

A PRECARIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE: UMA FACETA DA TENTATIVA DE DESMONTE DO SUS

THE PRECARIOUSNESS OF HEALTHCARE INTERSHIP PROGRAMS: A FACET OF THE ATTEMPT TO DISMANTLE THE SUS

Juliana Martins 1

Cristine Kuss 2

Dolores Sanches Wünsch 3

Assistente Social formada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em urgência e emergência com ênfase em Serviço Social pelo Centro metodista IPA. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Colaboradora do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde e Trabalho - NEST/UFRGS. Analista Técnica do Centro de Inovação em Fatores Psicossociais no SESI-RS. E-mail: jm.juliana84@gmail.com

Assistente Social formada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Mestra em Serviço Social e Política Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Luterana do Brasil. Especialista em Gestão de Emergências em Saúde Pública pelo Hospital Sírio-Libanês/Ministério da Saúde. Assistente Social da Prefeitura Municipal de Porto Alegre - Secretaria Municipal de Saúde. Preceptora do Núcleo de Serviço Social do Programa de Residência Integrada Multiprofissional com Ênfase em Urgência e Emergência vinculado ao Centro Metodista Universitário IPA de Porto Alegre. E-mail: tinepoa@gmail.com

Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Graduada em Serviço Social pela Universidade de Caxias do Sul (UCS). Mestre em Serviço Social e Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). É pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho - NEST/UFRGS. Membro do corpo clínico docente do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e tutora do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde-(RIMS/HCPA). E-mail: doloresw@terra.com.br

Resumo: Este artigo discorre sobre os processos que implicam no processo saúde-doença dos profissionais residentes em saúde inseridos em um hospital de trauma, diante do avanço da proposta neoliberal e tentativa de desmonte da política de saúde. Evidencia-se que a precarização das políticas sociais perpassam o cotidiano desses trabalhadores. Os resultados revelam que: a) a inserção desses profissionais na instituição e a formação em serviço proposta pelos programas de residência em saúde acontecem de formas precarizadas considerando as novas configurações do trabalho; b) há fragilidades na legislação desses programas que flexibilizam os projetos políticos pedagógicos e o gerenciamento dos mesmos; c) as estratégias de enfrentamento desenvolvidas traduzem-se em formas de resiliência, individualizadas. Conclui-se que esses profissionais são trabalhadores expostos às situações do contexto do trabalho atual, que geram adoecimentos, incidem nas relações interpessoais, vulnerabilizando os sujeitos e a coletividade, impedindo-os de criar formas de resistências efetivas de superação da ordem vigente. **Palavras-chave:** Política de saúde. Saúde do Trabalhador. Formação em Serviço.

Abstract: This article discusses the processes that imply the health-disease process of health internship professionals in a trauma hospital, given the advancement of the neoliberal proposal and attempt to dismantle the health policy. It is evident that the precariousness of social policies permeate the daily lives of these workers. The results show that: a) the insertion of these professionals in the institution and the in-service training proposed by the healthcare internship programs happen in precarious ways considering the new work configurations; b) there are weaknesses in the legislation of these programs that make the political pedagogical projects and their management more flexible; c) the coping strategies developed translate into individualized forms of resilience. It is concluded that these professionals are workers exposed to the situations of the current work context, which generate illnesses, affect interpersonal relationships, making the subjects and the community vulnerable, preventing them from creating forms of effective resistance to overcome the current order.

Keywords: Health Policy. Worker's Health. Service Training.

Introdução

O presente artigo é produto de uma pesquisa que tratou de identificar principalmente como o processo saúde-doença incide nos profissionais residentes em saúde inseridos em um hospital referência em trauma no Rio Grande do Sul, quais são os fatores que rebatem na saúde desses profissionais e quais as estratégias de enfrentamento e resistência são desenvolvidas.

Na atual conjuntura em que vivemos presenciamos momentos de grandes retrocessos políticos, econômicos, culturais e sociais que se refletem no agravamento das desigualdades sociais, no esfacelamento das políticas sociais e no perecimento da sociedade. Por fim, culminam na incidência dos processos de precarização dos serviços e precariedade do trabalho. A política de saúde, a qual é fruto de reivindicações do movimento de Reforma Sanitária¹ também está sofrendo cotidianamente com o arrefecimento imposto pela ofensiva neoliberal² através da precarização dos serviços de saúde pública e das tentativas de privatização do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de parcerias público-privadas como por exemplo a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) e o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (Imesf).

No Hospital lócus da pesquisa, essa precarização fica evidente através do aumento do número de pessoas vítimas de violência, da expansão de atendimentos às pessoas que estão em situação de rua, da diminuição do número de funcionários concursados no hospital, da falta de insumos e do fechamento de enfermarias e da diminuição de vagas em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI). Hoje o mesmo possui efetivo de aproximadamente 1472 servidores realizando cerca de 900 atendimentos diários. Possui capacidade de atendimento de 139 leitos, porém hoje como consequência da falta de investimento da gestão que precariza o serviço público, está com a enfermaria de traumatologia fechada (20 leitos) e 4 leitos de UTI bloqueados. (PMPA, 2018)

Nessa conjuntura inserem-se as residências em área profissional da saúde, vinculadas aos ministérios da saúde e educação, norteadas sob princípios e diretrizes do SUS. Com uma proposta vinculada à formação em serviço e voltada para a qualificação da inserção dos sujeitos no mercado de trabalho particularmente em áreas voltadas ao SUS, estas possuem uma perspectiva de fortalecimento do mesmo e da constante avaliação e educação permanente dos atores envolvidos neste sistema. Nesse sentido, mesclam horas teóricas e práticas visando o aperfeiçoamento do trabalho realizado por esses profissionais (BRASIL, 2005a). Considerando a proposta dos programas de residência e o contexto no qual elas estão inseridas, não raro encontramos profissionais residentes em saúde³ que apresentam algum nível de acometimento da saúde mental fazendo uso de medicação e substâncias psicoativas referindo elevado nível de estresse no cotidiano e apresentando níveis de absenteísmo nos processos de trabalho e ensino.

Essas questões podem ser compreendidas como uma consequência das mazelas impostas pelo contexto histórico, social, político, econômico que atingem os sujeitos na sua totalidade e gera sofrimento que vai além do adoecimento e/ou sofrimento individual e se expressa enquanto sofrimento social entendido por Mendes e Werlang (2013), como resultante da degradação do ser humano ante as transformações do mundo do trabalho e da sociedade. Dado o exposto, evidencia-se que a associação desses fatores pode incidir no processo saúde-doença desses profissionais, portanto a importância do estudo em compreender como se desenvolve o processo de saúde-doença dos profissionais residentes em saúde inseridos em um programa de residência dentro de um hospital de referência em trauma.

