

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
MESTRADO PROFISISONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS

RAQUEL BARROS ANDRADE MOTA

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM
SAÚDE: UMA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SAÚDE NO HC/UFPE A PARTIR DA INSERÇÃO DOS EGRESSOS NO
MERCADO DE TRABALHO DE 2012 A 2015

Recife

2016

RAQUEL BARROS ANDRADE MOTA

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SAÚDE:
UMA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO
HC/UFPE A PARTIR DA INSERÇÃO DOS EGRESSOS NO MERCADO DE TRABALHO
DE 2012 A 2015

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Políticas Públicas do Departamento de Ciência Política da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas, sendo objeto de defesa oral, perante banca examinadora, em sessão pública.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Borges Gama Neto

Recife

2016

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria Janeide Pereira da Silva, CRB4-1262

M917p Mota, Raquel Barros Andrade.
Programa de residência multiprofissional integrada em saúde : uma avaliação da política de educação permanente em saúde no HC/UFPE a partir da inserção dos egressos no mercado de trabalho de 2012 a 2015 / Raquel Barros Andrade Mota. – 2016.
66 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Borges Gama Neto.
Dissertação (mestrado profissional em políticas públicas) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Recife, 2016.
Inclui referências e apêndices.

1. Ciência política. 2. Política pública - Saúde 3. Saúde – Recursos humanos. 4. Universidade Federal de Pernambuco. 5. Hospital das Clínicas – UFPE. 6. UFPE - Programa de residência. I. Gama Neto, Ricardo Borges (Orientador). II. Título.

320 CDD (22.ed.) UFPE (BCFCH2016-116)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
MESTRADO PROFISISONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SAÚDE:
UMA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO
HC/UFPE A PARTIR DA INSERÇÃO DOS EGRESSOS NO MERCADO DE TRABALHO
DE 2012 A 2015

RAQUEL BARROS ANDRADE MOTA

Aprovada em 07 de outubro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ricardo Borges Gama Neto (Orientador)

Profa. Dra. Mariana Batista da Silva (Examinadora Interna)

Profa.Dra. Cinthia Regina Campos Ricardo da Silva (Examinadora Externa)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes de tudo, a Deus pelo dom da vida, pela graça da saúde e pela oportunidade de realizar este projeto pessoal e profissional;

À minha mãe Conceição que sempre me deu o suporte, incentivo e amor necessários para que eu pudesse realizar todos os meus sonhos;

Ao meu pai Luiz Antonio, que partiu sem ver esse trabalho concluído, mas que, tenho certeza, comemora no plano superior mais essa vitória em minha vida;

Ao meu marido José Henrique por todo amor, dedicação, compreensão e companheirismo, não apenas ao longo desses últimos anos, mas em toda nossa história;

Ao meu filho Pedro Henrique que, ao nascer prematuramente durante a confecção deste trabalho, ressignificou toda a minha vida;

Aos meus familiares e amigos, em especial Lêda e Renata, que tantas vezes estiveram a postos para contribuir com este trabalho;

Aos meus colegas de turma pelas trocas de experiência e saberes, sobretudo à Danielle Severien, amiga querida que este mestrado me revelou;

À Coordenação do MPPP que, de maneira visionária e pioneira, iniciou este curso e não poupou esforços para o seu pleno desenvolvimento;

A todos os professores do curso, que compartilharam todo o seu conhecimento e nos ampliaram os horizontes, contribuindo para nossa formação;

Ao meu orientador Prof. Ricardo que, além de toda competência e dedicação, soube compreender e respeitar cada dificuldade enfrentada por mim nesses dois anos;

Aos residentes multiprofissionais do HC/UFPE, que participaram não apenas desta pesquisa, mas também apostaram em uma nova maneira de cuidado em saúde.

RESUMO

Um dos principais objetivos dos Programas de Residência é formar profissionais para atuarem nas áreas consideradas prioritárias do SUS, em uma clara preocupação do legislador da Política de Educação Permanente em Saúde em garantir para a saúde pública o desenvolvimento de profissionais especializados nas clínicas de interesse para a população em geral. Nesse sentido, a política em questão se importa com o retorno social da política pública ao investir na qualificação de profissionais que possam, posteriormente, atuar nas áreas de atenção à saúde de maior relevância pública e maior interesse social. Assim, a presente pesquisa pretendeu avaliar como a inserção dos residentes egressos do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do HC/UFPE no mercado de trabalho reflete o objetivo da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em formar profissionais especializados para o SUS. Metodologicamente, este trabalho constituiu-se de três momentos: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e estudo de caso. Os dados foram colhidos por meio de questionário eletrônico, respondido por residentes egressos que concluíram o referido Programa de Residência entre 2012 e 2015. Concluiu-se que o Programa em questão trouxe ganhos para seus egressos, expressos especialmente pela possibilidade de inserção no mercado de trabalho, ao possibilitar rever os caminhos para a formação profissional, na perspectiva de um trabalho mais integrado, com trocas de saberes, e, sobretudo, com maiores possibilidades de inserção no mundo do trabalho de profissionais aptos a oferecerem atenção à saúde qualificada. A atuação profissional dos residentes egressos do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do HC/UFPE na especialidade adquirida varia em função das demandas do mercado de trabalho, com os egressos permanecendo em ambientes multiprofissionais, porém atuando em diversos tipos de função, como, por exemplo, a gerência e a docência. Eles são absorvidos, em sua maioria, pelas vagas ofertadas pelo SUS, que ainda se apresenta como o maior empregador na área de saúde, mesmo que oferecendo vínculos de forma precária tendo em vista que a maioria dos egressos encontra-se sob o regime celetista.

Palavras-chave: Política pública. Educação em saúde. Programa de residência.

ABSTRACT

One of the main goals of the residency programs is to train professionals to work in the priority areas of SUS in a clear concern of the legislature of Permanent Health Education Policy to ensure public health professionals to develop their practice in clinics of interest to the general population. In this sense, the policy in question cares about the social return of public policy investment in the qualification of professionals who can later act in the health care areas which has most public relevance and greater social interest. Thus, the present study intended to assess how the integration of graduated residents of the Integrated Multidisciplinary Health Residency Program from HC/UFPE in the labor market reflects the objective of the National Policy of Permanent Health Education to train professionals for the SUS. Methodologically, this work is consisted of three stages: bibliographical research, documentary research and study case. Data were collected through an electronic questionnaire, answered by graduated residents who completed the Residency Program between 2012 and 2015. It was concluded that the program in question brought gains for its graduates, especially expressed by the possibility of insertion in the job market by enabling review the avenues for vocational training with a view to a more integrated work, knowledge exchange, and, above all, greater ability to enter the world of work professionals able to offer attention to qualified health. The professional performance of graduated residents of Integrated Multidisciplinary Health Residency Program HC/UFPE in the acquired specialty varies depending on the demands of the job market with graduates remaining in multidisciplinary environments, but acting on different types of function, for example, management and teaching. They are absorbed mostly by the vacancies offered by the SUS, which still presents itself as the largest employer in the healthy area, even offering precariously bonds given that most of the graduates is under the CLT regime.

Key-words: Public policy. Health education. Residency program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	Descrição dos respondentes	38
Gráfico 1	Cursos realizados após Residência	40
Gráfico 2	Inserção no mercado de trabalho	41
Gráfico 3	Tempo para inserção no mercado	42
Gráfico 4	Vínculos empregatícios	42
Gráfico 5	Carga horária semanal	43
Gráfico 6	Renda mensal	44
Gráfico 7	Tipo de instituição onde trabalha	45
Gráfico 8	Vínculo profissional	45
Gráfico 9	Tipo de atividade	46
Gráfico 10	Clientela atendida	47
Gráfico 11	Outras atividades profissionais	48
Gráfico 12	Percepção sobre a preparação para o mercado de trabalho	49
Gráfico 13	Percepção sobre a influência da Residência na inserção no mercado	50
Gráfico 14	Satisfação quanto às competências adquiridas	51
Gráfico 15	Competências utilizadas no trabalho	51
Gráfico 16	Continuidade da atuação multiprofissional	52
Gráfico 17	Motivação para atuar em outra área	53
Gráfico 18	Influência na aquisição do emprego	54
Gráfico 19	Dificuldades para inserção no mercado de trabalho	55

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CF	Constituição Federal
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GM	Gabinete do Ministro
HC	Hospital das Clínicas
HU	Hospital Universitário
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IES	Instituição de ensino superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PLANFOR	Plano Nacional de Qualificação do Trabalhador
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PSF	Programa Saúde da Família
REUNI	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
1.1 Políticas Públicas: breves considerações	12
1.2 Políticas Públicas de Saúde: do Movimento Sanitarista ao SUS	20
1.3 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	26
1.4 Os Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde	31
2 METODOLOGIA	33
2.1 Desenho de estudo	33
2.2 Técnicas de pesquisa para levantamento de dados	34
2.3 <i>Locus</i> da pesquisa	35
2.4 Sujeitos da pesquisa	37
2.5 Interpretação e análise dos dados	37
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
CONCLUSÕES	56
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICE	63

INTRODUÇÃO

Esta dissertação teve como objeto o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do HC/UFPE, o qual faz parte da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adotada pelos Ministérios da Saúde e da Educação para a formação em serviço de profissionais especializados.

Como veremos mais adiante, um dos principais objetivos dos Programas de Residência é formar profissionais para atuarem nas áreas consideradas prioritárias do SUS, em uma clara preocupação do legislador em garantir para a saúde pública o desenvolvimento de profissionais especializados nas áreas de interesse para a população em geral. Nesse sentido, a política em questão se importa com o retorno social da política pública ao investir na qualificação de profissionais que possam, posteriormente, atuar nas áreas de atenção à saúde de maior relevância pública e maior interesse social.

Assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no HC/UFPE a partir da análise da inserção dos egressos do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde no mercado de trabalho de 2012 a 2015. Almejou-se com isso fornecer informações complementares que auxiliem no processo de avaliação da política pública na Instituição, visando a proposição de melhorias à gestão educacional do Programa de Residência.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde oferecem um amplo campo de estudo por constituírem-se em um processo ainda em formação, com uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde recente, pouco estudada no país, que precisa ser analisada para possibilitar uma melhor aplicação em benefício do profissional de saúde residente, da comunidade universitária e do usuário do sistema público de saúde.

Por isso, fez-se necessário investir no processo de avaliação dos Programas de Residência, com foco no egresso, para conhecer os resultados da política pública e permitir a formulação de estratégias que possibilitem corrigir possíveis falhas de uma ação governamental que investe milhões de reais por ano em uma política que reafirma a compreensão e tratamento da gestão da educação na saúde não como uma questão simplesmente técnica, mas também de natureza política, com fundamento nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, resolubilidade, intersetorialidade, humanização no atendimento e participação social, todos formadores da base que sustenta o SUS.

Considerando a implantação e o fortalecimento do SUS no hospital-escola que é o Hospital das Clínicas, é de alta relevância o conhecimento da trajetória profissional dos residentes egressos do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do HC/UFPE no sentido de mensurar a influência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na formação de especialistas para o mercado de trabalho e, especificamente, para o setor público, tendo em vista o objetivo de formação de profissionais para as áreas prioritárias do SUS.

Assim, a presente pesquisa visa contribuir com a manutenção, o acompanhamento e a avaliação do Programa de Residência Multiprofissional existente no HC/UFPE, trazendo como benefício para a Instituição a sugestão de melhorias a partir dos resultados verificados na pesquisa, cooperando com o crescimento dessa área no cenário universitário local.

Diante do exposto, é do nosso interesse pesquisar como a inserção dos residentes egressos do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do HC/UFPE no mercado de trabalho reflete o objetivo da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em formar profissionais especializados para o SUS. Considerando a necessidade de um processo reflexivo sobre o desenvolvimento e alcance dos objetivos pedagógicos propostos pelos Programas de Residência Multiprofissional numa perspectiva formativa, torna-se fundamental a análise do perfil dos egressos.

Nos dias atuais, a averiguação das características dos ex-alunos tem sido recomendada nas políticas de recursos humanos das instituições de saúde. Os egressos fornecem subsídios fundamentais para o estabelecimento do elo entre a educação formal e a prática profissional, subsidiando a melhoria dos projetos pedagógicos dos cursos, do modelo assistencial e dos cenários de práticas em que atuam. (DIAS et al, 2008, p. 39)

Nessa perspectiva, este estudo poderá contribuir significativamente para a qualificação dos processos educativos no trabalho em saúde na Instituição, bem como, ao desenvolver pesquisas voltadas para o serviço, trabalhos como este tem a possibilidade de contribuir para melhoria da qualidade das práticas profissionais no ambiente hospitalar e de ensino.

A primeira parte deste trabalho refere-se à introdução, objetivos e hipótese. Em seguida, no capítulo 1, vamos apresentar a fundamentação teórica deste estudo, dividida em cinco partes. Primeiramente, veremos um breve resumo sobre os conceitos de política pública e, mais especificamente, sobre a fase do ciclo de políticas públicas correspondente à avaliação, que consiste em avaliar o grau de eficiência e eficácia de uma ação governamental, identificando seus efeitos, acertos e erros. Fase importante para que as instituições e o governo legitimem a legalidade de suas decisões e dos seus resultados, esse processo mede a

utilidade e o benefício da intervenção pública em um determinado problema através de procedimentos de investigação social e técnicas de análise objetivas.

A segunda parte desse capítulo será voltada para a Política Pública de Saúde, fazendo um percurso histórico do Movimento Sanitarista Brasileiro até a concepção do SUS, o qual será mais detalhado em seus objetivos, princípios e diretrizes. Tendo este preconizado o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, a terceira parte abordará a Política Nacional de Educação em Saúde, que define as estratégias do Estado para a formação em serviço dos profissionais da saúde, objetivando o aperfeiçoamento de mão de obra qualificada para o próprio sistema. Por fim, neste capítulo, vamos concluir com as especificidades dos Programas de Residência Multiprofissional e suas principais características.

O segundo capítulo descreve a metodologia utilizada no trabalho, relatando o desenho de estudo, as técnicas de pesquisa para levantamento de dados, o *locus* da pesquisa, os sujeitos pesquisados e a forma de interpretação e análise dos dados. No terceiro capítulo vamos nos debruçar sobre a análise dos dados obtidos através dos questionários, embasados pela literatura pertinente. Vamos observar como a inserção dos egressos no mercado de trabalho se dá de forma prática e analisar esses achados sob a ótica do trabalho multiprofissional.

Nossa hipótese pretende demonstrar que as demandas do mercado de trabalho influenciam na atuação profissional dos residentes egressos. Dessa forma, acreditamos que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde forma profissionais especializados que trabalham em diferentes tipos de Instituições, não prioritariamente no SUS, podendo não refletir na saúde pública o investimento ofertado pela política pública em questão.

Como conclusão, comprovou-se que a atuação profissional dos residentes egressos na especialidade adquirida varia em função das demandas do mercado de trabalho e que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde trouxe ganhos para os egressos do Programa, expressos especialmente pela possibilidade de inserção no ambiente profissional, sendo os egressos absorvidos, em sua maioria, pelas vagas ofertadas pelo SUS, que ainda se apresenta como o maior empregador na área de saúde.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Políticas Públicas: breves considerações

A filosofia, mais precisamente Aristóteles, no século IV A.C., definiu política como sendo uma ciência que categoriza as várias formas de se governar a *polis* (cidade). O filósofo diferenciava política e poder com base no interesse de quem exerce este último; há uma hierarquia clara entre quem exerce o poder e quem sofre sua influência, sendo claro que o Estado era superior ao indivíduo.

A política definida por Aristóteles é unida à moral, tendo em vista que o alcance da virtude é o fim primordial do Estado, cabendo ao mesmo disponibilizar os meios necessários à formação moral dos cidadãos. A política, ainda segundo o filósofo, se distingue da moral, tendo em vista que a primeira foca no indivíduo e a segunda no coletivo. O Estado é o sujeito constante da política e do governo, pois tanto um quanto outro são exercidos sobre o mesmo ente.

Dentro dos conceitos mais modernos do que é política, o de Norberto Bobbio ganha destaque. Para o autor, política é uma prática humana onde o poder é um instrumento utilizado para se obter vantagens ou impor vontades de uns homens sobre outros; seria o governante exercendo sua autoridade frente aos seus governados. Não obstante, Bobbio ressalta a importância da legitimidade do poder independente da forma que assuma: pode ser paternalista, despótica ou consensual. O primeiro tipo vem da escola tradicionalista onde os legados são passados de pai para filho sem que haja tanto poder de escolha; o despota é o poder autoritário, muitas vezes ditatorial. Já o modo de consenso é que está mais próximo dos princípios democráticos, tendo em vista o fato deste representar o consenso de uma população (por meio do voto, normalmente) em torno de um governante.

Pois bem, no jogo político democrático — e por sistema democrático entenda-se justamente um sistema cuja legitimidade depende do consenso verificado periodicamente através de eleições livres por sufrágio universal — os atores principais estão dados, e são os partidos (no sistema italiano inclusive constitucionalmente, cf. art. 49); também está dado o modo principal de fazer política para a imensa maioria dos componentes da comunidade nacional: as eleições. Disto não se pode fugir. Regras do jogo, atores e movimentos fazem um todo único. Não se pode separar umas dos outros. (BOBBIO, 1986, p. 68).

