhistas, informalidade, terceirização, rotatividade, e adota-se como modelo de gestão a gestão pelo medo, pelo assédio e abuso de poder.

Assim, a defesa aqui posta é que a residência assume a forma de trabalho precarizado não porque o processo de formação em saúde proposto se dá através do trabalho, mas sim porque a residência é expressão singular do trabalho, em geral, e do trabalho em saúde, em específico. Assim, está sob a incidência das determinações da contradição capital e trabalho.

Por fim, compreender que a residência multiprofissional em saúde é trabalho precarizado na sua singularidade não significa que não possa ser elegido com o local privilegiado de militância. No entanto, fica indicado que a militância efetiva deve-se basear nos determinantes que são centrais da residência, ou seja, na mobilização e militância dos atores envolvidos, com especial relevância de residentes, e o combate da proletarização de residentes. Questões de cunho técnicos e que debatam somente o como fazer das residências, quando não propondo abertamente a ruptura com a estrutura social que determina o trabalho, são paliativos e possuem pouca aplicabilidade na resolução dos problemas enfrentados dentro das residências.

O teor e o debate constantes deste trabalho ainda não encontram correspondência dentro da academia e da militância envolvida com a temática das residências. Por isso, seu caráter inédito traz consigo a responsabilidade e ousadia de abrir caminhos nessa seara. Isso não significa que não esteja isento de polêmicas e se não pretende fugir delas. Assim, como colocado na dedicatória dessa dissertação, esse trabalho é direcionado aos residentes, na intenção de que sirva como estopim de uma radicalização dos debates e ações, potencializando a práxis revolucionária e coletiva do Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS).

## Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de; SILVA, Marcelo José de Souza. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, out - dez, 2014.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** ensaio sobre a centralidade no mundo do trabalho. 11ª edição. São Paulo: Cortez, 2006.

ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão:** o novo proletariado de serviços na era digital. 2. Ed. – São Paulo : Boitempo, 2020.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social:** fundamentos e história. São Paulo : Cortez, 2006. (Biblioteca básica de serviço social ; v. 2).

BORDE, Elis; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, Mario; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Uma análise crítica da abordagem dos determinantes sociais da saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 841 - 854, jul - set, 2015.

BRAGA. Ruy. **A Política do precariado:** do populismo à hegemonia lulista. São Paulo : Boitempo : USP, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, 2012. (Mundo do Trabalho).

BRAGA. Ruy. **A Rebelião do precariado:** trabalho e neoliberalismo no sul global. São Paulo : Boitempo, 2017. (Mundo do trabalho).

BRASIL. Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS). Resolução n.º 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012.

BRASIL. Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS). Resolução n.º 5, de 07 de novembro de 2014. Dispõe sobre duração e carga horária dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais de saúde residentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014.

BRASIL. Lei n.º 6.932 de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1981.

BRASIL. Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990a.

BRASIL. Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990b.

BRASIL. Lei n.º 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a

Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. **A democratização e expansão da educação superior no país 2003-2014**. Brasília, MEC, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde. **Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2021a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital n.º 4, de 4 de abril de 2023. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2023.

BRASIL. Portaria Interministerial n.º 07, de 16 de setembro de 2021. MEC/MS. Dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS de que trata o art. 14 da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2021b.

BRASIL. Portaria Interministerial n.º 45, de 12 de janeiro de 2007. MEC/MS. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2007a.

BRASIL. Portaria Interministerial n.º 506, de 24 de abril de 2008. Altera o art. 1º da Portaria Interministerial n.º 45/MEC/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2008a.

BRASIL. Portaria Interministerial n.º 593, de 15 de maio de 2008. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. **Diário Oficial da União**, Brasília 2008b.

BRASIL. Portaria Interministerial n.º 698, de 19 de julho de 2007. MEC/MS. Nomeação de membros titulares e suplentes da CNRMS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2007b.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Comissão Nacional da Reforma da Saúde - Documento I. Brasília: MS, 1987.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria de; GAMA, Andréa de Sousa; MONNERAT, Giselle Lavinias (org.). **Saúde e Serviço Social**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A política de Saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: SILVA,

Letícia Batista; RAMOS, Adriana. **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas**. São Paulo: Papel Social, 2013.