1 A Reforma Sanitária foi um movimento no qual estiveram envolvidos diversos atores de diferentes segmentos (profissionais da saúde, Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, partidos políticos e movimentos sociais) que tinham como objetivo a construção de um novo projeto para a saúde no país estava pautada na universalização do acesso, concepção da saúde como direito social e dever do Estado.

2 Conceituamos a ofensiva neoliberal como uma nova faceta do liberalismo clássico que se estrutura no país, entre as décadas de 1970/1980, a partir dos movimentos de globalização e reestruturação produtiva. É uma política econômica que objetiva o crescimento econômico, defendendo os interesses do mercado em detrimento da participação do Estado.

3 Utilizaremos o termo "Profissionais residentes em saúde" para denominar tanto os profissionais inseridos nos programas de residência multiprofissional, quanto aqueles que fazem parte dos programas de residência uniprofissional e médica, por compreender que todos estão incluídos em contexto de trabalho que tange à saúde

A política de saúde como cenário para o desenvolvimento dos Programas de Residência em Saúde

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma conquista histórica marcada pela luta de diversos setores da sociedade pela garantia da saúde como direito universal. Nesse sentido, o SUS é organizado a partir de alguns princípios e diretrizes que subsidiam o seu funcionamento os quais devem ser compreendidos com base na luta histórica que foi culminada no Movimento da Reforma Sanitária de superação da concepção de saúde como um serviço prestado mediante algum tipo de contribuição. Também deve ser entendida alicerçada no contexto político, econômico e social que transversaliza a sua história.

Nesse momento, a saúde passou a ser compreendida como a expressão da organização social e econômica do país, que tem como determinantes e condicionantes do processo saúde/doença a moradia, a alimentação, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, o lazer, a atividade física, o transporte e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Assim, compreender a relação entre os determinantes sociais e a saúde, segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), requer entender a maneira como a sociedade está organizada nos seus âmbitos político, econômico e social, de que forma o modo de produção influencia nessa organização e como isso reflete nos fatores que incidem na situação dos indivíduos e das comunidades em geral, sendo essa uma relação que não é simples de identificar e explicar, não sendo somente uma relação de causa de efeito.

Nesse sentido compreende-se que o processo saúde-doença é uma expressão da questão social, cujas configurações “[...] integram tanto determinantes históricos objetivos que condicionam a vida dos indivíduos sociais, quanto dimensões subjetivas, fruto da ação dos sujeitos na construção da história” (IAMAMOTO, 2012. p. 156).

Dessa forma, faz-se necessário a compreensão na sociedade capitalista a produção deixa de ser apenas para atender as necessidades humanas e passa a atender as necessidades do capital a partir da produção da mais-valia⁴, resultando no processo de acumulação do capital. Nesse contexto, a classe trabalhadora deve se colocar como resistência e enfrentamento das desigualdades que surgem a partir dessa relação entre capital *versus* trabalho.

A década de 1980, foi marcada por movimentos e lutas que reivindicavam a democracia e direitos à população. As lutas democráticas, que marcaram esse momento, refletiram em todos os âmbitos políticos e sociais no país a “preocupação central foi assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado Democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais [...]” (BRAVO 2013, p. 177). No âmbito da saúde, as reivindicações ocorreram através do Movimento de Reforma Sanitária que culminou na construção do Sistema Único de Saúde que se constituiu como avanço para a sociedade brasileira, pois amplia o conceito de saúde e universaliza o acesso atingindo todas as camadas da população.

A implementação do SUS ainda requer dos trabalhadores novas configurações na organização do trabalho em saúde, convergindo-as para a descentralização, universalização e participação popular conforme prerrogativa do movimento sanitário (CFESS, 2010). Para tanto, atua também na ordenação da formação de recursos humanos, visando à qualificação do e para o SUS. Assim, percebe-se que é imperativo para os mesmos o entendimento do seu trabalho, como profissionais da saúde, constituintes de uma equipe multiprofissional, visando identificar as necessidades de saúde que interferem no processo saúde-doença e afetam os determinantes sociais. O profissional deve ter como finalidade articular ações nos diferentes níveis de atenção à saúde e vinculá-las aos serviços disponibilizados que constituem a rede de atenção intersetorialmente visando à efetivação dos princípios do SUS.

Uma estratégia de fortalecimento do SUS foram a criação dos programas de residência em saúde, voltados para a formação multiprofissional realizada no SUS e para o SUS. Uma proposta de formação em serviço que visa à formação de recursos humanos voltados diretamente para o trabalho no Sistema Único de Saúde. Porém com o avanço neoliberal ultraconservador, onde há evidentemente uma tentativa de privatização do SUS, o que percebemos é que os serviços de saúde

⁴ Mais-valia é compreendida como o trabalho realizado pelo homem que não é remunerado pelos donos do meio de produção. Ou seja, é o tempo de trabalho produzido que excede o tempo de trabalho pago ao trabalhador pelo seu salário. É a partir da produção da mais-valia que o capitalista obtém o lucro da sua mercadoria.

estão sucateados e não acolhem a população de trabalhadores qualificados através dessa formação e tampouco há o saneamento das demandas da população usuária desses serviços,

Assim, após 28 anos da construção da política de saúde, expressa através do SUS, ainda enfrentamos alguns desafios com relação a sua efetivação advinda da ofensiva neoliberal que se instalou no país a partir da década de 1990 que conforme aponta Bravo (2009) tem sido responsável pelo desmonte da proposta construída na década de 80, através do desinvestimento na saúde e na ênfase da saúde vinculada ao mercado e às parcerias com a sociedade civil, corroborando com o modelo gerencial vigente de desresponsabilização do Estado. Alguns autores como Bravo (2009), Mendes (2013), Paim et al. (2011), Santos (2013) e Siqueira (2013) assinalam também a questão do subfinanciamento federal tendo como consequência a restrição da infraestrutura pelo desinvestimento em equipamentos diagnósticos e terapêuticos e em tecnologia nos serviços públicos nos três níveis de atenção. Bem como salientam também a baixa remuneração dos profissionais, a limitação do quadro de trabalhadores e a precarização das relações e da gestão do trabalho, corroborando as práticas de terceirização dos trabalhadores e incidindo diretamente na saúde dos mesmos.

A precarização do trabalho e as refrações na saúde do profissional residente em saúde

Para além do desenvolvimento do ser social, o trabalho significa também um processo histórico construído coletivamente. É um processo de sociabilidade entre os seres sociais através da constituição das relações sociais entre eles, o que permite o desenvolvimento das sociedades e de todo o seu complexo estrutural. Wunsch e Mendes (2014) afirmam que a categoria trabalho não se limita apenas à atividade laboral, o atravessa em sua totalidade. Ou seja, ela incide nos modos de vida das pessoas e na forma como a sociedade está organizada. Portanto, “[...] é rico de sentido individual e social, é um meio de produção da vida de cada um ao prover subsistência, criar sentidos existenciais ou contribuir na estruturação da identidade e da subjetividade.” (TOLFO e PICCININI, 2007, p. 40).