Norberto Bobbio ainda frisa que o fluxo do poder só pode ir em duas direções; ou de baixo para cima, ou de cima para baixo. O primeiro tipo é o poder político, cuja emanção vem do povo, que direta ou indiretamente, elegem representantes para exercer o poder

soberano, onde existe a prerrogativa exclusiva do uso da força. No segundo caso, se teria o exemplo do poder burocrático, onde as autoridades impõem barreiras legais e formais para realização de atos.

Neste trabalho, a concepção do termo “política” a ser utilizada será uma definição mais operacional, baseada nas ações, práticas e diretrizes utilizadas pelo Governo para resolver questões gerais ou específicas da sociedade, com o objetivo de regular, controlar e organizar os fenômenos da coletividade. Dessa forma, o Estado exerce presença direta na sociedade, “sobretudo por meio do uso do planejamento que pressupõe políticas previamente definidas tanto de alcance geral ou “horizontal” (por exemplo, política econômica), como de alcance ou impacto “setorial” (por exemplo, política de saúde)” (HEIDEMANN; SALM, 2009, p.29).

Sendo a política uma ciência macro, ela se subdivide em diversas áreas e uma delas é a das políticas públicas, que são voltadas para o atendimento, como bem diz o próprio nome, ao público. Estas políticas são ferramentas criadas de forma legal (em forma de lei) para fortalecer a articulação de serviços prestados à população, como transporte público, coleta de lixo, saneamento, saúde, educação, etc.

Dentro da organização político-administrativa no Brasil, estas políticas são de responsabilidade do Estado¹, que deve realizá-las seja de forma direta ou indireta, através de concessões e permissões. A própria Constituição Federal elenca algumas dessas políticas como sendo direitos sociais no seu artigo sexto: “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

A parte da ciência política destinada a abarcar as políticas públicas é a que faz uso da concentração de poder para criar mecanismos de estabilização e saneamento de conflitos, desigualdades e a busca por uma ordem social que respeite os ditames sociais. As políticas públicas na atualidade visam, além disso, o chamado Estado de bem-estar social², onde o Estado precisa garantir não apenas o básico para a sociedade, como meios suficientes. Cabe

¹ “Quando utilizamos a palavra “Estado” estamos nos referindo à totalidade da sociedade política, ou seja, o conjunto de pessoas e instituições que formam a sociedade juridicamente organizada sobre um determinado território. A palavra “governo”, por sua vez, se refere somente à organização específica de poder ao serviço do Estado por um determinado período de tempo” (DIAS, MATOS, 2012, p.3).

² “O Estado de bem-estar é um fenômeno histórico moderno, isto é, as instituições da política social acompanharam o processo de desenvolvimento e modernização capitalistas em sentido preciso.” (HOCHMAN, ARRETCHE, MARQUES, 2007, p. 44).

ao mesmo regular a vida social, de saúde, econômica e política e garantir que esses alicerces possam ser desfrutados pela maior parte da população.

O Estado do bem-estar social eleva a um patamar acima as políticas públicas, pois as mesmas deixam de ser uma atuação para consertar as disfunções da atividade estatal e passam a ser, de fato, ferramenta de mudança social, na medida em que a todos os cidadãos é garantido, não apenas o acesso a políticas de Estado, como também uma parte delas busca oferecer uma melhora na qualidade de vida.

Para atingir este bem comum, o Estado pode atuar tanto por demanda da sociedade, como por iniciativa própria. Demandas de organização, regulação ou controle, por exemplo, tendem a sair pela via administrativa antes da demanda social, todavia vale destacar que todas estas políticas envolvem, em certa medida, a produção de bens públicos ou que possam ser desfrutados pela coletividade. A dimensão “pública” da política consiste no entendimento de que as ações, práticas e diretrizes são realizadas por agentes governamentais, com base no poder imperativo do Estado. Isso significa que uma de suas características centrais é o fato de que a decisão está revestida do poder extroverso e da autoridade soberana do poder público (RUA, 2009).

Sendo o Estado o ente com poder político para definir as políticas a serem obedecidas e usufruídas pela sociedade, cabe destacar, então, que as políticas públicas são intervenções do Estado, por meio de leis e ações administrativas, que buscam a resolução de conflitos com vistas ao melhor para o interesse público.

As políticas públicas só passaram a ter *status* de ciência em meados do século XX, quando, em 1936, Harold D. Lasswell quando publicou o livro *Política: quem ganha o quê, quando e como*, sendo este título considerado como uma das definições clássicas de políticas públicas; no Brasil, os primeiros estudos relativos ao tema datam do final dos anos 70 e começo da década de 80.

"A expressão "políticas públicas" engloba vários ramos do pensamento humano, sendo interdisciplinar, pois sua descrição e definição abrangem diversas áreas do conhecimento como as Ciências Sociais Aplicadas, a Ciência Política, a Economia e a Ciência da Administração Pública, tendo como objetivo o estudo do problema central, ou seja, o processo decisório governamental." (DIAS, MATOS, 2012, p.25).

Apesar de o Estado brasileiro ser uma democracia representativa e o povo ser o titular do poder, conforme consta na Constituição Federal, este não exerce o poder de decidir e implementar as políticas públicas diretamente na maioria dos casos. Em termos gerais, os

cidadãos, através da sociedade civil organizada ou através dos seus representantes no legislativo conseguem implementar estas políticas.

"Esta vertente, denominada democracia participativa - ou deliberativa - advoga que a legitimidade das decisões políticas advém de processos de discussão que, orientados pelos princípios da inclusão, do pluralismo e da autonomia, conferem um novo ordenamento na lógica de poder tradicional. Sugere ainda, que o poder político deve organizar-se por meio de instituições que, construídas coletivamente, mediam as relações entre os interesses individuais e os coletivos na formação do interesse público, a ser atendido pelo Estado." (FERREIRA, ABRANTES, 2013, p.11).

Existem outros atores nesta equação como os empresários, cujo lobby é um dos fatores utilizados para a escolha de que política utilizar, assim como existem grupos de interesse, institutos de pesquisa e a mídia, cujas pautas influenciam os espectadores a ser favoráveis ou contrários a certas práticas. Todavia, percebe-se, desde já, que os atores cuja responsabilidade de implementar as políticas públicas são os agentes políticos. São eles que detêm o poder e os recursos a serem alocados para realizá-las em prol do interesse público. Os atores privados não tem o poder, apesar de terem, em alguns casos, os recursos, de executar essas políticas; não obstante, conforme dito acima, podem influenciar os atores públicos a tomar partido de certas políticas em detrimento de outras.

A execução das políticas públicas no ordenamento administrativo brasileiro está, portanto, sob a responsabilidade dos gestores públicos, cuja atuação se expandem para além da execução, passando pelas etapas de monitoramento, acompanhamento e avaliação. Quando se fala de avaliação das políticas públicas, existem outros atores como os Tribunais de Contas, responsáveis por auditar todos os recursos gastos com dinheiro público, as ouvidorias, que são o canal entre o poder público e a população, dentre outros.

"Isto significa dizer que as políticas públicas podem ser estudadas tanto da perspectiva da ação do governo (o que o governo faz) quanto da inação (o que o governo não faz) diante de algum problema. Inspirado exatamente nessa ideia, (...), (...) Thomas Dye define política pública como 'o que o governo escolhe fazer ou não fazer.' Segundo este autor, caso o governo escolha fazer algo perante algum problema (...), a política pública adquire característica positiva. Do contrário, se o governo decide não agir diante de algum problema público, a política adquire característica negativa." (RODRIGUES, 2011, p.43)

Reinaldo Dias e Fernanda Matos (2012) afirmam que políticas públicas possuem uma outra definição. Segundo esses autores, elas podem ser classificadas como "ações empreendidas ou não pelos governos que deveriam estabelecer condições de equidade no convívio social, tendo por objetivo dar condições para que todos possam atingir uma melhoria da qualidade de vida compatível com dignidade humana" (DIAS, MATOS, 2012, p. 12)

Percebe-se desde logo que esta definição contempla vários fundamentos do Estado brasileiro como sendo ele responsável pelas ações públicas, seja pela sua ação ou omissão, que se traduzem em melhor conforto para os seus cidadãos em sua totalidade, ou o mais próximo disso, algo almejado nas definições modernas do Estado de bem-estar social, assim quando os autores falam de melhoria da qualidade de vida.

Há, ainda, princípios constitucionais ligados a esta definição, que são a equidade, quando se fala em melhoria para todos, o que enseja algo realizado indistintamente, assim como é de prerrogativa na Constituição da República. A definição ainda fala em dignidade da pessoa humana, um dos preceitos mais importantes não apenas das políticas públicas, mas também da razão de ser dos Estados.

"É importante compreender-se que o conceito de políticas públicas inclui tanto temas de governo, como de Estado. Estes últimos são, na realidade, políticas de mais de um governo, o que lhes confere uma particularidade política. Também é possível considerar políticas de Estado aquelas que envolvem o conjunto dos poderes do Estado (Executivo, Legislativo e Judiciário) em seu projeto e execução." (DIAS, MATOS, 2012, p.13).

A política pública seria, então, todo o conjunto de ações, programas e outras atividades que o Estado planeja, executa, monitora e avalia para assegurar e promover determinado direito social, seja por iniciativa do próprio Governo ou por demanda da sociedade. Portanto, "a formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças no mundo real" (SOUZA, 2008, p.69).

As políticas públicas podem, desta forma, ser consideradas um direito do cidadão e um dever do Estado. No entanto, faz-se necessário esclarecer que as políticas públicas são um direito, mas em uma concepção um pouco diferente. Existem direitos claros e objetivos como o direito à vida, cuja aplicabilidade é imediata. As políticas públicas são o meio intermediário para Outros direitos cuja aplicabilidade não pode ser direta, como o da saúde, por exemplo, ou da educação. Para eles, cabe ao Estado criar mecanismos que vão garantir uma forma de mais pessoas terem acesso a determinado serviço ou benefício com vistas a melhorar sua qualidade de vida.

Todavia, é mister ressaltar que as políticas públicas não são universais, por mais que se assemelhem; elas dependem da realidade local do Estado. Uma política colocada em prática na Suécia não será, necessariamente, a mesma aplicada no Brasil mesmo que as duas tratem do mesmo tema. Da mesma forma, cabe destacar o fato de não existir uma política

pública ideal. O primeiro obstáculo para tanto é que o sentido de política ideal é extremamente abstrato e impossível de haver um consenso. Há, por isso, dentro do conceito de políticas públicas, que se destacar que são ações para "beneficiar o maior número de pessoas em uma coletividade". Percebe-se não haver, por motivos lógicos, a assertiva "beneficiar a todos", tendo em vista isto ser um idealismo com pouca condição de ser aplicado na realidade, até mesmo porque, a depender do tipo de política, algumas categorias sociais simplesmente não precisam ser contempladas; por isso, o dever é disponibilizar a todos e, a partir daí, ser o mais efetiva e eficaz possível.

Não existe uma lista universal de políticas públicas “corretas”. As políticas são respostas contingentes à situação de um país. O que pode funcionar em dado momento da história, em um determinado país, pode não dar certo em outro lugar, ou no mesmo lugar em outro momento. Em alguns casos, certas características particulares das políticas ou os detalhes de sua implementação podem ser tão importantes quanto a orientação geral dessa política. (BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO, 2007, p.16).

As políticas públicas, ao serem planejadas, implementadas e executadas, detém como baluarte que serão feitas continuamente por um período de tempo indeterminado. Elas são desenvolvidas para serem úteis por um longo prazo, para poder alcançar o maior número de beneficiários possíveis e poder atingir suas funções sociais com mais eficiência. O Banco Interamericano de Desenvolvimento (2007) destaca algumas características fundamentais das políticas públicas, que envolvem sua qualidade e, por conseguinte, sua eficácia e sua efetividade:

Estabilidade: as políticas são estáveis no tempo; no entanto, podem durante o seu tempo de duração sofrer alterações: elas não precisam ser imutáveis. Essas modificações devem ser feitas de forma gradual e de acordo com a mudança de realidade dos seus beneficiários ou do próprio governo que a implementa, sem contudo, a fazer perder o seu objeto principal.

Adaptabilidade: as políticas podem ser ajustadas quando falham ou quando as circunstâncias mudam. Apesar de estáveis, as políticas precisam se readaptar a novas realidades que surjam no decorrer de sua existência. Caso isso não seja possível, ele se perderá no tempo sem se adequar à realidade.

Coerência e coordenação: as políticas são compatíveis com outras políticas afins e resultam de ações bem coordenadas entre os atores que participam de sua formulação e implementação. As políticas não são implementadas de forma isolada na sociedade; elas fazem parte de um contexto socio-econômico e devem se ajustar a ele de forma a garantir sua eficácia. A cooperação entre agentes públicos e entre beneficiários é fundamental, pois cada item da "cadeia produtiva" da política pública deve ser coordenado com os demais para seu melhor funcionamento.

Qualidade da implementação e da aplicação efetiva: a implementação de uma política pública é uma etapa tão importante quanto às demais. Não basta ter um bom projeto ou uma boa coordenação se a implementação não seguir com a mesma qualidade. Para que esta característica não se torne um problema, é necessário um corpo técnico (burocracia) com alta qualidade que entenda a melhor forma de disponibilizar a política.

Consideração do interesse público: em que grau as políticas tendem ao interesse público. Se essas políticas são chamadas de públicas justamente porque urgem da necessidade de atender ao interesse público e o público que compõe o Estado, elas precisam estar sintonizadas com os seus anseios e suas necessidades para que alcancem o mais próximo que puderem a plenitude em sua realização.

Eficiência: as políticas refletem uma alocação de recursos escassos que assegure retornos sociais elevados. Ser eficiente é conseguir fazer com que uma política pública atinja o maior resultado com o menor custo em termos de recursos possível; significa ter produtividade operacional, com pouco desperdício. Aliados a esta característica estão os conceitos de eficácia, que se alinha à questão dos resultados obtidos condizentes com os planejados, e com a efetividade, cuja gestão busca equacionar o resultado (social) concreto com os objetivos pretendidos.

As políticas públicas, por demandarem uma ação do Estado para a sociedade, deve seguir uma série de etapas desde sua concepção inicial até estar implementada. Este processo é denominado de ciclo (ou processo) das políticas públicas, que se dividem em cinco etapas lógicas, que envolve diversos tipos de cenários e agentes.

Muitos são os autores que estudaram o ciclo das políticas públicas e, por isso, a literatura divide esse processo em fases diferentes e nem sempre coincidentes, mas que

guardam entre si estágios comuns. Esse processo é composto por um conjunto de etapas que visam atender às demandas e aos interesses da sociedade através da tomada de decisões e execução de ações por parte das instituições governamentais. Podemos dizer, portanto, que toda política pública é constituída pelo ciclo de identificação do problema, definição da agenda, formulação, adoção, implementação e acompanhamento, monitoramento e avaliação.

Cada etapa constitui um conjunto de decisões e ações tomadas pelo Estado, ou por quem o representa, onde são analisados aspectos técnicos, questões administrativas, políticas e sociais. A separação por fases ajuda a analisar e compreender melhor cada etapa do processo e a dividir responsabilidades mais específicas e especializadas em cada um dos momentos. Como veremos, esta pesquisa trata da avaliação dos resultados alcançados por uma política pública específica; portanto, vamos nos deter à parte do ciclo que trata desta temática.

A avaliação dos resultados gerados é onde se mede a efetividade da política pública e fornece os dados concretos sobre os resultados gerados pela mesma, a fim de se corrigirem as distorções e disfunções. Portanto, a avaliação é, geralmente, a análise de resultados posterior à implementação das políticas públicas.

Embora a avaliação seja apontada no ciclo da política como uma fase específica, ela tem sido utilizada, dentro dos modelos que adotam esta perspectiva, como um instrumento voltado para subsidiar a tomada de decisões nos mais variados momentos que ocorrem ao longo das diversas fases do ciclo. Desta forma, não se restringe à avaliação de resultados da política e nem à etapa final do processo. (BAPTISTA, REZENDE, 2011, p.17)

Todavia, como vimos, não se pode resumir a avaliação apenas a fase posterior à implementação, apesar de suas características indicarem isso. Dias e Matos (2012) afirmam que a avaliação é um “processo transversal a toda política pública, implica a definição de finalidade, metodologia e como processo de análise pode produzir informações válidas sobre o desempenho da política e conseqüente tomada de decisão com relação a possíveis modificações, continuidade ou exclusão de uma política ou programa público” (DIAS, MATOS, 2012, p.84).

A avaliação de políticas públicas compreende um conjunto objetivo de critérios, indicadores e padrões a serem seguidos. Economicidade, eficiência econômica e administrativa, eficácia e equidade são alguns critérios analisados para avaliar uma política pública. Os indicadores estabelecidos buscam dentro dos padrões estabelecidos analisar se houve benefício, se a política atingiu seus objetivos ou se está dentro do padrão desejado.

Participar do processo de avaliação de uma política permite realizar diversas ações a partir dos resultados obtidos, como, por exemplo, gerar informações úteis para futuras políticas, prestar contas dos recursos investidos, corrigir e prevenir falhas, avaliar se os recursos estão produzindo resultados esperados e eficientes, identificar as barreiras que impedem o desenvolvimento do Programa, promover o diálogo entre os diversos atores envolvidos e fomentar a coordenação e cooperação entre esses atores.

1.2 Políticas Públicas de Saúde: do Movimento Sanitarista ao SUS

As políticas públicas de saúde no Brasil fundamentam-se pelo modelo curativo, onde o tratamento é para as consequências, centrado nos hospitais e, conseqüentemente, nas especialidades médicas, e não para o modelo preventivo, onde busca-se resolver as causas antes que elas atuem. O acesso à saúde e a disponibilidade dos seus serviços está diretamente ligado à política econômica e à política de governo, por mais que isso contrarie o que está expresso nas normas constitucionais e legais.