CARNUT, Leonardo; MENDES, Áquilas; MARQUES, Cristina da Costa. Outra narrativa da Reforma Sanitária Brasileira: o debate crítico de uma escolha política. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 8, p. 133 - 145, dez, 2019.

CECCIM, Ricardo Burg. Residências em Saúde: o caminho da regulação. *in*: PULGA, Vanderléia Laodete; SILVA, Shana Gilnar da; SCHNEIDER, Fabiana; CECCIM, Ricardo Burg. (org.). **Residência multiprofissional em saúde: costurando redes de cuidado e formação no norte gaúcho**. Porto Alegre, RS : Editora Rede Unida, 2022.

DANTAS, André Vianna. **Do socialismo à democracia** : tática e estratégia na reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro : editora Fiocruz, 2017.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro; PEREIRA, Luiz (ed.). **Saúde e Sociedade**. 2ª edição. São Paulo : Duas Cidades, 1979.

ENCONTRO NACIONAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE, 10. **Carta de Brasília**. Brasília, 2020.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

FLEURY, Sonia. Introdução. *In*: FLEURY, Sonia (org). **Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos**. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2018a.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária: múltiplas leituras, diálogos e controvérsias. *In*: FLEURY, Sonia (org). **Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos**. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2018b

FLEURY, Sonia. Revisar a teoria e a utopia da reforma sanitária. *In*: FLEURY, Sonia (org). **Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos**. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2018c.

HARVEY, David. **A condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. [tradução de Adail Ubirajara Sobral, Maria Stela Gonçalves]. ed. 17– São Paulo: Edições Loyola. 2008.

HARVEY, David. **O neoliberalismo**: história e implicações. Tradução Adail Sobral e Maria Stela Gonçalves. 2ª ed. São Paulo : Edições Loyola. 2011.

JAEGER, Maria Luiza; CECCIM, Ricardo Burg; OLIVEIRA, Priscilla Viégas Barreto de. (org.). **Educação e trabalho na saúde sob participação social organizada e disseminada**: a acumulação das conferências livres nacionais 2022-2023. Porto Alegre, RS : Editora Rede Unida, 2023.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. Tradução Célia Neves e Aldérico Toríbio. 2ª ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1976.

MANDEL, Ernest. **A crise do capital**: os fatos e sua interpretação marxista. [tradução de Juarez Guimarães, João Machado Borges]. – São Paulo: Ensaio; Campinas, SP : Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1990.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital; [tradução de Rubens Enderle]. - São Paulo : Boitempo, 2013.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto comuista**. Organização e introdução Osvaldo Coggiola; [tradução do Manifesto Álvaro Pina e Ivana Jinkings]. - 1ª ed. revista - São Paulo : Boitempo, 2010.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução crítica. Biblioteca básica de serviço social; v. 1 – São Paulo : Cortez, 2006. (Biblioteca básica de serviço social ; v. 1).

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de marx**. 1ª ed. – São Paulo : Expressão Popular. 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: expressão ou reprodução da revolução passiva?. In: FLEURY, Sonia (org). **Teoria da Reforma Sanitária**: diálogos críticos. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2018.

SILVA, Letícia Batista da; CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. **Serviço social e residência em saúde** : trabalho e formação. Campinas : Papel social, 2020.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. A previdência social no Brasil sob a mira e ingerências do capital financeiro nos últimos 30 anos e a tendência atual de capitalização. *in*: SILVA, Maria Lucia Lopes da. (org.). **A contrarreforma da previdência social no Brasil**: uma análise marxista. Campinas : Papel Social, 2021.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil**. São Paulo : Cortez. 2009.

SOUSA, Adryanice A. Silva de; OLIVEIRA, Ana Cristina; SOUZA, Giselle. Pandemia e conservadorismo no Brasil: Fundamentos e conjuntura recente. *in*: SILVA, Letícia Batista; DANTAS, André Vianna. **Crise e pandemia**: quando a exceção é regra geral. Rio de Janeiro : EPSJV, 2020.