Assim, todo trabalho reflete um modo de produção e uma forma de reproduzir materialmente a riqueza social. Além disso, todo processo de produção é também um processo de reprodução social, pois o processo produtivo pressupõe a força de trabalho e os meios de produção que irão reproduzir a riqueza social a fim de sanar as necessidades sociais. Porém, outras necessidades irão surgir, o que irá incidir em um novo processo produtivo, criando assim um ciclo de produção e (re) produção da riqueza. Essa forma de sociabilidade perversa incide diretamente na vida dos sujeitos de forma objetiva e subjetiva, atende às demandas do capital, pressupõe o aumento do número de desempregados que compõem o exército de reserva e conseqüentemente precariza as condições e inserção no mercado de trabalho.

Cabe ressaltar que as transformações nas configurações do trabalho, impostas pela reestruturação produtiva, associadas ao contexto neoliberal amplia as exigências do trabalhador, o qual necessita ser cada vez mais polivalente e multifuncional, fatores que podem impactar na saúde dos mesmos tendo em vista essa hipersolicitação dos serviços. Assim, além de ter o acúmulo de trabalho, tem-se a necessidade de responder ao maior número de demandas em menor tempo, sujeitando a realização de um trabalho mecanizado, alienado e fragmentado.

É nesse contexto que se inserem os profissionais residentes em saúde que compõem as equipes de assistência, muitas vezes são solicitados a assumir lugares e responsabilidades que deveriam ser designados a funcionários concursados. Ainda cabe salientar, que não é claro o papel do profissional residente entre os profissionais do hospital, pois ora é tratado como estudante, ora como trabalhador da instituição. Todos esses fatores influenciam na educação em serviço proposta pelos programas de residência, bem como atingem os profissionais residentes de múltiplas formas, incidindo na saúde física e mental desses trabalhadores revelando que o modo como o trabalho está organizado atualmente repercute diretamente na saúde dos trabalhadores, atinge sua subjetividade e seu modo de ser. (MENDES e WÜNSCH, 2011).

Nesse sentido, verifica-se a indissociabilidade entre saúde e trabalho, sendo o processo saúde-doença resultado das condições objetivas de vida e trabalho dos indivíduos, onde esses tenham suas necessidades sociais satisfeitas e acesso aos bens e serviços disponíveis.

Metodologia adotada no percurso da investigação

O estudo orientou-se pelo método materialismo-dialético-histórico. A investigação caracterizou-se como pesquisa exploratória descritiva, tendo como categorias centrais explicativas da realidade para o estudo: processo saúde-doença, trabalho, formação em serviço e saúde (Minayo, 2010).

O *locus* da pesquisa foi um hospital de urgência e emergência referência em trauma que oferta os três tipos de residência: a) residência médica com ênfase em cirurgia geral, cirurgia do trauma e medicina de emergência; b) residência uniprofissional na área de psicologia; c) residência multiprofissional que contempla a enfermagem, fisioterapia, nutrição e serviço social. Sendo que cada programa de residência possui seu próprio regimento, manual e projeto político pedagógico.

A amostra dos sujeitos foi composta por Profissionais Residente em Saúde inseridos há pelo menos 6 meses nos três Programas de Residência vinculados a essa instituição. Foi utilizado como instrumento de pesquisa um questionário online composto de questões abertas que foi enviado para 67 profissionais residentes em saúde. A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), a partir de um roteiro iniciado com a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados.

A partir dos resultados, foi possível apontar e discutir acerca de algumas categorias que contribuem para explicar a realidade dos profissionais residentes em saúde inseridos em Programas de Residência.

Apresentação e discussão dos resultados

Considerando o universo de 67 sujeitos que compuseram a amostra para os quais foram disponibilizados o questionário *on-line*, obtivemos 29 respostas, ou seja, uma adesão de 43%. A partir das mesmas foi possível traçar o perfil dos profissionais residentes em saúde, destes 83% são mulheres e 17% homens. Com relação à idade, estão distribuídos da seguinte forma: 24% têm entre 21 e 25 anos; 59% possui entre 26 e 30 anos e 17% se enquadram na faixa etária dos 31 a 35 anos. Sobre a formação 24% são Assistentes Sociais; 14% enfermeiros; 10% fisioterapeutas; 24% médicos; 10% nutricionistas e 17% psicólogas. Desses, 79% possuem somente a graduação; 14% são mestres e 7% especialistas. Sobre o período de curso na residência, 34% estão no primeiro ano; 59% cursam o segundo ano e 7% estão no terceiro ano.

Desses sujeitos, 97% assinalaram que o fato de estarem realizando uma formação em serviço pode estar impactando na sua saúde. 86% verbalizam perceber impactos negativos e 14% identificam impactos positivos e negativos. Sobre o suporte oferecido pela instituição aos profissionais residentes em saúde 83% acreditam que não há suporte para os residentes, 10% afirmam que o hospital oferece o suporte, porém esse vinculado ao perfil da instituição (hospitalar) e não diretamente aos agravos à saúde do trabalhador e 7% não sabem referir se há ou não suporte ofertado pela instituição para os profissionais residentes em saúde.

Nesse sentido os resultados obtidos a partir da pesquisa realizada corroboram com os estudos científicos sobre o tema. Ademais do produto obtido, emergiram algumas questões em que o debate se faz urgente e que visibiliza o processo saúde-doença dos profissionais residentes em saúde a partir da inserção em programas de residências de um hospital referência em trauma. A partir dos mesmos, foi possível eleger três categorias centrais que nos ajudam a desvelar a realidade. As quais serão discutidas a seguir:

Sofrimento Social: uma face da precarização da vida social

A maneira como o trabalho está organizado na sociedade capitalista impacta profundamente nos sujeitos gerando sofrimento que vai para além do indivíduo, do sofrimento psíquico e físico, mas abrange também o social. Assim, “[...] designa uma imbricação complexa do psíquico e do social, do biográfico e do contextual, do estrutural e do circunstancial.” (MENDES e WERLANG, 2013, p. 148). São questões que advêm da própria dinâmica e organização social, da precarização das instituições que são cooptados pelo modo de produção vigente. Os processos de articulação entre a precarização individual e precarização social se manifesta através do adoecimento, do esgotamento psíquico, do desgaste das relações interpessoais, porém tornam-se invisíveis diante

da fetichização e alienação do capital.

Nesse sentido, a formação em serviço proposta pelos Programas de residência também refletem essa perversidade tendo em vista que os profissionais residentes inseridos no programa não possuem vínculo trabalhista com a instituição, ou seja não são protegidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) tampouco pelo Estatuto do Servidor Municipal. É importante considerar que os Residentes em Saúde contribuem como autônomos para o Regime Geral de Previdência, o que lhes garantiriam proteção para diversas situações nos casos de adoecimento. No entanto, os Programas constituem diferentes formas de entendimento da legislação da Residência em Saúde, balizados nos seus Regimentos conforme interesses e necessidades dos Serviços.