Assim, as políticas públicas de saúde são parte das políticas públicas sociais do Estado. Elas têm como objetivo promover a saúde e reduzir os riscos de doenças e de outros agravos, além de garantirem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde pública, fomentando a interlocução dos propositores de políticas públicas de saúde com outros setores sociais. O artigo 2º da Lei 8080/90 define sobre o direito à saúde no Brasil:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Segundo a carta da Organização Mundial da Saúde (OMS), aprovada em 1948, a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades. Ou seja, o conceito de saúde começa pelo conceito da “não enfermidade”; saúde é, antes de tudo, um estado conjunto de bem-estar cuja abrangência é

ampla e excede o limite corporal. A Constituição de 88 traz em seu texto o dever do Estado sobre a questão da saúde pública com as devidas garantias àqueles que necessitem de sua assistência.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Historicamente, as políticas públicas de saúde no Brasil remetem a 1923 o seu início, ao menos oficial, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), por meio da Lei Eloy Chaves. A Lei apenas legitimou a prática existente nas fábricas e fez nascer os debates entre os setores público e privado que no futuro dariam origem ao Sistema Único de Saúde.

Em 1932, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que são uma resposta do Estado às reivindicações dos trabalhadores, dentro do contexto de industrialização do Brasil no Estado Novo. Em 1964, durante o regime militar, as IAPs foram unificadas e se criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que fortalece o caráter assistencialista da política de saúde pública no Brasil. Dentro do âmbito do INPS, percebeu-se a crescente necessidade da assistência à saúde, que terminou por culminar na criação do Instituto Nacional de Assistência Médica Previdência Social (INAMPS).

Em síntese, a história da ação do Estado nesta área social desenvolveu-se a partir de duas trajetórias institucionais principais: a das ações e serviços de saúde pública/saúde coletiva, dirigida à população em geral, sob responsabilidade das esferas subnacionais de governo e do Ministério da Saúde; e as ações de assistência médica ambulatorial e hospitalar, realizadas pela Previdência Social, dirigidas, principalmente, aos trabalhadores empregados no mercado formal de trabalho urbano. Cada uma com financiamento, administração, lógica e cultura institucional própria. (LUCCHESI, 2004, p.17).

Mas foi o Movimento Sanitarista Brasileiro, iniciado na década de 70, que exerceu o papel propositor de política pública: teve como objetivo, em linhas gerais, mobilizar a sociedade a propor novas políticas, modelos e ações para a área da saúde. Nesse sentido, uma atenção à saúde efetiva “dependia de um sistema de saúde democrático, viável somente em um regime democrático. O movimento tem, assim, como princípio, o reconhecimento da saúde como direito universal a ser garantido pelo Estado através de um sistema de saúde universal e equânime” (LOBATO, 2000, p.17).

O Movimento Sanitarista Brasileiro constituiu-se numa frente de oposição ao sistema centralizado e desigual de saúde pública. À época, criticava-se o difícil, restrito e desigual acesso aos serviços de saúde. Serviços concentrados em determinados territórios, sem coordenação entre os tipos de serviços de saúde e desperdício de verbas eram problemas comuns.

A ideia de criação de um sistema único de saúde, assim denominado, foi sendo construída por este amplo movimento político, com o propósito de reorganizar a ação do Estado no território nacional, visando assegurar o acesso universal e igualitário da população a um cuidado integral a sua saúde, sem qualquer discriminação e independentemente da oferta de serviços disponível em seu lugar de moradia, por meio de uma rede nacional de ações e serviços descentralizada, hierarquizada e regionalizada, com gestão política também descentralizada e participativa, capaz de dar maior resolutividade, eficácia e qualidade à atenção à saúde de toda a população brasileira. (LUCCHESE, 2004, p.18)

No Estado brasileiro, a saúde faz parte de um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, com base nos seguintes objetivos expressos no Art. 194 da Constituição Federal:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - equidade na forma de participação no custeio;

VI - diversidade da base de financiamento;

VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Mais detalhadamente, a Constituição de 1988, nos seus artigos 196 a 200, estabelece os princípios, diretrizes, bases de financiamento e competências gerais das políticas públicas de saúde, que tem como principal pilar o Sistema Único de Saúde. Nela, está instituído que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e

constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (CF, 1988, art. 198).

No tocante às diretrizes, a descentralização segue a lógica do financiamento da Seguridade Social, que deve ser custeado por toda a sociedade; o atendimento integral denota que o Sistema deverá cobrir não apenas alguns tipos de procedimentos médicos, mas todos os relacionados à saúde e a participação da comunidade refere-se ao poder que esta detém de dar o *feedback* nas necessidades de saúde para a realidade local.

O SUS em sua concepção surge como uma tentativa de trocar o foco da saúde para um processo preventivo, proteção e recuperação da saúde ao invés de puramente assistencialista e, por isso, a implementação do SUS foi considerada um avanço no tratamento das políticas públicas no Brasil. O artigo 200 da CF define que suas principais atribuições consistem em:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; (grifo nosso)

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Instituído formalmente pela Lei 8.080, em 19 de setembro de 1990, o SUS é o programa de saúde pública que congrega ações e serviços prestados pelas instituições públicas, sendo constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das

fundações mantidas pelo Poder Público, demonstrando que todas as esferas públicas e quem as representam tem o dever de prestar assistência à saúde. Isso, todavia, não afasta a responsabilidade dos cidadãos de cuidarem da própria saúde, como preconiza o inciso 2º do artigo segundo.

Se as diretrizes são importantes para nortear as ações e viabilizar as formulações da política pública de saúde, o SUS obedece ainda aos seguintes princípios – apresentados no art. 7º da Lei 8080/90 – que, como veremos, são inerentes a todas às atividades desenvolvidas no âmbito da saúde, inclusive na formulação da política de formação de recursos humanos para a área da saúde:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Dentre esses princípios, destacamos o princípio da universalidade, que trata dos titulares com direito à saúde e estabelece que todos os cidadãos possuem acesso gratuito aos serviços de saúde, independente de quaisquer outros requisitos, implantados pelas políticas públicas de saúde, sem distinção de classe social, renda ou crença, por exemplo, sendo uma das responsabilidades do SUS tornar este dispositivo uma realidade no país.

Já o princípio da igualdade garante aos beneficiários das políticas públicas de saúde a prestação do mesmo serviço com a mesma qualidade e disponibilidade. A igualdade é um dos pilares da sociedade brasileira quando a Constituição expressa de forma contundente que “todos são iguais perante a lei”. Porém, tal princípio não exclui a prática de critérios para o acesso dos serviços, como prioridade, doenças de grave risco, tendo em vista que a própria CF dita que os indivíduos devem ser tratados iguais nas suas igualdades e desigualmente nas desigualdades. Para isso, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida, uma vez que a equidade é um princípio de justiça social.

Um dos mais importantes, o princípio da integralidade trata do alcance dos serviços públicos de saúde, sendo um atributo do modelo de atenção que contempla o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação, objetivando o cuidado do paciente de forma ampla e completa, considerando a pessoa como um todo e atendendo a todas as suas necessidades. Ao mesmo tempo, esse princípio pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.

A política de recursos humanos para o SUS também está prevista nesta legislação a qual prevê que, na área da saúde, essa política será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento do objetivo de organizar um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal, o que se coaduna com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como veremos a seguir.

1.3 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

A política pública de educação superior brasileira apresenta uma tendência expansionista voltada para a ampliação do acesso ao ensino superior por uma massa anteriormente situada à margem desse processo³. Se em um primeiro momento a expansão das IES passava pela estratégia da interiorização (criação de instituições fora dos grandes centros) e de aumento de vagas nas capitais, numa segunda fase a expansão estende-se à pós-graduação, tanto no sentido *lato* quanto *stricto sensu*, em resposta às exigências do sistema econômico e das demandas do mercado de trabalho.

Segundo Lima Filho (2002), a adequação organizacional e curricular das IES, de forma a responder satisfatoriamente às demandas de composição qualitativa e quantitativa da força de trabalho em função do modelo de inserção do país no atual estágio das relações sociais capitalistas e das transformações técnicas e de gestão dos processos produtivos, resulta na “redefinição do papel do Estado, que deixaria a sua função de provedor de políticas universais e de desenvolvimento e assumiria a função de gestor de políticas de equidade, conforme a dinâmica determinada pelo mercado.” (LIMA FILHO, 2002, p. 271). Nesta concepção, destacamos o papel do Ministério da Educação e do Trabalho e Emprego ao conduzir ações para a aceleração do processo de implementação de políticas públicas específicas dirigidas ao campo da educação e formação de trabalhadores, tendo por foco a geração de emprego e renda⁴.

³ Para aumentar o acesso e a permanência das camadas populares ao ensino superior, o Governo Federal fomentou a ampliação da oferta de vagas para alunos de baixa renda na rede pública via Reuni (Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais), instituído pelo Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Outra iniciativa foi a Lei nº 12.711/2012, que garante a reserva de 50% das matrículas por curso e turno nas universidades federais e institutos federais de educação, ciência e tecnologia a alunos oriundos integralmente do ensino médio público, a chamada Política de Cotas nas Instituições Federais de Ensino. Já na esfera privada, foi ofertado o financiamento de vagas públicas a alunos de baixa renda no ensino superior privado via ProUni (Programa Universidade para Todos, que tem como finalidade a concessão de bolsas de estudo integrais e parciais em cursos de graduação e sequenciais de formação específica, em instituições de ensino superior privadas, criado pelo Governo Federal através da Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, que oferece, em contrapartida, isenção de tributos às instituições que aderem ao Programa).

⁴ O Ministério da Educação, com vistas a promover o reordenamento estrutural e operacional do ensino técnico-profissional, estabelece, através do Decreto nº 2.208, de abril de 1997, os objetivos, os níveis e as modalidades da educação profissional no país e os seus mecanismos de articulação com o ensino regular, detalhando a nova estrutura a ser implantada principalmente na rede federal, composta pelos Centros Federais de Educação Tecnológica, Escolas Técnicas Federais e Escolas Agrotécnicas Federais. Por sua vez, o Ministério do Trabalho e Emprego instituiu, em 1995, o Plano Nacional de Qualificação do Trabalhador (PLANFOR), que objetivava envolver as instituições de trabalhadores e patronais, organizações governamentais e não governamentais, escolas técnicas, universidades e institutos de pesquisa, a fim de articular um amplo leque de instituições da sociedade civil em um esforço voltado para a qualificação e formação dos trabalhadores. (LIMA FILHO, 2002).

Como vimos, foi o Movimento Sanitarista Brasileiro, iniciado na década de 70, que mobilizou a sociedade a propor novas políticas, modelos e ações para a área da saúde. Segundo Rosa e Lopes (2011), esse movimento constituiu-se como arranjo organizacional do Estado, definindo a efetivação da política de saúde no Brasil e instituindo a saúde como direito de cidadania e dever do Estado ao reestruturar os mecanismos de gestão do sistema de saúde através de uma reorganização do próprio Estado.

Apesar dos avanços, os reflexos do processo de privatização e mercantilização das políticas sociais acabam se reproduzindo no cotidiano dos profissionais de saúde e tem impedido a produção coletiva dos saberes, tornando o processo de trabalho fragmentado. Essa fragmentação dos saberes em campos profissionais promove a divisão social do trabalho e a dificuldade do trabalhador de saúde em compreender o seu papel como protagonista na relação entre os serviços, seu processo de trabalho e as necessidades de saúde da população.

Os ideais do Movimento Sanitarista Brasileiro foram consolidados com a previsão do SUS na Constituição Federal de 1988. Tendo o SUS como uma de suas atribuições constitucionais a formação de recursos humanos na área de saúde, a viabilização de políticas públicas de educação permanente para essa área fez-se um fértil campo de estudo e prática profissional, fomentados pelo Estado.

A Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. (BRASIL, 2007, p. 1).

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o SUS, em qualquer esfera, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde e articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde.

Assim, para aprofundar o debate sobre o processo de formação em saúde é necessário colocar em questão as características do ensino e das práticas de saúde em sua micropolítica no contexto atual. Essa contextualização possibilitará a compreensão dos novos paradigmas da educação dos profissionais da saúde, tendo como norte a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adotada pelo Ministério da Saúde a partir de 2003, prevê a formação profissional em serviço, tornando a rede pública de

saúde em um campo de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho e transformando a política de desenvolvimento de profissionais para a saúde em uma política do próprio SUS, que passa a assumir o papel de rede-escola, valorizando tanto a qualidade da assistência quanto a eficiência e relevância do trabalho em equipe.

Em consonância com a Constituição Federal, art. 200, inciso III, que define que “ao SUS compete ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde prioriza a necessidade de qualificação de todas as profissões da saúde e a importância para a reorganização do processo de trabalho seguindo os princípios e diretrizes do SUS, afirmando ser fundamental o preparo de profissionais qualificados para a atenção à saúde da população brasileira.

Essa ação, que se apresenta como uma nova estratégia para a implantação de inovações políticas, pretende formar profissionais com perfil para modificar as práticas atuais e criar uma nova cultura de intervenção e entendimento da saúde no âmbito da implantação do SUS, pressupondo o desenvolvimento de ações para a atenção integral à saúde, em serviços assistenciais da rede pública.

Esse rearranjo inclui a criação das residências integradas em saúde como inovação que propicie formação especializada em serviço para a equipe de saúde; e inclui, também, a instituição de mecanismos compensatórios que possibilitem equilibrar regionalmente a distribuição dos programas de residência e dos recursos especializados. (BRASIL, 2004, p. 26).

Conforme a Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007, a proposta de treinamento em serviço orientado pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, teve como eixos norteadores:

- I - cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica do País;
- II - concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural;
- III - política nacional de educação e desenvolvimento no SUS aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuada entre as distintas esferas de governo;
- IV - abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;
- V - estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurada em itinerário de linhas de cuidado de forma a garantir a formação integral e interdisciplinar;

- VI - integração ensino-serviço-comunidade por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, promovendo articulação entre ensino, serviço e gestão;
- VII - integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipe, tendo em vista a necessidade de mudanças no processo de formação, do trabalho e da gestão na saúde;
- VIII - integração com diferentes níveis de formação dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o ensino de educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde;
- IX - articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;
- X - descentralização e regionalização contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;
- XI - monitoramento e avaliação pactuados para garantir que o sistema de avaliação formativa seja dialógico e envolva a participação das instituições formadoras, coordenadores de programas, preceptores, tutores, docentes, residentes, gestores e gerentes do SUS e o controle social do SUS, considerando a conformação da política, da execução e da avaliação dos resultados; e
- XII - integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e à Gestão do Sistema.

Assim, percebe-se que o Estado chamou para si a responsabilidade de formar profissionais qualificados para atender às necessidades do SUS através da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que financia bolsas visando a formação profissional com vistas ao desenvolvimento de competências.

Essa Política Nacional de Educação Permanente em Saúde pensada pelo Governo Federal teve, como um de seus eixos estruturantes, a integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, caracterizada por ações que visaram à mudança das práticas de formação e atenção, do processo de trabalho e da construção do conhecimento, a partir das necessidades dos serviços.

Com a publicação da Portaria Nº 198/GM/MS, 13 de fevereiro de 2004, foi oficialmente instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, articulando os componentes de gestão, atenção e participação popular com o componente de educação dos profissionais de saúde. A proposta era criar um modelo de Residência Multiprofissional no qual, embora fossem preservadas as especialidades de cada profissão

envolvida, seria criada uma área comum, acrescida de valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento (LIMA, 2012).

No entanto, apesar da clara necessidade de reformas políticas, pedagógicas e estruturais nesse campo, apenas com a Lei 11.129, de 30 de junho de 2005, a Residência Multiprofissional viu-se amparada por uma legislação específica que, embora ainda incipiente, abriu caminho para a reflexão, discussão e regulamentação dos Programas de Residência. Como política pública, os Programas de Residência Multiprofissional apresentavam potencialidade pedagógica e política por “aproximar o ensino da gestão, o que por si só já se constitui em inegável inovação na formulação de políticas para formação de trabalhadores do e para o SUS” (BRASIL, 2006, p.13).

Nesse sentido, o Estado reafirma a compreensão e tratamento da gestão da educação na saúde como uma questão de natureza tecnopolítica, uma vez que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde, nas organizações e nas pessoas, implicando, portanto, na necessidade de articulação intra e interinstitucional que crie compromissos entre as diferentes redes de gestão, de serviços de saúde e educação e do controle social.

Nesta legislação, o Estado assumiu o seu papel na consolidação da Reforma Sanitária Brasileira por meio do fortalecimento da descentralização da gestão setorial, do desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e do incremento da participação da sociedade nas decisões políticas do SUS.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), para dar continuidade e avanço à Reforma Sanitária e concretizar os preceitos do SUS, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional, revela-se necessário e urgente semelhante movimento social por uma Reforma da Educação no setor do ensino que expresse o atendimento dos interesses públicos no cumprimento das responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanística para o desempenho tecnoprofissional.⁵

Para efetivar essa Política de Educação Permanente em Saúde, são necessários novos mecanismos de planejamento e gestão para que os serviços possam ser espaços de aprendizagem, com a formulação de novos pactos de trabalho, capazes de absorver as demandas de cuidado à população, do ensino e da produção do conhecimento na rede de

⁵ “Uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas implicaria trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras. Colocaria em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço/ educação permanente em saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social”. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.45).

atenção à saúde, realizando importantes iniciativas inovadoras na área do planejamento e da gestão educacionais.