O que reflete a inserção precarizada desses profissionais nesses locais, sendo que não raro ocupam vaga dentro do processo de trabalho que deveria ser destinada a um servidor público. Isso pode ser explicitado através da fala a seguir:

“situações que permeiam o dia a dia de um residente podem ser adoecedoras. Como por exemplo, perceber que por vezes o trabalho do residente é utilizado como forma de ‘cobrir’ a escassez de funcionários e pressionado a dar conta de uma demanda que muitas vezes poderia ser dividida entre os funcionários do setor.” (E17).

O Profissional residente em saúde se traduz em mão de obra barata para a instituição, pois não possui vínculo trabalhista e o “salário” desses profissionais não são pagos com a verba que é destinada pela instituição, mas sim por um órgão público federal, no caso o Ministério da Saúde.

Há também o fator carga horária que é presente em muitas falas dos profissionais residentes como algo excessivo, pois a legislação prevê carga horária de 60 horas semanais distribuídas da seguinte forma: 48h destinados à prática e 12 horas destinados à teoria. Porém diversas vezes, a carga horária teórica é substituída pela prática. Como evidenciado pela fala: “[...] mas basicamente nossa carga horária é ocupada por trabalho o que impacta no nosso cansaço.” (E10).

Esse contexto retratado deixa claro que o profissional residente trabalha para além das horas previstas na legislação que rege as residências. Essas 48h já ultrapassam a jornada de trabalho determinada pela constituição federal de 1988, limitada às 44h semanais, que só poderá ser excedida a partir de acordos individuais e coletivos (MENDES, 2013). A carga horária excessiva também é citada em muitos momentos como fator importante que reflete na saúde. O Entrevistado 8 verbaliza: “[...] através do esgotamento físico e mental, devido ao excesso da carga horária de trabalho...”. Enquanto o Entrevistado 23 pontua a questão de que a carga horária está prevista na legislação, porém é excessiva: “A carga horária, mesmo que já estabelecida em lei e conhecida previamente pelos residentes, é exaustiva e leva a um cansaço em demasia.” E o Entrevistado 25 verbaliza o quanto esse fator impacta no processo de conclusão do programa: “Devido à carga horária alta de trabalho, torna-se exaustivo o processo de conclusão do programa.” (E29)

Nesse sentido Mendes (2016) traz a reflexão sobre qual aparato legal justificaria o cumprimento de carga horária prática de 48h quando os colegas servidores trabalham entre 30h e 40h na instituição? Esse fator além de impactar na saúde dos mesmos, também afeta a coesão entre os trabalhadores na luta por melhores condições de trabalho, e para além, na luta pela garantia da saúde pública. Nesse sentido, Cattani ressalta que “a precarização do emprego, as exclusões, as diferenciações entre os trabalhadores e o individualismo crescente sabotam a vida associativa.” (2000, p. 125).

Para além do exposto a presença do profissional residente desacomoda, e por vezes incomoda, aquilo que está instituído, pois é um profissional relativamente jovem, com conhecimento teórico atualizado, que encontra dificuldades em inserir-se em um espaço conservador, isso é evidenciado principalmente na relação com os servidores pelo Entrevistado 8: “[...] através do esgotamento físico e mental devido... a intensidade dos casos atendidos e as dificuldades nas relações profissionais com os trabalhadores da casa.” O entrevistado 21 ratifica a fala do colega: “[...] dificuldade em lidar com as personalidades dos profissionais da instituição.”

A fragmentação dos indivíduos e as dificuldades de relações interpessoais nos espaços sócio-ocupacionais também são atravessamentos dessas novas configurações que o trabalho assume. Onde estimula a individualização e a competição entre os sujeitos. Portanto, ainda na lógica da

desassociação, os trabalhadores terminam por “duelarem entre si”, pela ameaça que o “novo” pode acusar, mas também pela possibilidade de mudanças de rotinas que envolvem as múltiplas maneiras de executar as tarefas.

Porém são profissionais que agregam à instituição justamente pelo desejo de trazer o “novo”, pelo compromisso ético para com o projeto de saúde pública. Nesse sentido, também não é incomum que o conhecimento desses profissionais seja colocado em xeque

“[...] o casos que observei e atendi impactam muito, pois “tem aqueles que realmente ‘mexem’, em que minha competência técnica é colocada a prova, pois não vai ser ela que vai solucionar um problema específico ou salvar a vida de alguém, por exemplo.” (E2)”

“Me pressiono a fazer o melhor que eu posso para os pacientes, pois a premissa da residência já traz um pressuposto de atendimento diferenciado, inovador, mais humanizado, atualizado. Mas às vezes acabo esquecendo do meu próprio bem estar” (E5)

Ambas as falas denotam a preocupação dos profissionais residentes no que tange a dedicação para com o cuidado dos usuários, e o quanto isso pode gerar sofrimento nos mesmos tendo em vista a complexidade dos atendimentos realizados e a rotina desgastante dessa instituição hospitalar, considerando o perfil da mesma. O Entrevistado 19 discorre acerca desse ambiente: “O ambiente hospitalar já é duro por si só e o trabalho profissional nos depara muitas vezes com situações que nos acionam emocionalmente”. Enquanto o Entrevistado 5 sinaliza o acionamento emocional e o cansaço físico e mental:

“Trabalhar em contato direto com os pacientes durante o período que fico no hospital e ao mesmo tempo criar vínculos com os mesmos me traz algumas demandas emocionais, além das demandas físicas da minha profissão. Sinto que termino os plantões com cansaço físico e mental”. (E5)

A realidade de uma instituição hospitalar é cruel, pois neste local a vida se apresenta das mais diversas formas, nas diferentes classes sociais, nos diversos contextos territoriais, nas mais variadas relações sociais. “A realidade social é tensa e densa, complexa e geradora de situações de pobreza, miséria, frustração [...] conformando espaços de exclusão e afetando a vida das pessoas em todas as suas faces” (MENDES e WERLANG, 2013, p.141). A percepção do sofrimento do outro em uma situação de adoecimento, incide subjetivamente nos profissionais de saúde, entre eles os residentes. Conforme explicitado na fala do Entrevistado 10: “Por vezes tinha dificuldades em dormir e sentia angústia ao pensar nos meus atendimentos [...]”.

Assim, considerando todas essas dimensões é inegável que os profissionais residentes em saúde experimentem um processo de adoecimento ao ingressarem em um Programa de Residência, os impactos desse movimento se expressam da seguinte forma: “Abri mão de encontrar amigos e família, pois no meu tempo livre muitas vezes só quis ficar quietinha e ir dormir” (E2), O entrevistado 10 assinala os impactos na saúde mental: “[...] durante o primeiro ano impactou de forma intensa na minha saúde mental.” (E10). O Entrevistado 14 assinala os impactos no sono “Muitas noites de sono mal dormidas e o estresse do dia a dia.” E o Entrevistado 24 aponta para a atribuição de responsabilidade como fator que incide no adoecimento: “Cansaço físico e mental, alta carga de trabalho e responsabilidades contribuindo para o aumento do estresse.” Nesse sentido, o entrevistado termina sinalizando o esgotamento dos profissionais residentes: “É notório e comum os residentes do segundo ano apresentarem sinais de esgotamento.”

O cansaço, o estresse, a insônia são sinais de esgotamento físico e mental que incide na saúde dos profissionais residentes. São reflexos da precarização do e no trabalho. Precarização essa que reflete na saúde, no adoecimento físico e mental que se tornou cada vez mais cognitivo do que braçal, e nesse sentido, intensificou o desgaste e exaustão dos profissionais, em especial os que trabalham no setor saúde. Soma-se ainda o fato de que as relações interpessoais também

foram se estabelecendo a partir da lógica da flexibilização e da individualização, onde os laços de pertencimento, de apoio mútuo e associação deixam de ser importantes, considerando a lógica do modo de produção vigente. (SILVA, 2011a).

Contudo há ainda alguns residentes em saúde que percebem a qualificação do seu trabalho a partir da sua inserção nos programas de residência, como o Entrevistado 27: “A residência impacta de forma positiva a partir do momento em que trabalhamos em um hospital e podemos ver a saúde de diversas formas e na sua total complexidade.” O Entrevistado 23 complementa:

“[...] o aumento do conhecimento, aperfeiçoamento de técnicas assistenciais, as vivências que oportunizam troca de saberes entre profissionais de diferentes áreas e também com os usuários...De modo geral impacta positivamente com o enriquecimento profissional em âmbito profissional, técnicas e também nas relações interpessoais.” (E23)

Esses discursos corroboram com a proposta dos programas de residência, por configurarem-se como programas de integração ensino-serviço-comunidade (CFESS, 2017) na perspectiva de formação para e no SUS. Neste sentido o profissional residente em saúde tem oportunidade de trabalhar multi e interdisciplinarmente qualificando o atendimento ao usuário e objetivando o cuidado integral a partir da legislação em voga, bem como aperfeiçoa seu currículo e sua experiência profissional.

Contudo, evidencia-se que o modo como o trabalho se configura dentro dos programas de residência, ante a fragilidade das condições teórico-práticas dos mesmos, somado à inserção precarizada nos espaços sócio-ocupacionais de prática e a difícil realidade dessa instituição, são fatores que contribuem no processo saúde-doença dos profissionais residentes em saúde.

Formação e Gerenciamento dos Programas de Residência em Saúde: reflexo da configuração do trabalho contemporâneo

Os programas de residência uni e multiprofissionais surgiram com a proposta de educação em serviço no e para o SUS, na modalidade de especialização lato sensu para diferentes áreas da saúde, excetuada a médica que tem como proposta a especialização desses profissionais em áreas afins, conforme Lei 11129 de 2005 e Decreto 80281 de 1977.

Nesse sentido cabe ressaltar que os programas de residência médica da instituição em questão, deveriam também compor a lógica de formação das residências uni e multiprofissionais considerando o perfil do hospital e a concepção de saúde proposta pelo projeto sanitário a qual o mesmo está vinculado no momento, apesar do descaso da gestão municipal, da precarização na tentativa de justificar a ineficiência da instituição e propor a privatização.

Como sinalizado anteriormente os profissionais residentes em saúde além de não estarem protegidos nem pela CLT tampouco pelo Estatuto do Servidor, estão a mercê da legislação que constitui as residências e que prevê a liberdade de cada programa em criar seu próprio regimento.

Considerando a instituição em questão, cada programa de residência possui seu próprio regimento, seu projeto político pedagógico e sua grade curricular. A forma como se estruturam os mesmos também foram fatores sinalizados pelos profissionais residentes em saúde como aspecto que contribui para processo de adoecimento, conforme explicita o Entrevistado 6: “[afeta] Principalmente a saúde mental do residente. Além de que a estrutura do programa de forma geral, não se apresenta flexível para tratamentos de saúde.” O Entrevistado 10 salienta as questões pertinentes à organização dos programas de residência

“A residência na minha área, mais particular no hospital que trabalho não contém aulas com horários definidos, por vezes são organizados seminários, palestras, supervisões, mas basicamente nossa carga horária é ocupada por trabalho o que também impacta por vezes no cansaço” (E10).

Ambos os discursos denotam o quanto a inflexibilidade e a desorganização dos programas incidem na vida desses profissionais. Esses fatores podem ser refrações do próprio contexto social,

político e econômico que vivemos nos dias atuais. Reflexo de uma gestão liberal que desinveste no setor público, sucateia os serviços essenciais como saúde, precariza o trabalho dos servidores em prol do investimento na terceirização e privatização serviços. O entrevistado E27 salienta essa questão: “[...] a falta de organização do sistema e do próprio hospital acabam trazendo malefícios à saúde dos residentes” (E27)

Essa perversidade do sistema incide diretamente nas relações de trabalho, das mais diversas formas, principalmente naquelas hierarquizadas nas quais se estabelecem relações de poder:

“[...] a relação entre coordenação e residentes que desde o meu primeiro ano de residência me trouxe um desgaste muito grande. Desgaste esse ao ver questões falhas e longe de serem resolvidas, tratadas como ‘mimimi’ ou ‘sempre foi assim’. Exemplo disso é a lacuna que temos no ensino e também o assédio moral. De certa forma acabamos nos expondo e sofrendo com isso”(E2)

Nesse quesito, Silva (2011) aborda a questão do assédio moral caracterizando-o como uma forma de violência psicológica que se configura quando alguém é atacado por outrem, repetidamente, ferindo sua dignidade, por um longo período. A autora ainda discute que há na sociedade um conceito de assédio moral sendo disseminado equivocadamente como uma forma de opressão perversa realizada de maneira cruel geralmente nas relações hierarquizadas.

“Essa ideia se propagou na opinião pública através da mídia e tem servido para individualizar sempre um problema que é de ordem política - isto é, deriva da escolha, pela direção da empresa, de uma determinada forma de política repressiva [...] o consenso que se generalizou sobre a existência, em todos os casos, de um culpado individual, prejudica não só o entendimento de que, na maioria das vezes, se trata de um modo planejado de dominação, como também impede a denúncia da superexploração e a constituição de resistências coletivas para enfrentamento e superação da situação desgastante.” (SILVA, 2011b, p. 504)

Nessa perspectiva, o conceito de assédio para os profissionais residentes em saúde também obedece à lógica da individualização imposta pela forma como o trabalho está configurado hoje. “Num contexto de violência moral sutil, mas autoritária, há dificuldades para nomear aquela situação como de Assédio Moral e, quando denunciada, é prontamente negada pelos responsáveis porque demonstra, quando menos, perda de mandamento ético e falha na gestão.” (CAMPOS e PANCHERI, 2017, p.245). Ou seja, para além de ser uma estratégia de desintegração dos coletivos, ainda pode se configurar como um problema de gestão.