1.4 Os Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde

Historicamente, o termo Residência no Brasil sempre esteve ligado à especialização em serviço de médicos residentes. No entanto, face ao crescimento do ensino de pós-graduação no país e à ampliação do mercado de trabalho, esse modelo tradicional de formação em saúde “não se situa como referência para a organização da educação na saúde no país, frente à instituição da política de educação permanente em saúde”. (SHIKASHO, 2013, p.56)

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde propõe um modelo de política de formação e desenvolvimento de profissionais para a saúde ajustando o perfil profissional frente às necessidades de mudanças de paradigmas no campo da saúde coletiva. Têm o propósito de possibilitar tanto a formação profissional, quanto contribuir com a mudança do desenho técnicoassistencial do SUS.

Financiados pelos Ministérios da Saúde e da Educação e submetidos à legislação nacional específica para a área, os Programas de Residência Multiprofissional fazem parte dessa política pública voltada para a educação permanente em saúde, cuja implantação nas IES constituiu-se em experiência inovadora que contribuiu para a formação do corpo de profissionais, aprofundando os conhecimentos teóricos, teórico-práticos e práticos dos egressos da graduação e aperfeiçoando o atendimento ao paciente.

Na Lei 11.129, de 30 de junho de 2005, a Residência em área profissional da saúde é definida como “modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica”, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, em regime de dedicação exclusiva e sob supervisão docente-assistencial. E, para deixar claro seu objetivo político-pedagógico, já no parágrafo 1º, esclarece que se trata de um “*programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde*” (grifo nosso).

A partir dessa lei, os Ministérios da Educação e da Saúde passaram a promover as Residências Multiprofissionais nas Universidades, formando um arsenal de profissionais com

perfil para modificar as práticas de saúde e criar uma nova cultura de intervenção e entendimento da saúde no âmbito da rede pública. Assim, foi imprescindível manter ativo o diálogo entre os vários atores envolvidos nesses Programas de Residência para constituir equipes verdadeiramente integradas e desenvolver a assistência à saúde no contexto de uma ação multiprofissional e interdisciplinar, compreendendo e tratando a gestão da educação na saúde de forma mais ampla.

Nessa perspectiva, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde se configuram como alicerce para a formação qualificada dos profissionais de saúde, que vivenciam a integralidade e a interdisciplinaridade como práticas cotidianas na construção do conhecimento, formado a partir da especialização em serviço e contribuindo tanto para o surgimento de novas práticas de ensino quanto para novos modelos de atenção à saúde. Dessa forma, “de produto secundário, a implementação das diretrizes constitucionais do SUS deveria passar a objetivo central e a educação em serviço ganhar estatuto de política pública governamental” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.45).

Portanto, não se pode negar que o programa da Residência Multiprofissional deve ser considerado como uma tendência para a construção de políticas de formação de recursos humanos na saúde. Em primeiro lugar, porque gerou micro rupturas na política hegemônica da formação superior em saúde, na modalidade da residência, que, até então, era de exclusividade da área médica. Depois, porque pretende ser uma estratégia para a implantação do SUS, o que suscita perspectivas otimistas do Estado velar pelo cumprimento dessas prescrições legais. (ROSA, VASCONCELOS, 2014)

2 METODOLOGIA

Metodologia é o estudo de procedimentos e técnicas que permite a coleta e o processamento de dados, visando à construção do conhecimento a partir da resolução de problemas e/ou questões de investigação e com o propósito de comprovar sua validade e utilidade nos diversos âmbitos da sociedade. Para Marconi e Lakatos (2010), “método é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista” (p. 65).

Dessa forma, apresenta-se, nesta seção, o caminho metodológico utilizado, citando os principais motivos que levaram a realizar tais escolhas. São detalhados o tipo de pesquisa, o cenário, os sujeitos do estudo e as estratégias de coleta e análise dos dados.

2.1 Desenho de estudo

Esse estudo tratou-se de uma pesquisa do tipo exploratória-descritiva⁶, de corte transversal e abordagem quantitativa. As pesquisas exploratórias têm o objetivo de proporcionar mais informações acerca do assunto que vamos investigar, possibilitando sua definição e delineamento. A pesquisa exploratória permite o estudo do tema sob diversos ângulos e aspectos e envolve, em geral, levantamento bibliográfico, entrevistas e análise de exemplos que estimulem a compreensão.

Já nas pesquisas descritivas, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o autor interfira sobre eles. Para coletar tais dados, o pesquisador utiliza-se de técnicas específicas, dentre as quais se destacam entrevistas, formulários e questionários, sendo este último a ferramenta utilizada neste trabalho, como veremos adiante. Já o corte transversal diz respeito aos estudos que visualizam a situação de uma população em um determinado momento, descrevendo um instante da realidade.

⁶ “As pesquisas descritivas são, juntamente com as pesquisas exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. Em sua forma mais simples, as pesquisas descritivas aproximam-se das exploratórias, quando proporcionam uma nova visão do problema.” (PRODANOV, FREITAS, 2013, p. 53).

Sob o ponto de vista da forma de abordagem do problema, este trabalho é quantitativo, uma vez que traduz em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las, através de técnicas estatísticas. Essa forma de abordagem é empregada nas pesquisas descritivas pela facilidade de poder descrever a complexidade de uma hipótese ou problema, analisar a interação de variáveis, compreender processos dinâmicos de certos grupos sociais, entre outros.

2.2 Técnicas de pesquisa para levantamento de dados

Este trabalho constituiu-se de três momentos: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e estudo de caso. A pesquisa bibliográfica serviu para coletar informações já publicadas sobre o tema que pudessem embasar a fundamentação teórica do trabalho. Como fonte documental, utilizamos o banco de dados do Programa de Residência, relativo ao período de formação das turmas pesquisadas, por meio do qual obtivemos acesso à relação nominal dos egressos e seus dados para contato. Já o estudo de caso está relacionado à análise do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do HC/UFPE, consistindo no objeto a ser investigado.

Para atingir os objetivos propostos, os dados foram coletados através de questionário composto por perguntas fechadas, de múltipla escolha e enviado por meio eletrônico para os respondentes; tal ferramenta fez-se necessária porque muitos residentes são oriundos do interior do Estado ou de outras regiões do país, sendo mais eficaz a utilização de coleta de dados através do meio digital para abranger um maior número de participantes na pesquisa, sendo desta forma uma demanda espontânea de coleta de dados. “Atualmente, os pesquisadores têm utilizado meios eletrônicos para facilitar, agilizar e reduzir os custos operacionais da pesquisa” (PRODANOV, FREITAS, 2013, p. 108).

O link do questionário foi enviado para o endereço eletrônico dos egressos a serem pesquisados, obtidos conforme cadastro na Coordenação Geral do Programa. No corpo do e-mail, os ex-residentes foram informados sobre os objetivos do trabalho e os direitos de sigilo com relação aos seus dados pessoais. Ao final do texto, seguiu o link do questionário, o qual era respondido online pelo ex-residente, e os dados armazenados para posterior tabulação e análise.

O questionário foi composto por 24 (vinte e quatro) perguntas de identificação sócio-demográfica e de informações acadêmicas com relação à graduação e pós-graduação, além de questões sobre a inserção no mercado de trabalho pelos residentes egressos e experiência profissional, de forma a coletar os dados para a análise.

2.3 *Locus* da pesquisa

No Brasil, um dos cenários onde se desenvolve a política de educação permanente em saúde são os Hospitais Universitários (HU). Segundo Medici (2001), os HU são aqueles atrelados a uma IES que possuem as seguintes características: (1) são uma extensão de uma instituição de ensino em saúde, por exemplo, uma faculdade; (2) são campo de prática de treinamento universitário na área de saúde; (3) são credenciados como hospital-escola e (4) oferecem atendimento de alta complexidade à população em geral.

Diante disso, percebemos que os HU são unidades de formação de profissionais de saúde inseridos no contexto de demandas sócio-sanitárias. Assim, podemos dizer que são centro de duas políticas de Estado: educação e saúde, que precisam ser articuladas de forma conjunta para desenvolver tanto o aspecto educacional de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a área da saúde quanto o aspecto assistencial de provimento de serviços de saúde especializados para a população, contribuindo para o desenvolvimento do próprio SUS.

O Hospital das Clínicas (HC), inaugurado em 14 de setembro de 1979, é um dos órgãos suplementares Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e se enquadra nessa definição de hospital universitário. Atualmente, está sendo gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), empresa pública ligada ao Ministério da Educação responsável pela gestão dos hospitais universitários federais. No âmbito do ensino, encontra-se vinculado ao Ministério da Educação e Cultura, certificado como Hospital de Ensino, e, no plano da assistência, integra o SUS através de contratualização com a Secretaria Estadual de Saúde.

Tem como pilares os campos do ensino, assistência e pesquisa através da prestação de assistência médica-hospitalar por meio de atendimento ambulatorial, internamento e procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos usuários, nos níveis de referência de média e alta complexidade, como, por exemplo, nas áreas de cardiologia intervencionista,

neurocirurgia, transplante renal, obesidade grave e oncologia, com atendimento à população de Pernambuco e de outros Estados da Região Nordeste.

Na área do ensino, mais especificamente no âmbito da pós-graduação “*lato sensu*”, oferece, além de diversos cursos de especialização, os Programas de Residência Médica, de Enfermagem, em Nutrição e Multiprofissional. Dos quatro Programas de Residência do HC/UFPE, o pioneiro foi o Programa de Residência Médica, que teve início na instituição em 1958. Em seguida, no ano de 1993, foi implantado o Programa de Residência em Enfermagem e em 1996, o Programa de Residência em Nutrição, ambos destinados, respectivamente, aos graduandos egressos dos cursos de Enfermagem e Nutrição.

No entanto, na área de ensino da especialização em serviço, apesar de ter um histórico de valorização da formação em serviço, foi com a criação do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do HC/UFPE que o hospital abriu as portas para o cuidado integrado do paciente. O programa foi implantado em 2010 por uma equipe multiprofissional do hospital e estruturado para preencher uma lacuna na Instituição com relação ao trabalho multiprofissional, integral, interdisciplinar e intersetorial, abarcando, inicialmente, as categorias profissionais de Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Farmácia e Serviço Social.

Nessas categorias, o Programa oferece duas áreas de especialidade, a saber Saúde da Mulher e Nefrologia, que foram consideradas, de acordo com o Projeto do Programa enviado para análise do MEC no final de 2009, os campos de maior prioridade e projeção dentro e fora do cenário local. Diante dessas temáticas foi que o Programa de Residência Multiprofissional se preocupou em pensar em uma assistência ampla de saúde que visou não somente a prevenção, reabilitação e a cura da doença, mas também o real entendimento por parte dos profissionais da saúde a respeito das políticas públicas e do gerenciamento dessas políticas e do funcionamento do SUS.

Assim, percebemos que o referido Programa está em consonância com a Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a qual determina que o objetivo da política é recolocar a questão de que as demandas para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS não sejam definidas somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização e da capacidade de oferta e *expertise* de uma instituição de ensino, mas considerem, prioritariamente, os problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho.

Dentre os três Programas de Residência Multiprofissional existentes na UFPE⁷, este Programa é o único de caráter hospitalar, que presta assistência aos usuários de uma unidade de saúde de alta complexidade, tendo como contra-referência os rodízios na Unidade Básica de Saúde da Família, constituindo-se em uma forma de ensino mais completa do ponto de vista das experiências em rotinas de trabalho.

2.4 Sujeitos da pesquisa

Levando em conta os objetivos do trabalho, a população foi constituída pelos residentes egressos de quatro turmas deste Programa, que concluíram a sua especialização em serviço nos anos de 2012 a 2015. Dessa forma, os dados foram coletados através de questionário eletrônico que foi enviado aos 54 (cinquenta e quatro) ex-residentes que concluíram os Programas nos anos supracitados, constituindo-se em sujeitos do estudo. Desse grupo, 24 ex-residentes, ou seja, 44,44% do total, participaram da pesquisa respondendo o questionário eletrônico no mês de Março de 2016.

2.5 Interpretação e análise dos dados

Os resultados foram analisados a partir da formulação de planilhas e tabelas, considerando o cálculo dos valores relativos obtidos através do Excel. Os dados foram apresentados em forma de gráficos, que são figuras que servem para a representação dos dados, permitindo a descrição imediata do fenômeno através de elementos geométricos que representam dados estatísticos (MARCONI E LAKATOS, 2010).

⁷ Existem ainda na UFPE o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do CCS e o Programa de Residência de Interiorização de Atenção à Saúde do CAV.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do perfil dos 24 egressos que responderam ao questionário nos permitiu identificar alguns dados gerais como sexo, idade, naturalidade, categoria profissional, área de concentração e ano de conclusão, objetivando traçar um perfil dos ex-residentes sujeitos dessa pesquisa. Conforme tabela abaixo, percebemos que quase a totalidade dos residentes é do sexo feminino (20), tem em média 30 anos e 58,3% são naturais da Região Metropolitana do Recife. Além disso, 54,1% são da categoria profissional de Enfermagem ou Nutrição, 70,8% são oriundos da área de concentração em Saúde da Mulher e são um retrato das quatro turmas pesquisadas, visto que os respondentes se dividem quase de forma homogênea entre os anos pesquisados.

Tabela 1 – Descrição dos respondentes

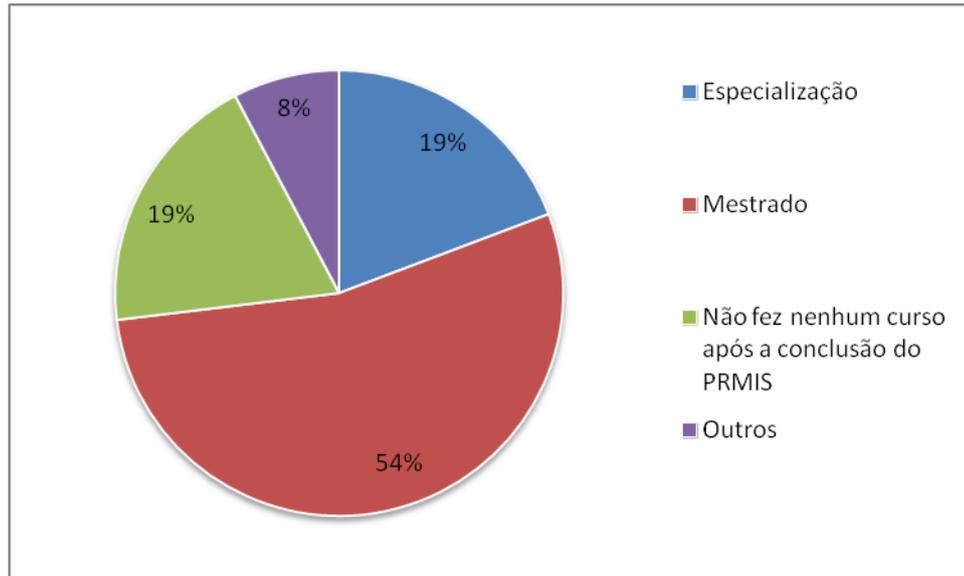
Sexo	Data de Nascimento	Naturalidade	Categoria Profissional	Área de Concentração	Ano de Conclusão
Feminino	24/09/1988	João Pessoa/PB	Nutrição	Nefrologia	2012
Feminino	26/08/1975	Mamanguape/PB	Psicologia	Saúde da Mulher	2015
Feminino	09/08/1986	Recife/PE	Nutrição	Nefrologia	2013
Feminino	23/05/1988	Olinda/PE	Enfermagem	Saúde da Mulher	2014
Feminino	06/01/1985	Recife/PE	Psicologia	Nefrologia	2015
Feminino	14/07/1988	Recife/PE	Nutrição	Saúde da Mulher	2015
Feminino	02/09/1986	Recife/PE	Fisioterapia	Saúde da Mulher	2014
Feminino	02/09/1986	Recife/PE	Fisioterapia	Saúde da Mulher	2014
Feminino	15/07/1985	Venturosa/PE	Enfermagem	Saúde da Mulher	2013
Feminino	12/10/1984	Olinda/PE	Terapia Ocupacional	Saúde da Mulher	2012
Masculino	27/08/1985	Limoeiro/PE	Enfermagem	Saúde da Mulher	2012
Feminino	01/07/1988	Recife/PE	Nutrição	Saúde da Mulher	2014
Feminino	21/04/1982	Recife/PE	Fisioterapia	Saúde da Mulher	2012
Masculino	14/06/1985	Recife/PE	Fisioterapia	Nefrologia	2013
Feminino	05/08/1984	Olinda/PE	Enfermagem	Nefrologia	2013
Feminino	29/05/1985	Orobó/PE	Enfermagem	Saúde da Mulher	2012
Feminino	11/08/1987	Bom Conselho/PE	Psicologia	Saúde da Mulher	2014
Feminino	02/05/1985	Recife/PE	Terapia Ocupacional	Saúde da Mulher	2014
Feminino	02/05/1983	Natal/RN	Psicologia	Saúde da Mulher	2012
Feminino	22/04/1987	Recife/PE	Enfermagem	Saúde da Mulher	2013
Feminino	28/07/1989	Timbaúba/PE	Nutrição	Saúde da Mulher	2013
Feminino	06/10/1989	Recife/PE	Psicologia	Nefrologia	2015
Masculino	19/08/1988	João Pessoa/PB	Nutrição	Nefrologia	2012
Masculino	17/10/1989	Lajedo/PE	Enfermagem	Saúde da Mulher	2014

Resultado análogo foi encontrado no estudo de Melo et al (2012), cujos autores ressaltaram o processo de feminilização do trabalho em saúde. No entanto, esse estudo destacou que “não significa que, concretamente, tenha havido alteração significativa na dinâmica interna da organização, nas necessidades específicas e do desejo, determinando papéis sociais diferenciados e associados ao gênero masculino e feminino” (MELO et al, 2012, p. 21). Também no estudo de Gil (2005), foi constatada a predominância da participação do sexo feminino nas especializações, sendo os dados do seu estudo são “compatíveis com outros que vêm revelando, entre algumas tendências do mercado de trabalho em saúde, a feminilização das profissões, como os estudos de Girardi & Carvalho; Machado e Escorel sobre os profissionais inseridos nas equipes de saúde da família”. (GIL, 2005, p. 494).