Mas, da forma como estão organizados os programas de residência, existe treinamento e qualificação para os gestores, preceptores e tutores? Todos os sujeitos envolvidos nesse processo sabem qual é o seu papel e sua responsabilidade para com a formação em serviço proposta pelos programas de residência?

Outros aspectos importantes a serem destacados é a questão da desqualificação e inferiorização do profissional residente enquanto trabalhador. O reconhecimento no trabalho é implicado pelas correlações de poder servindo como “[...] fortalecimento da identidade - ou como alienação, favorecendo a dominação.” (SILVA, 2011c, p. 207).

Essa falta de reconhecimento é transversalizado para além do nível da gestão, perpassando pela própria equipe multiprofissional .

“[...] precisamos desenvolver estratégias de enfrentamento para a rotina de assédios, muitas vezes institucionalizados, e com a constante exigência controversa entre o papel de residentes e funcionários do quadro da instituição.” (E19)

Isso reitera a existência de contradição no entendimento do que é estar realizando uma

formação em serviço. Ora os profissionais residentes são tratados como estudantes ora como trabalhadores da instituição. Nesse sentido, cabe a reflexão: será que as equipes de profissionais de saúde da instituição estão preparadas para receber os residentes? Será que todos sabem o que é a residência e para que(m) ela está servindo? Caso negativo há margem para cada profissional trabalhar com esses profissionais que estão na formação ensino-serviço a partir da sua própria concepção de residência. Esse fato está explícito na seguinte fala

“[...] ao passo que os residentes são vistos, em alguns setores, ora como profissionais (colegas), ora como estagiários, uma vez que, no meu núcleo todas as medidas são comunicadas ao servidor, e a supervisão da prática é constante, o que retira a autonomia profissional e demonstra a desvalorização do residente.” (E23)

Sobre a autonomia, Cattani (2000) refere que a autonomia se opõe à dependência, no sentido de submissão. O que significa depender da orientação, do favor ou da permissão do outro com relação aos seus atos. Ainda conforme o autor, a autonomia pode se expressar nos níveis individual e social. No que tange esse último, diz respeito à escolha da atividade laboral que se converta em dignidade e satisfação, bem como à ação política dos sujeitos. “Ter autonomia nessas esferas significa viver em sociedade, mas livre de imposições tirânicas, de normas arbitrárias, de trabalho servil,” (CATTANI, 2000, p. 147)

Assim, a forma como os programas de residência estão organizados e da inflexibilidade com relação aos seus regimentos, do gerencialismo contemporâneo que invade os espaços sócio-ocupacionais, da dificuldade de estabelecer relações interpessoais horizontais frente às relações de poder constituídas, da ocorrência de assédios, de desvalorização e retirada da autonomia dos profissionais residentes em saúde; são aspectos que incidem diretamente no cotidiano dos mesmos que relatam a ocorrência do adoecimento e a perversidade imposta pela responsabilização do profissional residente para com a instituição, conforme verbaliza 19: “Nessa realidade adoeci e vi colegas adoecendo, bem como, muitas vezes trabalhei adoecida em virtude de nossos atestados não serem considerados para dispensa tendo a carga horária de ser compensada.” O Entrevistado 15 aponta também para a contradição que envolve os atestados de saúde:

“Devido ao fato de que se colocarmos atestados, se não estamos nos sentindo bem para vir para a assistência, essas horas devem ser pagas, muitas vezes eu já vim doente, já vi colegas passar 12 horas, mesmo não estando em condições de saúde para ficar na assistência.” (E15)

Essa questão referente a não aceitação de faltas justificadas por atestado médico se justifica pelo artigo 31º do regimento de um dos programas de residência “A frequência mínima exigida nas atividades teóricas é de 75% e nas atividades práticas (capacitação em serviço) é de 100%, devendo haver reposição das faltas na forma de plantões previamente programados e autorizados pelo preceptor responsável.” Ou seja, o profissional residente em saúde só poderá concluir a especialização quando obtiver o cumprimento de 100% da carga horária referente às atividades práticas. Isso é reflexo de uma legislação abrangente, que dá margens para interpretações diferenciadas e construções de regras diversificadas entre os diferentes programas de residência. Nesse sentido, deixa o profissional residente em saúde desprotegido no que tange às questões que envolvem o adoecimento.

Essa é a moldura que as chamadas “reformas da educação” trazem embutidas em sua concepção: uma escola (e uma “educação”) flexibilizadas para atender às exigências e aos imperativos empresariais; uma formação volátil, superficial e adestrada para suprir as necessidades do mercado de trabalho ‘polivalente’, ‘multifuncional’ e flexível” (ANTUNES, 2017, p.104)

Uma formação que atinge os trabalhadores na sua subjetividade, que explora de todas as

maneiras gerando desgastes físicos e mentais. Nesse sentido violenta os sujeitos na medida em que negligencia a saúde dos profissionais residentes conforme precariza as relações do e no trabalho.

Resistência x Resiliência: o desmonte da coletividade

A realidade social dos profissionais residentes em saúde é marcada pela vulnerabilidade, considerando que a inserção precarizada nesses programas se traduz em suscetibilidade ao sofrimento e ao adoecimento, que podem ser descritas em âmbito individual e/ou social. As circunstâncias vivenciadas nesses processos são divididas entre esses profissionais.

“As dificuldades não são exclusivas, os residentes acabam sendo o suporte uns dos outros, pois ‘todos estamos no mesmo barco’ e passamos muito tempo juntos. Frequentemente compartilhamos experiências, dúvidas, aflições e o próprio cansaço.” (E2)

O enfrentamento das situações e das condições que incidem no processo saúde-doença e que são intrínsecas ao modo de produção capitalista, é conceituado como mecanismos de resistência, que pressupõe a transformação e superação dos processos que geram adoecimento. No entanto, considerando a realidade em que se inserem os profissionais residentes em saúde, nem sempre essa transformação é possível, pois é um processo demorado que abarca os sujeitos envolvidos em uma coletividade na luta por um objetivo em comum.

Porém essas coletividades são desmanteladas na medida em que a ofensiva neoliberal atinge todas as esferas do ser social, abarcando-o na sua totalidade. Assim, o processo de resistência é substituído pelo processo de resiliência, onde os sujeitos desenvolvem a “[...] a habilidade e capacidade individual de enfrentar eventos vulnerabilizantes [...] responsabilizando os indivíduos pela garantia de não exposição de si e de outros a situações de vulnerabilidade.” (CARMO e GUIZARDI, 2018, p.6)

Nessa concepção os profissionais residentes em saúde, buscam a superação das situações de forma individualizada. Conforme fala do Entrevistado 6: “Busco o diálogo [...] para buscar me entender nesta realidade e compreender se consigo superá-la ou devo tentar me adequar à situação.”

Contudo, também identificamos que emergem processos de resistências advindos da solidariedade entre os próprios profissionais como: “Gosto de conversar com os colegas de trabalho da residência sobre as dificuldades no trabalho que estou enfrentando, pois ajuda a pensar formas de resolver os problemas.” (E 5); E ainda: “[...] atualmente busco me fortalecer com os colegas também residentes.” (E 18)

Porém, esses processos de resistências não se efetivam somente a partir da solidariedade entre os sujeitos envolvidos, mas requer consciência crítica acerca dos processos que abarcam os aspectos causadores de adoecimento. Nesse sentido,

“as resistências efetivas seriam aquelas a produzir transformações na organização do trabalho. Nessas situações, a sublimação e a criatividade seriam resgatadas e o trabalhador deixaria de estar diante de um trabalho alienado, passando a identificar-se com a atividade que é produto do seu pensamento e do seu desejo.” (SILVA, 2011d, p. 393).

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que diante da dificuldade de superação da realidade posta e dos processos de precarização do trabalho e consequentemente da vida dos sujeitos, muitos profissionais recorrem ao álcool e outras drogas como uma estratégia para suportar as dificuldades impostas no cotidiano, conforme citações dos entrevistados 14 e 19: “[recurso] a bares e álcool” (E14) e “Terapia, álcool e outras drogas.” (E19)

O uso de substâncias psicoativas pode ser relacionado com a necessidade de o sujeito silenciar dentro da instituição, que não permite a manifestação do pensamento crítico diante da constante rotina de precarização, exploração, assédio e percepção do acometimento físico e mental. Assim, a recorrência do uso dessas substâncias permite o alívio imediato das tensões das

situações vivenciadas.

Outra estratégia de defesa e de cuidado dos residentes para com a sua saúde é a adesão à terapia e a medicalização prática recorrente e comum a esses profissionais. Sobre essa questão o Entrevistado 2 contribui:

“Logo no primeiro ano de residência, já percebi o movimento de colegas procurando suporte psicológico e no início achei que poderia ser até exagero, mas cada semana que passava isso foi fazendo mais sentido. Acabei começando terapia ainda no primeiro semestre...” (E2)

Destaca-se na fala acima que o adoecimento é processo e que acomete o sujeito na medida em que percebe o seu desgaste a partir das situações vivenciadas no cotidiano, inseridas no contexto social, político e econômico atual.

Nesse sentido, para além do apoio profissional, em contrapartida às tentativas de superação individualizadas, muitos recorrem à família, amigos e outros tipos de atividades na busca por superação do acometimento físico e psicológico que incidem no processo saúde-doença. Como: “Dialogo com familiares e amigos onde encontro apoio. Tento realizar atividades que me trazem bem estar nos momentos livres.” (E12); “Conversar, ‘desabafar’ com amigos e familiares.” (E21)

Assim, é explicitado que os fatores que vulnerabilizam os profissionais residentes em saúde e que impactam o processo saúde-doença são aspectos que se relacionam intrinsecamente com o trabalho. Nessa perspectiva, incide para além da individualidade dos sujeitos, mas se dissemina para a vida social e suas relações interpessoais acometendo-o em todos os níveis, inclusive no familiar. Assim, a família que se traduz em esteio para os profissionais, também sofre as refrações dessa sociedade adoecida.

Dessa forma o sofrimento social, fruto do desgaste mental exacerbado e das transformações do trabalho, se dissemina em amplo espectro, que se desenvolve “[...] pelo aumento da vulnerabilização decorrente das desigualdades de condições de vida e [...] pela multiplicação de fatores e processos nocivos que atingem os que trabalham” (SILVA, 2011e, p.398). O que nos interpela a inferir que as estratégias utilizadas para o enfrentamento dessas situações estão longe de se configurarem como formas de resistências efetivas, se constituem como estratégias de defesa desenvolvidas por esses profissionais para superar e enfrentar as situações e dificuldades cotidianas.

Considerações Finais

O movimento de Reforma Sanitária, surgido a partir das lutas sociais com o objetivo de efetivação de saúde universalizada, foi promulgado pela Constituição Federal de 1988, onde a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado. Nesse sentido, a saúde passa a ser regida pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, sendo concebida a partir dos determinantes sociais que abarcam as condições de vida dos sujeitos e que são expressas a partir dos modos de organização da sociedade.

Nesse sentido, a saúde pública se constitui como uma forma de proteção social para toda a sociedade. Esse projeto está em constante disputa com o projeto de saúde privatista que pretende impor a lógica mercantilista ao setor saúde, precarizando e flexibilizando as relações de trabalho, privatizando os serviços e reivindicando o lucro na oferta de saúde do país. Esse processo vai ao encontro dos interesses do capital e o setor saúde se traduz em campo fértil de lucratividade para aqueles que detêm os meios de produção. A ofensiva neoliberal se espalha em uma dimensão avassaladora no país, fundamentada na privatização em prol do crescimento econômico, e da “prosperidade” em detrimento dos bens e serviços públicos necessários à população.

Assim, compreender como a política de saúde se configura, requer compreender a forma como a sociedade está organizada no que tange os seus aspectos político, social econômico e cultural. Bem como nos implica a nos posicionar em prol e defesa do projeto de saúde sanitária, fruto de anos de luta e reivindicações de diversos setores da sociedade, entre eles professores, trabalhadores, movimentos sociais.

Hoje, após quase 30 anos de existência do SUS ainda há diversos entraves que dificultam a efetivação plena daquilo previsto na legislação. Cabe aos trabalhadores a crítica de que o trabalho

a ser realizado deve respeitar os aspectos éticos que convergem para a materialização daquilo proposto na legislação e deve se colocar como resistência e enfrentamento das desigualdades sociais que se acentuam. Assim, o contexto neoliberal impõe novas configurações ao trabalho tornando-o cada vez mais precarizado e requerendo dos profissionais de saúde novas formas de enfrentamento e de realização do trabalho exercido.

Nesse cenário inserem-se os programas de residência em saúde, que surgem como uma estratégia de formação de mão de obra realizada no e para o SUS. Possuem uma proposta de formação em serviço que promove a qualificação do profissional e o fortalecimento do sistema de saúde, sendo considerada uma especialização *latu sensu* que mescla horas teóricas e práticas.