Assim como no estudo de Dias et al (2008), que estudaram essa relação no Estado do Ceará, a maioria dos egressos pesquisados atuam na região onde foi cursado o Programa de Residência, sendo “importante destacar a presença expressiva dos egressos da RMSF na Região Nordeste (em mais de dois terços dos estados nordestinos)” (DIAS et al, 2008, p. 41), indicando a contribuição para o processo de consolidação local dos Programas de Residência, bem como da especialização dos profissionais para o mercado de trabalho regional.

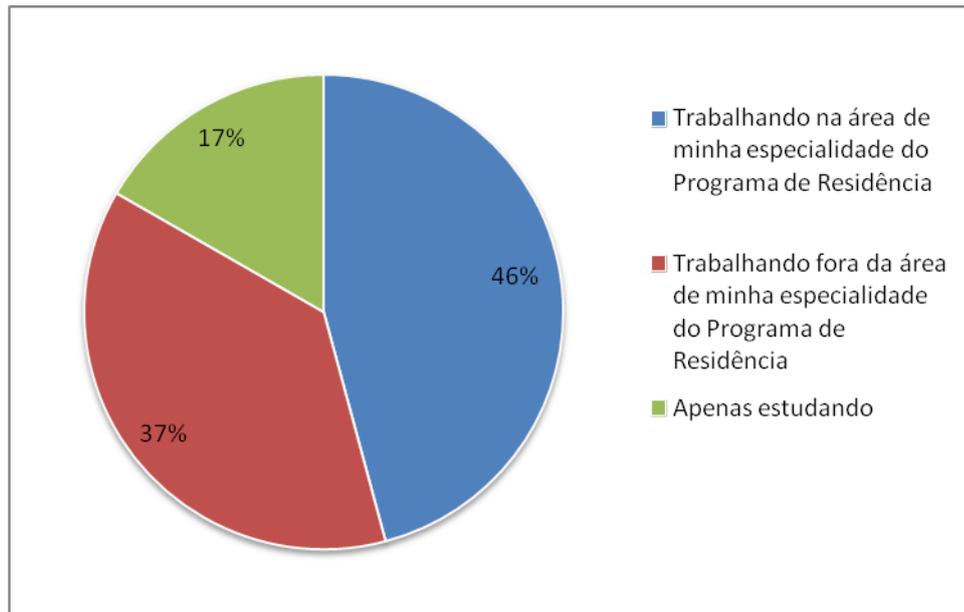
Outro ponto que gostaríamos de destacar é a idade média de conclusão do Programa de Residência. Embora a idade não seja um fator excludente no processo seletivo dos Programas de Residência em todo o país, conforme prevê a legislação sobre o tema estudada acima, percebe-se uma forte concentração de idade em torno dos 30 anos neste tipo de especialização em serviço, com residentes oriundos diretamente da graduação. Tal resultado também foi corroborado pelo estudo de Melo et al (2012), onde “constatou-se que 18 alunos encontravam-se na faixa etária de 20 a 30 anos no ano da conclusão da RMSF, caracterizando a população estudada como de adultos jovens” (MELO et al, 2012, p. 21), prontos para se inserirem no mercado de trabalho.

Gráfico 1 – Cursos realizados após Residência



Após a conclusão do Programa de Residência, 81% dos egressos deram continuidade aos estudos acadêmicos. Cinquenta e quatro por cento ingressaram no curso de Mestrado, apontando uma forte influência do conteúdo teórico do Programa na formação do residente. Além disso, podemos afirmar também que o peso do certificado de conclusão de uma Residência em Saúde no processo seletivo do curso de Mestrado é relevante na aprovação do candidato. Muitos editais de programas de pós-graduação *strictu sensu* na área de saúde conferem pontuação elevada no processo seletivo aos candidatos que concluíram a Residência em Saúde. Dezenove por cento ingressaram em um curso de especialização, outros 8% em cursos teóricos diversos e apenas 19% não realizaram nenhuma outra qualificação. Outros estudos, como o de Verdi et al (2006) e Melo et al (2012), também confirmaram esse achado, ratificando uma forte tendência na continuidade dos estudos nas profissões ligadas à saúde.

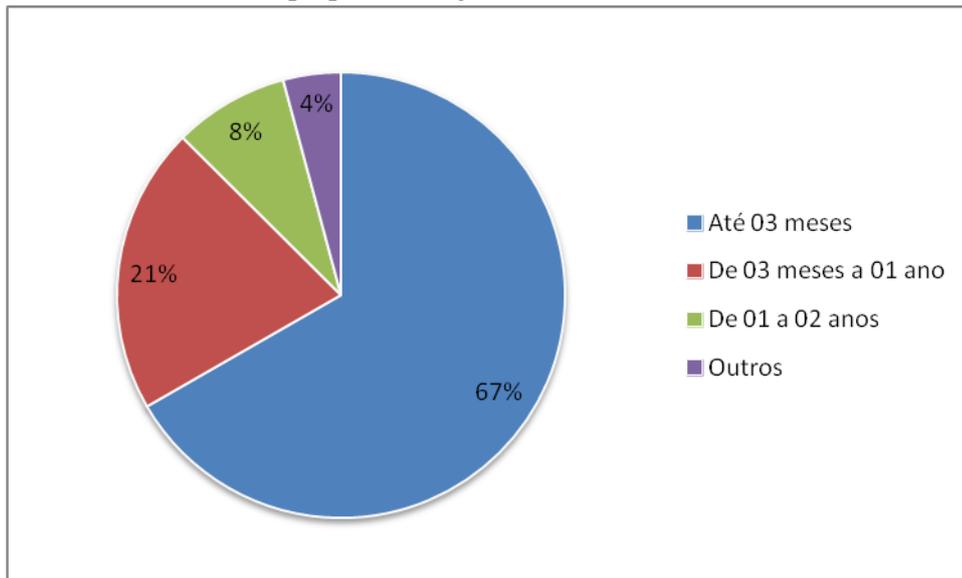
Gráfico 2 – Inserção no mercado de trabalho



Em nosso estudo, 17% dos egressos estão apenas estudando e não se inseriram ainda no mercado de trabalho. Quarenta e seis por cento dos que estão trabalhando permaneceram ligados à área de formação na Residência, seguindo na mesma especialidade escolhida para aperfeiçoamento, enquanto 37% mudaram de área após a conclusão do curso e estão atuando em um campo de atuação diferente da especialização em serviço. Embora esses números sejam muito próximos, constatamos que a política pública em questão no HC/UFPE tem cumprido seu objetivo de formar profissionais que estendem para além da especialização os conhecimentos adquiridos, dando continuidade à formação recebida através da ação estatal.

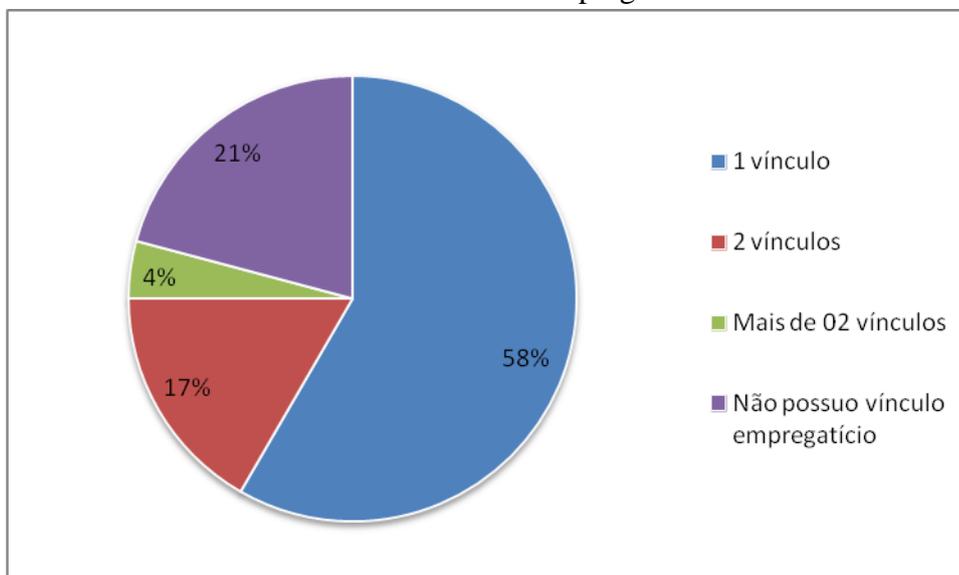
Para Dias et al (2008), podemos inferir que os Programas de Residência têm atuado como uma ferramenta de educação permanente e não apenas como qualificação profissional desarticulada do processo de trabalho. “Essa afirmação é subsidiada pelo fato de que, uma vez qualificados em um curso de pós-graduação, os profissionais permanecem inseridos em sua área específica de atuação”. (DIAS et al, 2008, p. 42).

Gráfico 3 – Tempo para inserção no mercado



O tempo de inserção no mercado de trabalho após a conclusão do Programa de Residência foi bem rápido dentre aqueles que responderam ao questionário: 67% ingressaram no mercado de trabalho em até três meses após a conclusão do curso. Da mesma forma, no estudo realizado por Melo et al (2012) no Ceará, “a maior parte dos egressos da RMSF levou menos de três meses para inserir-se no mercado de trabalho. Dos 22 egressos que responderam ao formulário, 12 já estavam empregados antes de concluir a RMSF” (MELO et al, 2012, p. 22).

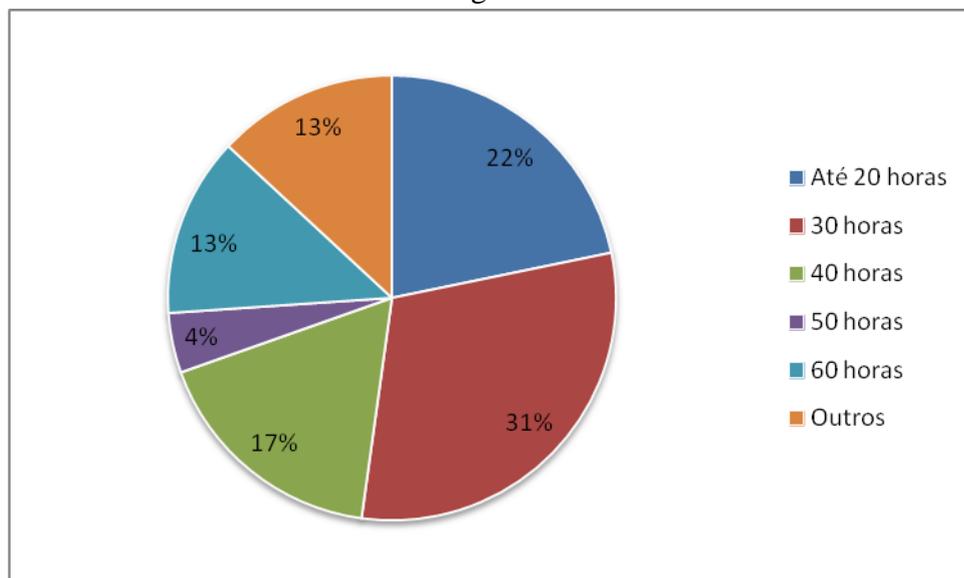
Gráfico 4 – Vínculos empregatícios



Cinquenta e oito por cento dos entrevistados possuem um vínculo empregatício, enquanto 21% possuem dois ou mais vínculos de trabalho, este último fato bem característico das profissões de saúde as quais, por lei, permitem o acúmulo de cargos.⁸ Além dessa possibilidade jurídica de acúmulo de cargos, para Feuerwerker (1998), o processo de deterioração salarial dos profissionais de saúde em nosso país é patente e causador da multiplicidade de empregos simultâneos desses profissionais, o que, no entanto, não foi verificado em nosso estudo, tendo em vista que a maioria dos entrevistados se dedica a apenas um emprego.

Destacamos que os 21% dos entrevistados que declararam não possuir vínculo empregatício englobam tanto os ex-residentes que se encontravam desempregados quanto os profissionais liberais que trabalham de forma autônoma. Embora o segundo grupo perceba algum tipo de rendimento, na relação de trabalho do profissional autônomo não há que se falar em vínculo empregatício.

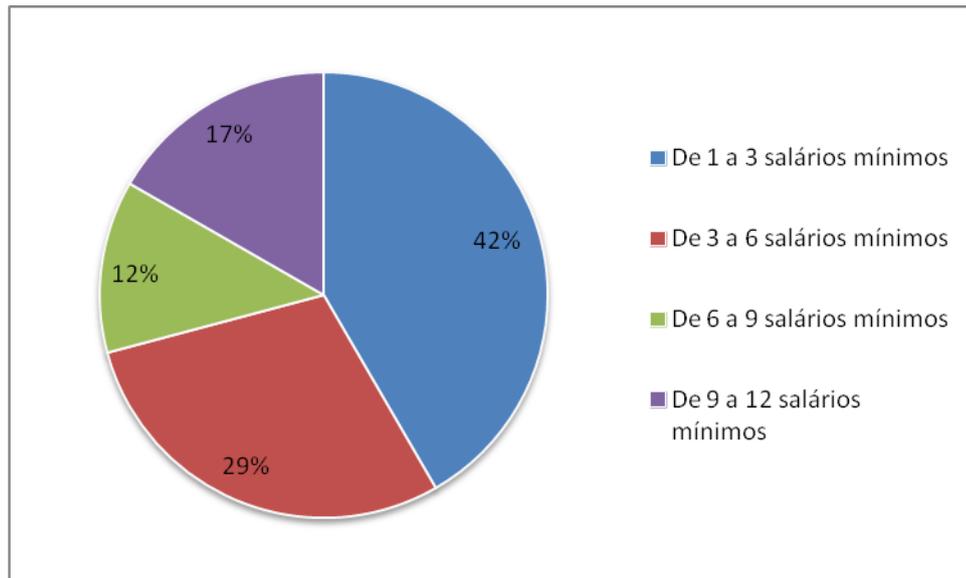
Gráfico 5 – Carga horária semanal



A maioria dos profissionais entrevistados, 31%, tem carga horária de trabalho semanal de 30 horas; 22% trabalham até 20 horas e 17% dedicam 40 horas semanais ao trabalho. Já no estudo de Melo et al (2012), a maioria dos egressos entrevistados trabalhava 40h, seguido dos que trabalhavam 50h, 30h e 20h, demonstrando que o quesito carga horária de trabalho semanal é bastante variável nas profissões de saúde e sofrem mudanças de acordo com a demanda de mercado.

⁸ Constituição Federal, art. 37, inciso XVI, alínea c.

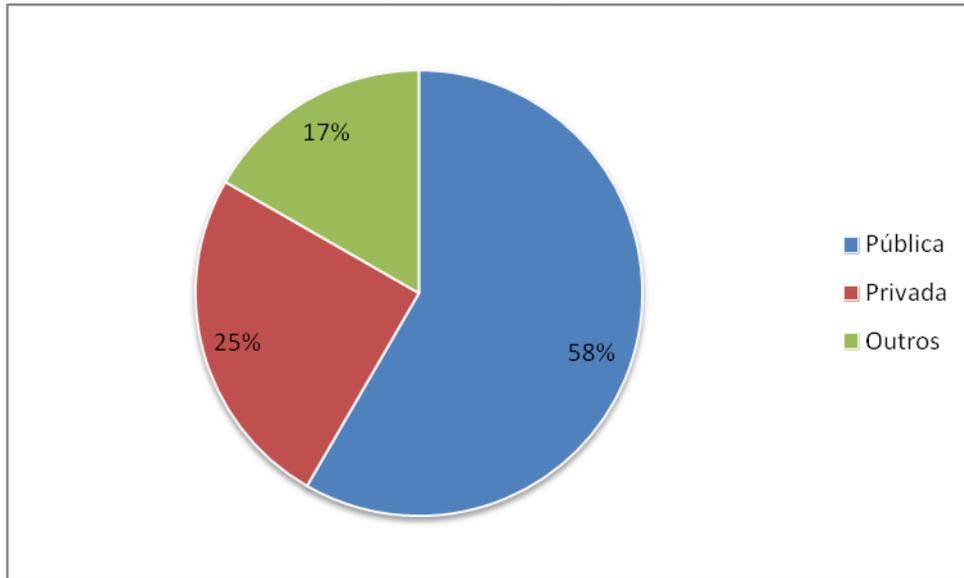
Gráfico 6 – Renda mensal



Quarenta e dois por cento dos ex-residentes ganham de 1 a 3 salários mínimos, 29% recebem entre 3 e 6 salários mínimos, 12% de 6 a 9 salários mínimos e 17% ganham de 9 a 12 salários mínimos. Melo et al (2012) descreveu que, com relação à remuneração, “05 dos egressos afirmaram possuir salário entre R\$ 1.000,00 e R\$ 1.500 reais; 09 afirmaram receber entre R\$ 1.500 e R\$ 2.000 reais; 02 se posicionaram que recebiam mais que 2.000 reais por mês e 01 egressos não informou o valor da remuneração”. (MELO et al, 2012, p. 22).