Porém, a inserção desses profissionais nos programas de residência acontece de forma precarizada, iniciando pela forma de contratação, que não estabelece vínculo empregatício. Inserem-se nessa conjuntura onde são interpelados a corresponderem às demandas da instituição e também dos usuários. Verifica-se, então a indissociabilidade entre saúde e trabalho, onde o processo saúde-doença é resultado das condições objetivas de trabalho dos sujeitos, incidindo objetiva e subjetivamente na vida dos mesmos.

Para além, os programas de residência em saúde encontram dificuldades na sua materialização conforme preconizado, pois requer a superação de um projeto de educação que se ancora no modo de produção em voga, de desarticulação entre a reflexão e a prática. Nessa perspectiva, são inúmeros os desafios impostos para a efetivação da formação em serviço enquanto qualificação profissional, haja vista a forma precarizada em que são inseridos nessas instituições formadoras.

A verdade é que esses profissionais além de não possuírem vínculo empregatício, experimentam cargas horárias de trabalho exacerbadas e não raro são solicitados a ocupar lugares e assumir responsabilidades que deveriam ser destinados aos funcionários concursados, não sendo explícito então qual é o seu papel dentro da instituição. Ademais, esses profissionais enfrentam outros aspectos que impactam no seu processo saúde-doença, como a complexidade dos atendimentos realizados, as dificuldades de relações interpessoais com a equipe de trabalho, estimulado pela individualização e competição entre os trabalhadores.

Associado a esses fatores ainda devemos considerar a forma como os programas de residência são organizados dentro da instituição, bem como administrados e que contribuem para o processo de adoecimento. Fica claro que este processo dá-se através da não flexibilização das regras do regimento, dos assédios articulados a partir das relações hierarquizadas e do desconhecimento dos profissionais servidores sobre sua função enquanto tutor, supervisor, coordenador e preceptor nos programas de residência em saúde.

Esses fatores incidem diretamente na vida dos profissionais residentes em saúde e se manifestam de múltiplas formas, como por exemplo: cansaço, fadiga, estresse, insônia - que se refletem em adoecimentos físicos e mentais e que incidem na vida individual e social dos mesmos. Nesse sentido, atinge os sujeitos objetiva e subjetivamente, mas também são reflexos de uma sociedade onde os recursos sociais também estão "adoecidos", dilacerados. Esses cenários impõem processos de vulnerabilização dos sujeitos que dificultam a construção das coletividades e das resistências a serem mobilizadas para o enfrentamento do capital flexível.

Entendemos resistência como processos de transformação e superação das condições que se traduzem no sofrimento social. Nesse sentido, a possibilidade encontrada pelos profissionais residentes até o momento, é de estratégias de enfrentamento das situações vivenciadas e são compreendidas como formas de resiliência, onde recorrem aos amigos, à família, à terapia, à medicalização e até mesmo ao uso de substâncias psicoativas.

Portanto, entendemos que a forma como o trabalho se configura nos programas de residência e a maneira como se inserem os profissionais nessas instituições se traduzem como formas de violência, na medida em que negligenciam os processos de adoecimento desses profissionais e não oferecem suporte para as dificuldades enfrentadas, muito menos para o acompanhamento dos processos de adoecimentos diagnosticados. Ainda há um longo caminho a ser percorrido para que os programas de residência realmente promovam um processo de formação em serviço de forma qualificada em detrimento da inserção precarizada que configura esses profissionais como mão-de-obra barata. Para tanto é necessário a superação do modo de produção vigente, o fortalecimento

das políticas sociais e a promoção de uma educação que atente para os interesses de uma educação emancipatória.

Referências

ANTUNES, Ricardo. **A fábrica da educação: da especialização taylorista à flexibilização toyotista**. São Paulo: Cortez, 2017. p. 104

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. **Decreto nº 80281 de 5 de setembro de 1977**. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-80281-5-setembro-1977-429283-normaatualizada-pe.pdf>> Acesso em 27 de outubro de 2018.

_____. **Lei 11129 de 30 de Junho 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens– ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm Acesso em 27 out. 2018.

_____. **Lei nº8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização, o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em 28 out. 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. Brasília: Cortez, 2009. p. 88-110.

_____, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013. p. 177.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, Roberto Augusto de Carvalho; PANCHERI, Ivanira. **Predomínio do Assédio Moral na Administração Pública**. Revista Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. v. 112. Jan/dez 2017. P.245

CARMO, Michelly Eustáquia; GUIZARDI, Francini Lubi. **O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social**. Caderno de Saúde Pública. 2018. p. 6.

CATTANI, Antonio David. **Trabalho e Autonomia**. 2 edição. São Paulo: Vozes. 2000. p, 125 e 147.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010.

_____. **Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para Reflexão**. Brasília, 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/>

cns/2016/res0510_07_04_2016.html Acesso em 27 de outubro de 2018.

_____, Marilda Villela. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** 7 ed. São Paulo: Cortez. 2012. p. 156

MENDES, Alessandra Gomes. Residência Multiprofissional em saúde e serviço social. In:(Orgs) SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana. **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: Reflexões Críticas sobre a Prática Profissional.** Campinas, SP: Papel Social. 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios.** Estudos Avançados, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WERLANG, Rosângela. Sofrimento Social. **Serviço Social & Sociedade**, n.116, p. 743-768, out/dez. 2013.

_____, Jussara Maria Rosa; WÜNSCH; Dolores Sanches. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma demanda dispersa. **Serviço Social & Sociedade**, n. 107, p. 461 - 481, jul./set.2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n107/05.pdf>>. Acesso em: 02 nov.2017

_____, Jussara Maria; WERLANG, Rosangela . Sofrimento Social e Saúde do Trabalhador. Em Pauta. Rio de Janeiro – 2 semestre, 2013. N. 32. V.11, p. 141

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

PAIM et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** 2011. Disponível em: <<http://www.cpgss.pucgoias.edu.br/ArquivosUpload/31/file/O%20SISTEMA%20DE%20SAUDE%20BRASILEIRO.pdf>> Acesso em 04 jul.2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Atendimento médico.** Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/hps/default.php?p_secao=29> Acesso em 29 de outubro de 2018.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas.** Ciências e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.

SILVA, Edith Seligmann. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo.** São Paulo: Vozes, 2011. p. 207, 393, 398, 504

SIQUEIRA, José Eduardo de. **25 anos do SUS: o que há para comemorar?** O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 56-64, 2013.

TOLFO, Suzana da Rosa; PICCININI, Valmíria. **Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros.** Psicologia e Sociedade. N. 19, Edição Especial 1. 2007. p. 40

WÜNSCH, Dolores Sanches; MENDES, Jussara Maria Rosa. **Processos de trabalho e a instrumentalização do trabalho profissional nas dimensões da competência profissional.** In:LEWGOY, Alzira Maria Baptista; CARLOS, Sergio Antonio (Org.). Supervisão de Estágio em Serviço Social: uma perspectiva de formação permanente. Porto Alegre: PROEXT/UFRGS, 2014, p. 69-82.