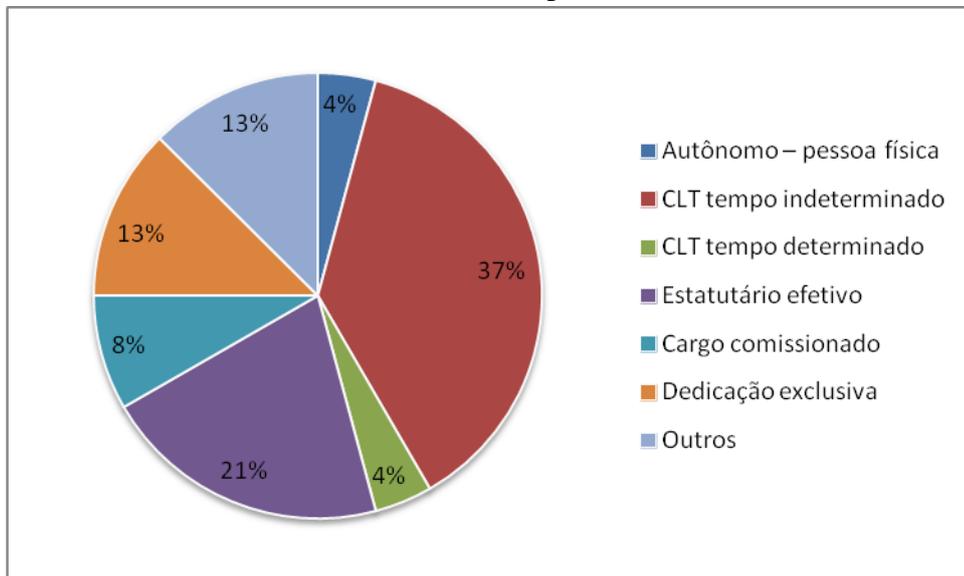
Percebe-se que, comparativamente, nos dois estudos, a maioria dos entrevistados declararam receber menos que R\$2.640. Destaca-se que esse valor é menor do que a bolsa paga mensalmente pelo Ministério da Educação ao residente da área de saúde em atuação, que corresponde a R\$3.330,43 (valor nacional unificado para todos os residentes em saúde), mostrando uma desvalorização da mão de obra, mesmo especializada, na área de saúde.

Gráfico 7 – Tipo de instituição onde trabalha



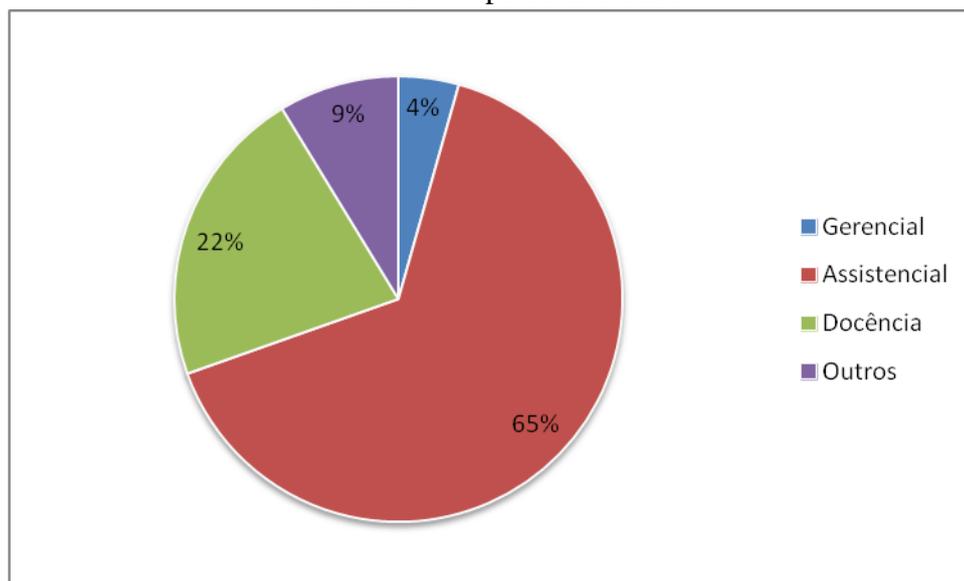
Em nosso estudo, 58% dos profissionais entrevistados trabalham em uma instituição pública e 25% em uma empresa privada. Como vimos, uma das premissas da Política Nacional de Educação em Saúde é formar profissionais para o SUS, que possam atuar no Sistema Público de Saúde compartilhando os conhecimentos adquiridos através da política pública, devolvendo em serviço para a sociedade o conhecimento adquirido gratuitamente através da Residência.

Gráfico 8 – Vínculo profissional



Os tipos de vínculo empregatícios encontrados foram bastante variados, onde destacamos: 37% disseram estar sob o regime celetista por tempo indeterminado, 21% se declararam funcionários estatutários efetivos, 13% são profissionais de dedicação exclusiva e apenas 4% trabalham de forma autônoma. Este resultado é semelhante ao encontrado por Melo et al (2012). Para esses autores, no setor saúde, observa-se uma “grande precarização das relações de trabalho, aspecto que parece ser afim aos modernos movimentos do capitalismo tardio, especialmente considerando o estabelecimento de novos ordenamentos sociais” (MELO et al, 2012, p. 22).

Gráfico 9 – Tipo de atividade

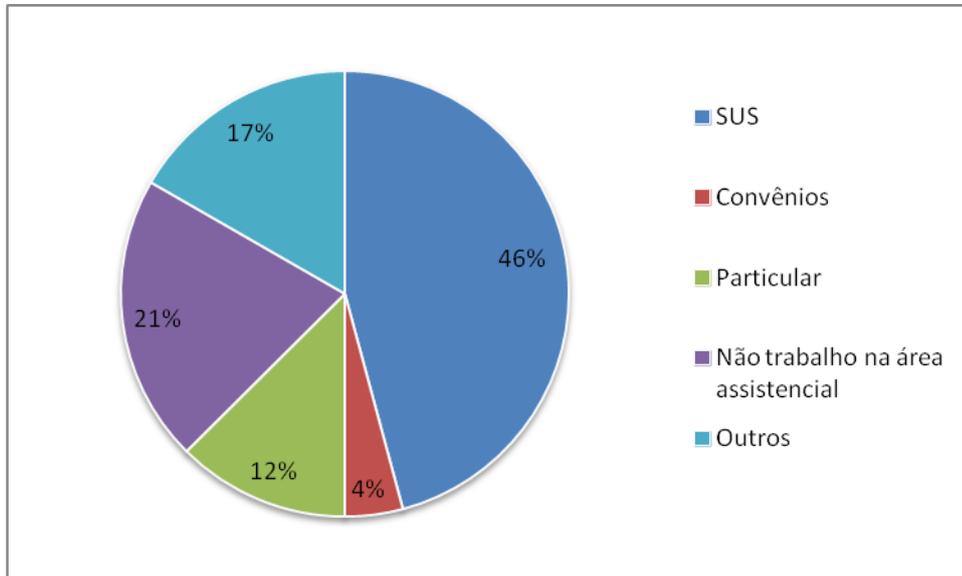


Boa parte dos entrevistados estão ocupando funções de cunho assistencial, lidando diretamente com o cuidado do paciente (65%), 22% estão se dedicando à docência e 4% estão exercendo atividades gerenciais. Esse achado é semelhante ao verificado por Verdi et al (2006) em Santa Catarina, onde, em termos de inserção no mercado de trabalho, verificou-se que os primeiros egressos do Programa de Residência pesquisado no seu estudo “estão inseridos no Sistema Único de Saúde em diferentes setores e níveis de gestão e atenção à saúde, colaborando inclusive com a formação de novos profissionais em nível de graduação e pós-graduação” (VERDI et al, 2006, p. 302).

O trabalho de Dias et al (2008) no Ceará encontrou o mesmo resultado. Lá, 51% dos egressos atuam na atenção à saúde, “fato pode estar associado à maior disponibilidade de vagas neste segmento, como também evidencia que os egressos da RMSF estão

desenvolvendo processos de trabalho semelhantes aos que vivenciaram na formação da RMSF” (DIAS et al, 2008, p. 41).

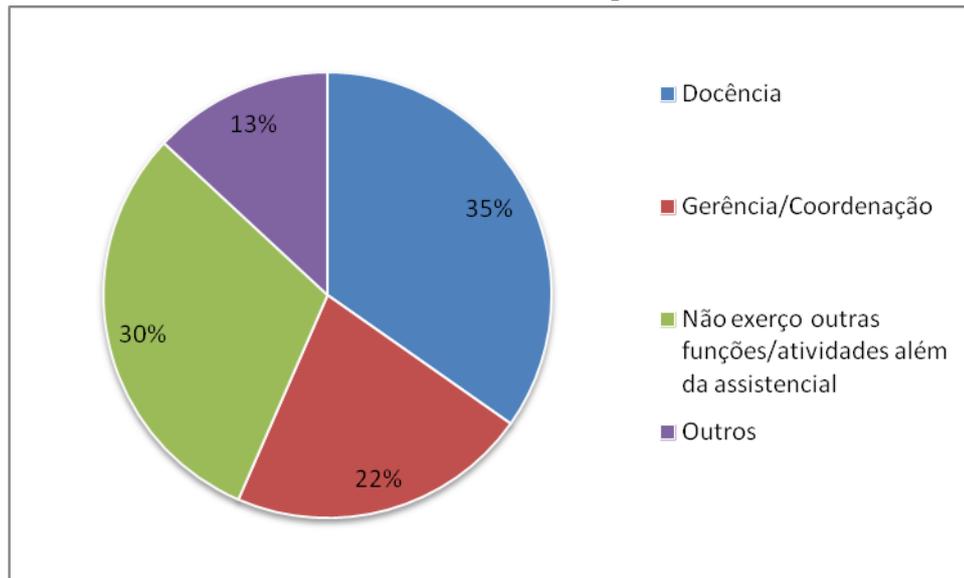
Gráfico 10 – Clientela atendida



Com relação à clientela atendida, quase metade dos entrevistados declararam prestar assistência aos pacientes do SUS. Lembramos que a Lei 11.129/05, em seu artigo 13, parágrafo primeiro, afirma que a Residência “constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde”. Nessa medida, percebe-se o caráter social da política pública analisada, a qual se preocupa com o retorno da força de trabalho para o próprio SUS, revertendo para os pacientes os saberes adquiridos na formação especializada.

A necessidade de construir novos saberes integrados a partir do cuidado e dos cuidadores, aproveitando inteiramente as competências adquiridas por esses trabalhadores em benefício dos usuários do SUS, é de fundamental importância para a correção do atual modelo de atenção à saúde. Se a população brasileira foi ‘audaciosa’ para construir um arcabouço legal baseado nos princípios da universalidade e integralidade da assistência à saúde, torna-se necessário liberar as amarras da formação da saúde voltada, exclusivamente, para o mercado, buscando uma nova formação, de modo que os cidadãos cuidados e os cidadãos cuidadores tenham a liberdade de buscar os melhores caminhos e, neste sentido, a Residência Multiprofissional, certamente é um deles. (BELCHIOR, SILVA. HYGINO, 2006, p. 394).

Gráfico 11 – Outras atividades profissionais



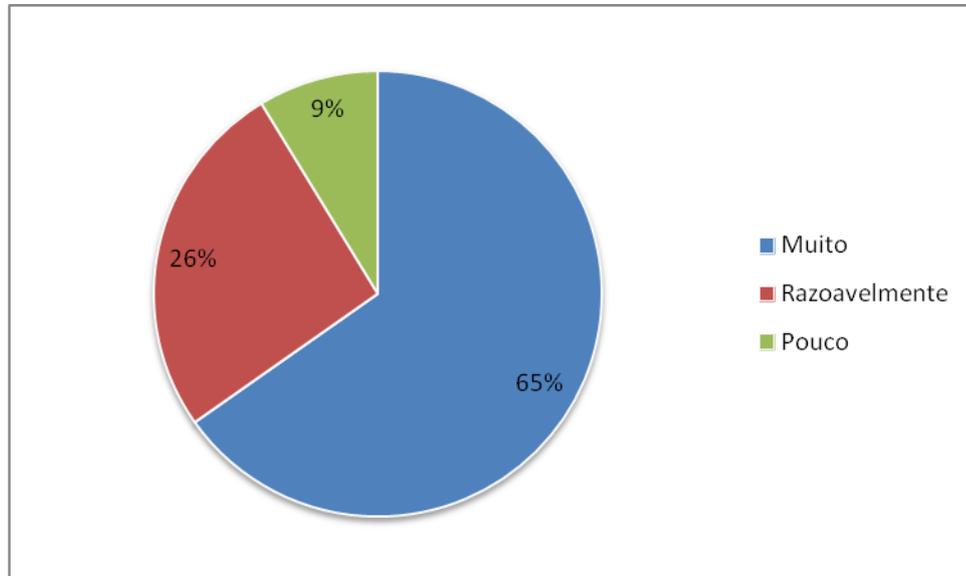
Além da função assistencial, 35% dos entrevistados declararam de alguma forma estarem ligados à docência e 22% afirmaram ocupar posição de Gerência ou Coordenação de Serviço. Segundo Dias et al (2008), a presença dos egressos no segmento da docência indica o potencial multiplicador dos Programas de Residência, o que consideramos importante face à necessidade de que a formação em saúde esteja articulada a um processo teórico-prático qualificado. “Isso os coloca num espaço mais amplo, permitindo-lhes desenvolver uma análise articulada com a realidade, o que pode ser um fator potencializador da aprendizagem significativa dos educandos envolvidos nos processos de formação em saúde” (DIAS et al, 2008, p. 41).

Em contrapartida, alguns autores consideram que esse movimento dos egressos dos Programas de Residência para o ensino em saúde é um retrato da precarização da docência, ocasionado, sobretudo, pela mercantilização da educação superior, tendo como causa principal o crescimento da força de trabalho docente ocorrido, principalmente, no setor privado e em novas universidades estaduais, em que as relações de trabalho e de contrato existentes geralmente são precárias (BOSI, 2007). “E há ainda outros expedientes menos ortodoxos de flexibilização da contratação e do regime de trabalho nas IES públicas, como a utilização de alunos de pós-graduação como professores substitutos” (BOSI, 2007, p. 1508).

Já o fato dos egressos estarem assumindo cargos de Gerência ou Coordenação de serviços é outro aspecto importante a destacar por ser uma evidência da contribuição do Programa de Residência Integrada para a consolidação das premissas de formação de pessoal do SUS, ao mostrar que profissionais que experienciaram um processo teórico-prático

problematizador, crítico e reflexivo estão ocupando cargos destinados à organização, estruturação e gestão da saúde pública. (DIAS et al, 2008).

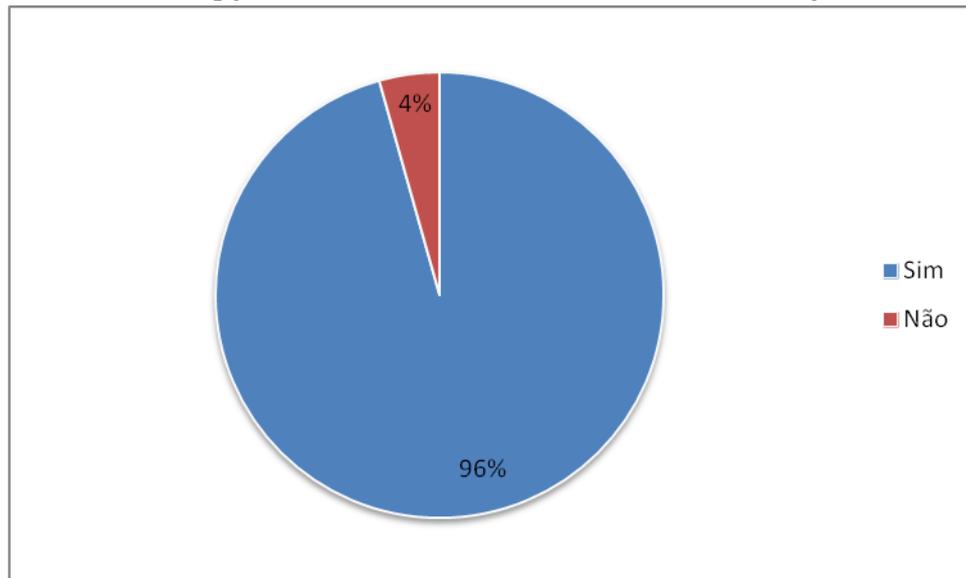
Gráfico 12 – Percepção sobre a preparação para o mercado de trabalho



Após a conclusão da Residência, 65% dos entrevistados declararam sentir-se muito preparados para o mercado de trabalho, apontando, assim, a qualidade do Programa Multiprofissional ofertado aos profissionais da saúde pelo HC. Além disso, Rosa e Vasconcelos (2014) destacaram em seu estudo que, com relação à opção do profissional em participar do Programa de Residência, a maioria dos depoimentos ressaltou a importância dessa capacitação, uma vez que o entendimento é de que, durante a formação acadêmica, o modelo de graduação esteve voltado para o conhecimento técnico, com pouca vivência da realidade da atenção em saúde no país. De acordo com Shikasho, a Residência é vista

como uma oportunidade privilegiada de complementação da formação, face ao grande despreparo e insegurança enfrentados pelos recém-formados para atuarem no mercado de trabalho. A realização da Residência, desse modo, aparece como uma forma de suprir lacunas oriundas da formação profissional. (SHIKASHO, 2013, p. 86)

Gráfico 13 – Percepção sobre a influência da Residência na inserção no mercado

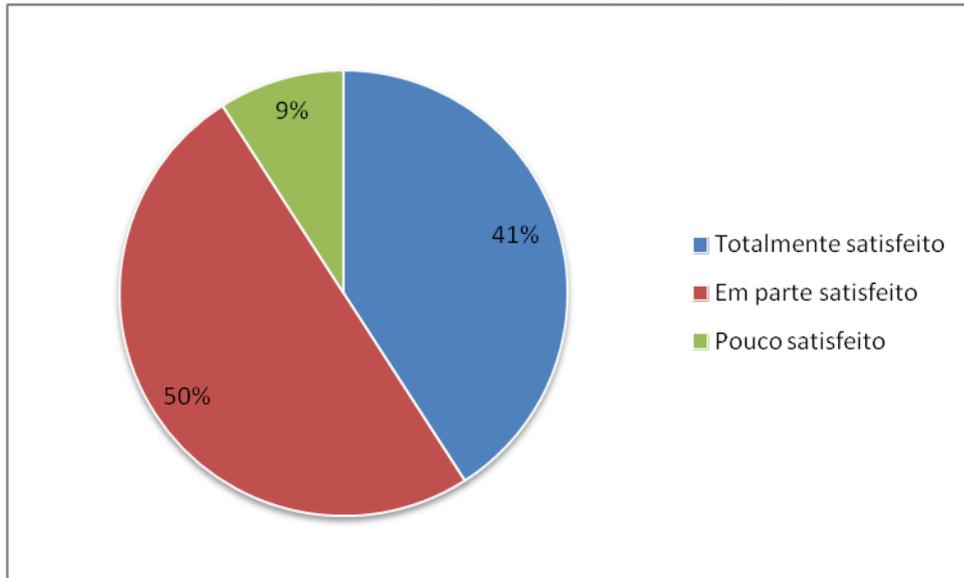


Com relação à influência de cursar um Programa de Residência na inserção no mercado de trabalho, quase a totalidade dos ex-residentes (96%) acredita que o fato de ter concluído o Programa influenciou na aquisição do emprego. Como dissemos anteriormente, nos processos seletivos da área da saúde, a conclusão de Programas de Residência possui pontuação elevada nos editais tanto da área acadêmica quanto assistencial.

Similarmente, em estudo realizado na Bahia, Vilasbôas (2006) relata que os egressos têm sido contratados por secretarias municipais de saúde da Bahia e de outros estados da Região Nordeste, bem como pela Secretaria de Saúde daquele Estado para executarem funções de coordenação da implantação do PSF, além de inserção de egressos no Ministério da Saúde e na Fiocruz e outros egressos atuando como membros de equipes de saúde da família. Segundo a autora, esses dados “parecem indicar o acerto da decisão político-institucional (...) em investir nesse tipo de especialização, com vistas a apoiar a reorganização da atenção básica no estado” (VILASBÔAS, 2006, p. 56).

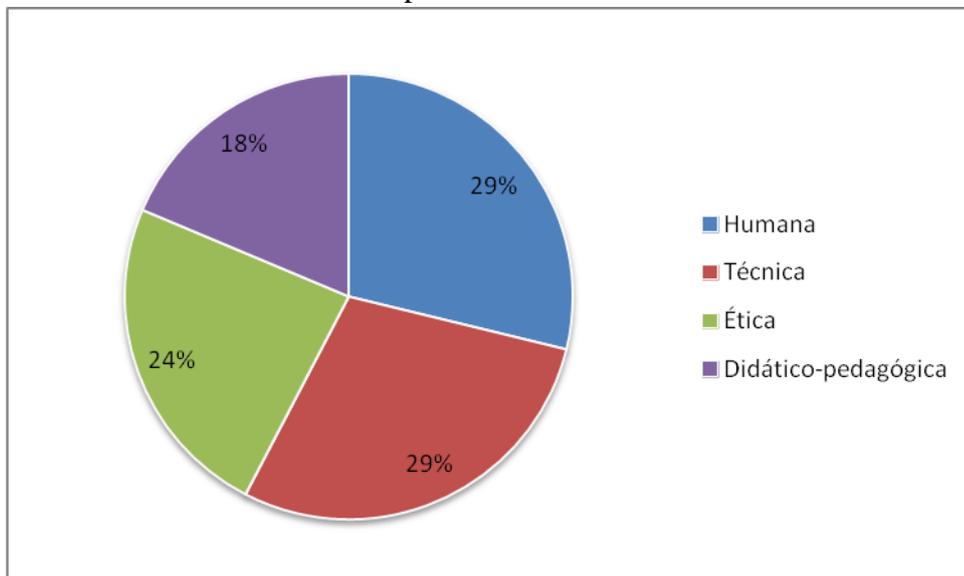
Também Brito e Santos (2006), em seu artigo sobre a experiência multiprofissional em um Programa de Residência em Aracaju/SE, realizou uma “avaliação qualitativa de que o processo formativo facilitou a inserção de profissionais no mercado de trabalho, com um acúmulo de saberes diferenciado”. (BRITO, SANTOS, 2006, p. 74).

Gráfico 14 – Satisfação quanto às competências adquiridas



Especificamente sobre a satisfação com relação às competências adquiridas, metade dos egressos afirmaram estar em parte satisfeitos, 41% totalmente satisfeitos e apenas 9% pouco satisfeitos, apontando, assim, para a qualidade do Programa ofertado. Dados semelhantes foram achados por Melo et al (2012): sobre a satisfação das competências adquiridas para o exercício da profissão/emprego, 59% dos egressos julgaram ser totalmente relevantes as competências adquiridas no Programa de Residência, enquanto 41% avaliaram parcialmente importante as competências obtidas durante a especialização em serviço.

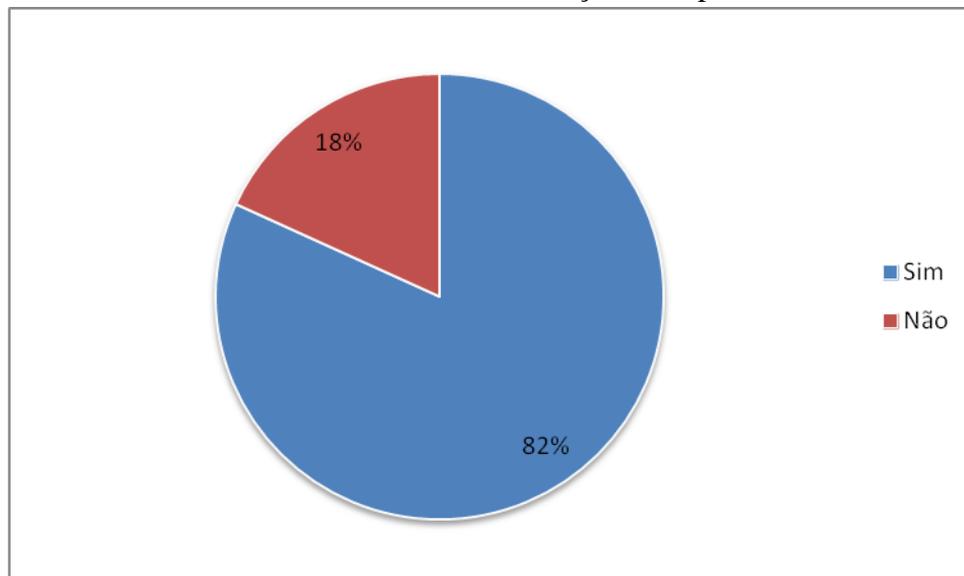
Gráfico 15 – Competências utilizadas no trabalho



As competências adquiridas na Residência e utilizadas no mercado de trabalho foram bastante equivalentes: 29% afirmaram que a competência humana foi a mais predominantemente adquirida no Programa, outros 29% destacaram a competência técnica, 24% apontaram os conceitos éticos e 18% os conhecimentos didáticos-pedagógicos. Esse perfil de competências revela a potencialidade pedagógica e política do Programa de Residência para a transformação das práticas de cuidado em saúde e a necessidade de pensar a formação a partir de uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença, uma vez que

é a partir da vivência prática nos serviços, permeada por um suporte pedagógico específico e voltado para as necessidades da população, que se concretiza uma formação técnica e humanística do profissional de saúde, uma vez que as situações-problema vivenciadas no cotidiano desses profissionais exigem ações que extrapolem o âmbito puramente científico/clínico. (MELO et al, 2012, p. 23)

Gráfico 16 – Continuidade da atuação multiprofissional



Nesse estudo, foi impossível não preocupar-se com a continuidade da atuação multiprofissional no ambiente profissional. Oitenta e dois por cento dos entrevistados afirmaram ainda atuar de forma multiprofissional no trabalho enquanto apenas 18% trabalha de forma individual na prestação dos serviços de saúde, mostrando, assim, uma tendência de trabalho integrado entre as profissões de saúde, o que ratifica os investimentos do Ministério da Educação nesta forma de trabalho.

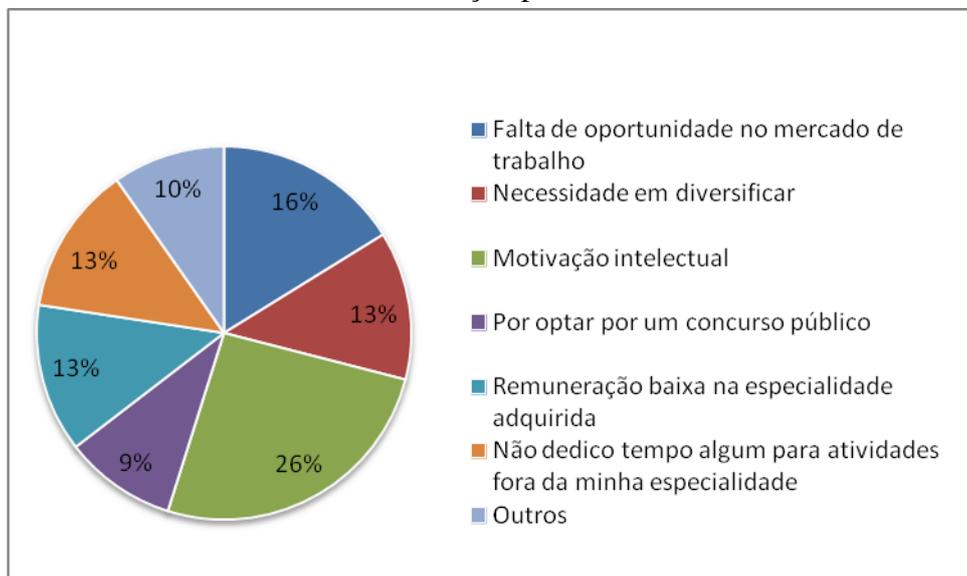
Com a criação do SUS na CF, não só a formação, mas, sobretudo, a atuação dos profissionais de saúde no Brasil sofre uma profunda mudança de conceito. Se antes a especialização médica era a predominante, com a formulação da Política Nacional de

Educação Permanente em Saúde baseada, entre outros, no princípio da integralidade do SUS, os Programas de Residência Multiprofissional ganham espaço nas ações inovadoras do Estado.

De acordo com Stephan-Souza, Oliveira e Castro (2011), torna-se imperativo um processo de formação para o trabalho em saúde que tenha como norte o trabalho coletivo e a construção de uma atenção à saúde pautada no cuidado

uma vez que os trabalhadores de saúde podem ser importantes e potentes dispositivos para a modificação dos serviços de assistência à saúde através do reconhecimento de que os serviços de saúde possuem uma natureza pública, da necessidade do desenvolvimento do trabalho a partir de valores humanitários e da solidariedade e do reconhecimento dos direitos de cidadania. (Stephan-Souza, Oliveira e Castro, 2011, p. 106).

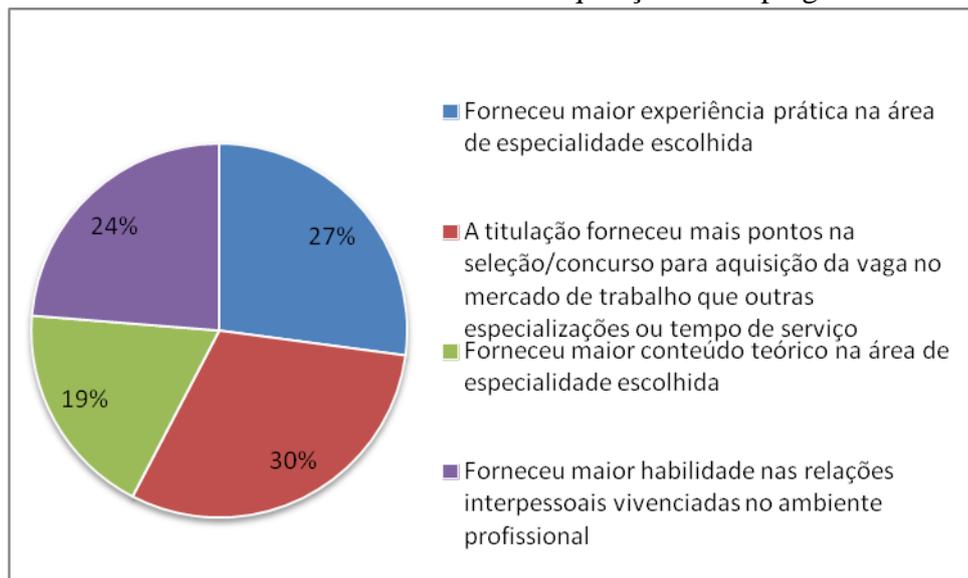
Gráfico 17 – Motivação para atuar em outra área



Sobre as motivações para atuar em uma área diversa daquela adquirida na especialização em serviço, os egressos destacaram a motivação intelectual, ou seja, o desejo de continuar aprendendo por razões de aprimoramento (26%). Já dezesseis por cento responderam que a falta de oportunidade no mercado de trabalho para a especialização escolhida foi o fator que levou a atuação em área diversa da formação em serviço. Infere-se, assim que a permanência ou não na especialidade cursada pode, dentre outros fatores, ser determinada pela própria conformação do mercado de trabalho, ou seja, pela empregabilidade, remuneração e possibilidade de crescimento profissional.

Para Feuerwerker (1998), grande parte dos egressos dos programas de Residência exercem atividades profissionais em outras áreas que não a de sua especialização. Para a autora, esse fato era esperado, “considerando que não estão operando mecanismos eficientes de concatenação entre a formação de especialistas e as necessidades do mercado público e privado, mas esse fato desqualifica em parte essa “inserção privilegiada” no mercado” (FEUERWERKER, 1998, p. 58).

Gráfico 18 – Influência na aquisição do emprego

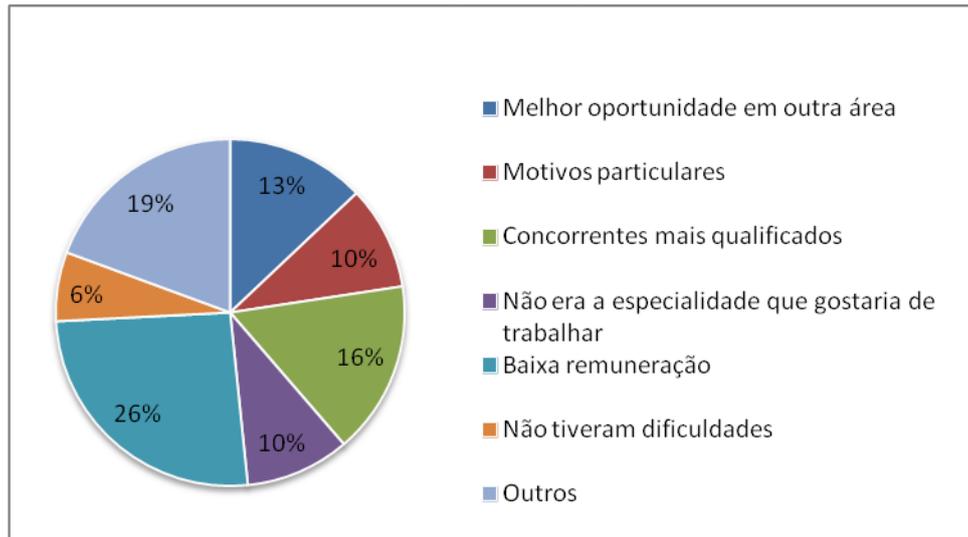


Considerando que o Programa de Residência influencia ou influenciou na conquista do seu vínculo profissional, 30% dos egressos afirmaram que a titulação de especialista fornecida pelo Programa de Residência foi decisiva para uma maior pontuação em processos seletivos, maior, inclusive, que outros cursos ou mesmo tempo de serviço. Em seguida, com 27%, a experiência prática adquirida durante os dois anos de especialização em serviço foi o fator que mais influenciou na aquisição do emprego.

Para Feuerwerker (1998), os Programas de Residência possuem um duplo papel na formação dos profissionais de saúde:

complementar o processo de graduação, tendo em vista as deficiências amplamente reconhecidas desse processo. E também oferecer a especialização como uma possibilidade de melhor inserção no mercado de trabalho, constituindo uma forma específica de ingresso no mercado. (FEUERWERKER, 1998, p. 58).

Gráfico 19 – Dificuldades para inserção no mercado de trabalho



Com relação às dificuldades para inserção no mercado de trabalho, os motivos foram bastante diversificados, mas destaca-se a baixa remuneração ofertada pelos empregadores (26%). Em seguida, 16% referiram que os concorrentes ao mesmo posto de trabalho eram mais bem qualificados que os egressos dos Programas de Residência e 13% disseram que vislumbravam melhor oportunidade de trabalho em área diversa da escolhida para especialização.

Para Shikasho (2013), medidas liberal/privatistas, a exemplo do Estado mínimo, privatização acelerada e incentivo a mecanismos de regulação mercadológica, têm trazido implicações diretas no mundo do trabalho, com desdobramentos no setor da saúde, através do sucateamento dos serviços públicos, a precarização das formas de trabalho, a má remuneração dos profissionais de saúde e as dificuldades no processo de contratação e gestão da força de trabalho, o que dificulta, segundo a autora, a inserção dos egressos no mercado de trabalho.

CONCLUSÕES

Após a análise dos resultados, é indiscutível a importância da implantação de políticas para a formação dos profissionais da saúde, especialmente para as categorias “não médicas”, que eram, antes da implantação da Política Nacional de Educação em Saúde, pouco priorizadas no sentido da formação profissional continuada. Essa formulação de uma política específica para o campo de recursos humanos na área da saúde representa pauta de reivindicação histórica no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária, que só foi possível graças à aproximação entre as políticas de educação e saúde.

A compreensão dos processos de formação profissional no âmbito da saúde pública como possibilidade de produzir novas práticas dá destaque às Residências Multiprofissionais em Saúde, que, por terem uma metodologia de ensino pautada na intercessão ensino/serviço, tornam-se uma das ações estratégicas no processo de consolidação do SUS.

Observando os dados coletados, podemos traçar o perfil dos egressos do Programa: a maioria é do sexo feminino, formada por jovens adultos de, em média, 30 anos, naturais da Região Metropolitana do Recife e enfermeiros ou nutricionistas por formação. São profissionais que valorizam o processo formativo das profissões da área de saúde, por isso deram continuidade aos estudos acadêmicos mesmo após a conclusão da especialização em serviço. Esses egressos permaneceram ligados à área de formação na Residência e ingressaram no mercado de trabalho em até três meses após a conclusão do curso.

No âmbito do trabalho, os ex-residentes possuem apenas um vínculo empregatício, carga horária de trabalho semanal de 30 horas, trabalham em uma instituição pública, sob o regime celetista por tempo indeterminado e ocupam funções de cunho assistencial, prestando assistência aos pacientes do SUS. Normalmente ganham de 1 a 3 salários mínimos, valor menor do que a bolsa paga mensalmente pelo Ministério da Educação ao residente da área de saúde. Além da função assistencial, estão também ligados à docência ou à posição de Gerência ou Coordenação de Serviço. Concluem a Residência sentindo-se muito preparados para o mercado de trabalho por conseguir suprir as lacunas oriundas da formação profissional na graduação, demonstrando-se satisfeitos com relação às competências adquiridas na especialização. Acreditam que o fato de terem concluído o Programa influenciou na aquisição do emprego e afirmaram ainda atuar de forma multiprofissional no trabalho.

Diante do exposto, podemos afirmar que, em nossa pesquisa, *comprovamos parcialmente nossa hipótese*, verificando que a atuação profissional dos residentes egressos

do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do HC/UFPE na especialidade adquirida varia em função das demandas do mercado de trabalho, com os egressos permanecendo em ambientes multiprofissionais, porém atuando em diversos tipos de função, como, por exemplo, a gerência e a docência.

No entanto, constatamos que – diferente da nossa suposição inicial de que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde não forma profissionais especializados que trabalham prioritariamente no SUS, não refletindo na saúde pública o investimento ofertado pela política pública em questão – os egressos estão sendo absorvidos, em sua maioria, pelas vagas ofertadas pelo SUS, que ainda se apresenta como o maior empregador na área de saúde, mesmo que oferecendo vínculos de forma precária tendo em vista que a maioria dos egressos encontra-se sob o regime celetista.

Mesmo a Residência sendo uma formação em serviço, não se pode perder o foco de que se trata de um curso de especialização *lato sensu*. Assim, mesmo estando obrigada por lei a dividir sua carga horária entre 20% teórica e 80% prática, sugere-se à gestão do Programa que, baseado no fato de que os egressos dão continuidade aos estudos após a conclusão do Programa e atuam, muitas vezes, como professores, ofereça um maior aporte teórico durante o processo de formação do residente, fazendo uma ponte mais estreita com os Departamentos respectivos a cada categoria profissional participante do Programa.

Estendendo um olhar macro sobre o tema, entende-se que as dificuldades no processo de contratação e gestão da força de trabalho podem ser minimizadas com a realização de mais concursos públicos, tendo em vista o alcance do fim último da política pública em questão que é formar profissionais que trabalhem, prioritariamente, no SUS. Espera-se que haja, em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, no qual as Residências constituem-se como aposta estratégica, uma política que privilegie a abertura de concursos públicos de modo que este novo perfil de profissional formado seja valorizado por meio de sua inserção efetiva nas instituições de saúde.

Em que pesem as dificuldades relatadas pelos egressos para a aquisição do emprego, podemos afirmar que o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do HC/UFPE trouxe ganhos para seus egressos, expressos especialmente pela possibilidade de inserção no mercado de trabalho, ao possibilitar rever os caminhos para a formação profissional, na perspectiva de um trabalho mais integrado, com trocas de saberes, e, sobretudo, com maiores possibilidades de inserção no mundo do trabalho de profissionais aptos a oferecerem atenção à saúde qualificada.

REFERÊNCIAS

- BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO. **A política das políticas públicas:** progresso econômico e social na América Latina: relatório 2006. Rio de Janeiro: Campus, 2007. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/6719893-Banco-interamericano-de-desenvolvimento-todos-os-direitos-reservados-visite-nosso-site-na-web-para-mais-informacoes-www-iadb.html>>. Acesso em: 25 maio 2016.
- BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria.; REZENDE, Mônica de. **A ideia de ciclo na análise de políticas públicas.** In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p.138-172. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps/wp-content/uploads/2011/09/Capitulo-5.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2016.
- BELCHIOR, Solange; SILVA, Francisca da; HYGINO, Angela. Residência Multiprofissional em Saúde segundo a perspectiva do Social. In: 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 /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. p. 391-396. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 22 set. 2014.
- BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia:** uma defesa das regras do jogo. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. Tradução de: Marco Aurélio Nogueira. Disponível em: <<http://www.libertarianismo.org/livros/nbofdd.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.
- BOSI, Antônio de Pádua. A precarização do trabalho docente nas instituições de ensino superior do Brasil nesses últimos 25 anos. Educ. Soc., Campinas, vol. 28, n. 101, p. 1503-1523, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ev/v28n101/a1228101>>. Acesso em: 03 ago. 2016.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 27 maio. 2013.
- _____. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 jul. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em: 27 maio. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 fev. 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>>. Acesso em: 27 maio. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 ago. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 20 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

_____. 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 414 p

_____. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**. 10. ed. Brasília, DF, 15 jan. 2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2014.

BRITO, Aida Celeste de; SANTOS, Cláudia Menezes. Especialização Integrada em Saúde Coletiva modalidade Residência Multiprofissional: em foco uma experiência de formação do Centro de Educação Permanente da Saúde do Município de Aracaju no modelo saúde todo dia. In: 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. p. 61-79. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 22 set. 2014.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M.. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p.41-65, 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2013.

DIAS, Maria Socorro de Araújo et al. PERFIL DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS EGRESSOS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (RMSF) DE SOBRAL-CE. **Sanare**, Sobral, v. 7, n. 2, p.38-46, jul./dez. 2008. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/30/25>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda. **Políticas públicas: princípios, propósitos e processos**. São Paulo: Atlas, 2012.

FERREIRA, Marco Aurélio Marques; ABRANTES, Luiz Antônio (org.). **Políticas públicas, gestão e sociedade**. Assis; Viçosa: Triunfal Gráfica e Editora, 2013. 336 p.

FEUERWERKER, Laura C. M.. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n.3, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n3/05.pdf> >. Acesso em: 22 abr. 2016.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.490-498, mar./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/15.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2016.

HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007. 398p.

LIMA, Leonardo Sales. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família como estratégia para a saúde do trabalhador. *Revista Fsa*, Teresina, p.187-204, ago. 2012. Disponível em: <<http://189.43.21.151/revista/index.php/fsa/article/view/48/pdf> >. Acesso em: 17 jun. 2013.

LIMA FILHO, Domingos Leite. Impactos das recentes políticas públicas de educação e formação de trabalhadores: desescolarização e empresariamento da educação profissional. **Perspectiva**, Florianópolis, v.20, n.02, p.269-301, jul./dez. 2002

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Reforma Sanitária e reorganização do Sistema de Serviços de Saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços**. 2000. 264 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo

Cruz, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/lobatolvcd.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2016.

LUCCHESI, Patrícia T. R. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. 90 p. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Políticas_publicas.pdf>. Acesso em: 13 maio 2016.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MEDICI, A.C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista Ass. Med. Brasil**, p.149-156, 2001. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n2/a34v47n2.pdf> >. Acesso em: 19 jun.2015.

MELO, Carla Nayane Medeiros de et al. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral: uma avaliação de egressos a partir da inserção no mercado de trabalho. **Sanare**, Sobral, v. 11, n. 1, p.18-25, jan./jun. 2012. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/262>>. Acesso em: 08 mar. 2015.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Nova Hamburgo: Feevale, 2013. 277 p. Disponível em: <[http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book Metodologia do Trabalho Cientifico.pdf](http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf)>. Acesso em: 03 abr. 2016.

RODRIGUES, Marta M. Assumpção. **Políticas públicas**. São Paulo: Publifolha, 2011.

ROSA, Soraya Diniz; LOPES, Roseli Esquerdo. Políticas de Formação Profissional: o caso da Residência Multiprofissional em Saúde. **Quaestio**, Sorocaba, p.13-23, maio 2011. Disponível em: <[http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php?journal=quaestio&page=article&op=view&path\[\]=205&path\[\]=207](http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php?journal=quaestio&page=article&op=view&path[]=205&path[]=207)>. Acesso em: 17 jun. 2013.

ROSA, Soraya Diniz; VASCONCELOS, Edilma Maria de Albuquerque. Residência Multiprofissional em Saúde e Políticas de Formação Profissional. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO SUPERIOR: FORMAÇÃO E CONHECIMENTO, 1., 2014, Sorocaba. **Anais eletrônicos**. Sorocaba: Uniso, 2014. p. 1 - 8. Disponível em: <https://www.uniso.br/publicacoes/anais_eletronicos/2014/2_es_politicas_publicas/13.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2016.

SHIKASHO, Larissa. **Os programas de residência e a integralidade da atenção:** um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde. 2013. 209 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/pgsaudecoletiva/files/2013/03/OS-PROGRAMAS-DE-RESIDÊNCIA-E-A-INTEGRALIDADE-DA-ATENÇÃO-um-estudo-sobre-a-micropolítica-do-tra2.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2016.

STEPHAN-SOUZA, A. I.; OLIVEIRA, L. M. L.; CASTRO, M. M. C. O trabalho coletivo e as profissões da saúde. **Tempus: actas de saúde coletiva**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 105-121, 2011. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/921/931>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

VERDI, Marta et al. Programa de Residência Integrada em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina: o desafio de uma construção interdisciplinar coletiva. In: 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. p. 283-304. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 22 set. 2014.

VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: a experiência da parceria entre o Instituto de Saúde Coletiva e a Escola Estadual de Saúde Pública na Bahia. In: 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 47-60. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 22 set. 2014.

APÊNDICE – QUESTIONÁRIO PARA RESIDENTES EGRESSOS DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SAÚDE DO HC/UFPE

1. Sexo: () Masculino () Feminino

2. Idade: _____

3. Naturalidade: _____

4. Informe as características de seu Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do HC/UFPE (PRMIS):

Categoria profissional: _____

Área de concentração: _____

Ano de conclusão (4 dígitos): _____

5. Informe os outros cursos (apenas os mais importantes) que você cursou ou está cursando APÓS a conclusão do PRMIS:

Outra Residência: _____

Especialização: _____

Mestrado: _____

Doutorado: _____

Outra graduação: _____

Não fez nenhum curso após a conclusão do PRMIS: _____

Outros: _____

6. Você está exercendo atividade profissional atualmente?

() Sim, na área de minha especialidade do Programa de Residência

() Sim, fora da área de minha especialidade do Programa de Residência

() Apenas estudando

() Não estou trabalhando nem estudando

7. Quanto tempo houve entre a conclusão do PRMIS e o início de sua atividade profissional?

() Até 03 meses

() De 03 meses a 01 ano

() De 01 a 02 anos

() De 02 a 03 anos

() Mais de 03 anos

() Outros: _____

8. Quanto ao(s) seu(s) emprego(s) remunerado(s), quantos vínculos empregatícios você possui atualmente?

() 01

() 02

() Mais de 02

() Não possui vínculo empregatício

9. No que diz respeito à carga horária de trabalho semanal, quanto tempo você trabalha atualmente?

() Até 20 horas

- 30 horas
- 40 horas
- 50 horas
- 60 horas
- Mais de 60 horas

10. Qual a sua renda mensal aproximadamente:

- Nenhuma renda
- De 1 a 3 salários mínimos
- De 3 a 6 salários mínimos
- De 6 a 9 salários mínimos
- De 9 a 12 salários mínimos
- De 12 a 15 salários mínimos
- Mais de 15 salários mínimos

11. Considerando o vínculo empregatício que lhe proporciona maior rendimento mensal, informe as características da instituição onde você trabalha:

- Pública
- Privada
- Outros: _____

12. Considerando o vínculo empregatício que lhe proporciona maior rendimento mensal, informe as características do seu vínculo profissional:

- Autônomo – pessoa física
- Cooperado
- CLT tempo indeterminado
- CLT tempo determinado
- Estatutário efetivo
- Cargo comissionado
- Pessoa jurídica
- Dedicção exclusiva
- Outros: _____

13. Considerando o vínculo empregatício que lhe proporciona maior rendimento mensal, informe as características do tipo de atividade que você desempenha:

- Gerencial
- Assistencial
- Docência
- Auditoria
- Consultoria
- Outros: _____

14. Considerando o vínculo empregatício que lhe proporciona maior rendimento mensal, para que tipo de clientela você presta assistência:

- SUS
- Convênios
- Particular
- Não trabalho na área assistencial
- Outros: _____

15. Que outras funções/atividades relacionadas à sua especialidade você exerce (docência, gerência, auditoria, consultora, etc) além da assistencial:

- Docência
- Gerência/Coordenação
- Auditoria
- Consultoria
- Não exerço outras funções/atividades além da assistencial
- Outro: _____

16. Informe as razões pelas quais você dedica (ou precisa dedicar) parte de suas horas semanais de trabalho a outras atividades/funções em especialidades diferentes daquela que você adquiriu no seu Programa de Residência. Marque quantas julgar necessário.

- Falta de oportunidade no mercado de trabalho para a especialidade adquirida
- Necessidade em diversificar, objetivando incorporação de novas tecnologias
- Motivação intelectual (desejo continuar aprendendo por razões de aprimoramento)
- Remuneração baixa na especialidade adquirida
- Não dedico tempo algum para atividades fora da minha especialidade
- Outras razões: _____

17. Do conjunto de atividades/funções que você exerce, qual é a que lhe proporciona maior rendimento mensal?

- É a mesma da especialidade adquirida no meu Programa de Residência
- É diferente da especialidade adquirida no meu Programa de Residência

18. Você se sentiu melhor preparado para o mercado de trabalho quando concluiu o Programa de Residência?

- Muito
- Razoavelmente
- Pouco
- Nada

19. Você acredita que o Programa de Residência influencia ou influenciou na conquista do seu vínculo profissional

- Sim
- Não

20. Considerando que o Programa de Residência influencia ou influenciou na conquista do seu vínculo profissional, qual o motivo? Marque quantas julgar necessário.

- Forneceu maior experiência prática na área de especialidade escolhida
- Forneceu maior conteúdo teórico na área de especialidade escolhida
- Forneceu maior habilidade nas relações interpessoais vivenciadas no ambiente profissional
- A titulação forneceu mais pontos na seleção/concurso para aquisição da vaga no mercado de trabalho que outras especializações ou tempo de serviço
- Outras razões: _____

21. Como você mede a sua satisfação com relação às competências adquiridas no Programa de Residência para o exercício da profissão/emprego.

- Totalmente satisfeito
- Em parte satisfeito

- Pouco satisfeito
- De forma alguma satisfeito

22. Quais as principais competências adquiridas no PRMIS e utilizadas no exercício diário do seu emprego? Marque quantas julgar necessário.

- Humana
- Técnica
- Ética
- Didático-pedagógica
- Outra: _____

23. No seu ambiente de trabalho, você continua atuando de forma multiprofissional?

- Sim
- Não

24. Na sua opinião, que fatores dificultaram ou dificultam a sua inserção no mercado de trabalho. Marque quantas julgar necessário.

- Inexperiência
- Melhor oportunidade em outra área
- Motivos particulares
- As pessoas com formação superior a sua eram candidatas a emprego correspondente a sua formação
- Não era a especialidade que gostaria de trabalhar a princípio
- Baixa remuneração
- Outras razões: _____