

A Preceptoria na Residência Multiprofissional em Oncologia: entre a Formação em Serviço e a Precarização do Trabalho

doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n3.1132>

Preceptorship in Multiprofessional Residency in Oncology: Between In-Service Training and Labor Precariousness

Precepción en la Residencia Multiprofesional en Oncología: entre Capacitación en el Servicio y Trabajo Precario

Noemi Cristina Ferreira da Silva¹; Senir Santos da Hora²

INTRODUÇÃO

Os Programas de Residência Multiprofissional em Oncologia (RMO) têm como propósito a formação de profissionais pelo e para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois configuram-se como estratégia de educação permanente, que objetiva a produção de novas práticas em saúde, sendo uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* que se volta para a educação em serviço na área da oncologia e se destina às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuando a médica.

Compreende-se a importância da capacitação de profissionais em oncologia, pois, de acordo com as Estimativas do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)¹, para cada ano do triênio 2020-2022, no Brasil, esperam-se 450 mil novos casos de câncer, excluindo-se os casos de câncer de pele não melanoma.

A formação na área da oncologia precisa estar em consonância com os princípios do SUS e com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, reconhecendo todos os atores envolvidos (docente, residente, preceptor, tutor e gestor) como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho.

O preceptor é um profissional de suma importância para o processo de formação em saúde e deve ser capaz de articular a prática com o conhecimento científico e, então, possibilitar que o campo profissional se torne espaço de aprendizado por meio de suas experiências². Assim como o residente é um profissional em formação que, ao se inserir nesse processo, traz consigo toda a potencialidade exigida pelas RMO³.

Rodrigues³ afirma que as residências são potencializadores capazes de transformar as práticas, mas também tensionam os componentes da política social que se materializam nos espaços do cotidiano. Pois, a atual

conjuntura de desmonte na política pública de saúde não tem sido favorável ao aprimoramento da educação em saúde na perspectiva da educação permanente. Ressalta-se que a precarização das condições laborais e o número insuficiente de recursos humanos para novas demandas nos serviços de saúde – em razão do acúmulo de tarefas – fragilizam a relação dialética entre assistência, ensino, pesquisa e gestão⁴.

Defende-se que a RMO seja um espaço de integração de saberes e práticas que permitam construir novos conhecimentos para a consolidação da educação permanente no processo de trabalho e em outros espaços de formação, de diálogo, de construção coletiva e de controle social (fóruns, conselhos, movimentos sociais e das entidades organizativas das categorias profissionais), com vistas ao desenvolvimento de uma atitude crítica e reflexiva dos profissionais, no escopo do compromisso com a qualidade dos serviços prestados pelo SUS sob o prisma da integralidade.

Como fruto de reflexões críticas das autoras no âmbito das experiências vivenciadas na RMO, busca-se, neste artigo, discutir essa modalidade de formação profissional a partir de sua inserção em uma conjuntura de regulamentação do processo de precarização do mundo do trabalho⁵, mas sob a perspectiva da educação problematizadora⁶, compreendendo que a RMO apresenta uma linha tênue entre a formação e o trabalho⁴.

DESENVOLVIMENTO

OS REBATIMENTOS DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA RMO: TENDÊNCIAS E DESAFIOS NA PRECEPTORIA

A RMO se dá em um contexto hospitalar de alta complexidade do SUS, que sofre os rebatimentos do sucateamento e da privatização dos serviços de saúde,

¹Assistente Social. Pós-Graduada do Programa de Residência em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Egressa do Programa de Pós-Graduação em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-6170-3813>

²Assistente Social do INCA e do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-0161-3701>

Endereço para correspondência: Noemi Cristina Ferreira da Silva. Rua Regina, 57 – Penha. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 21070-850. E-mail: noemicfdasilva@gmail.com



especialmente a partir de 2009. Assiste-se, como fruto do projeto de saúde articulado ao mercado, a efetivação de uma política de ajuste direcionada à contenção dos gastos e à racionalização da oferta⁷.

No que se refere à gestão da força de trabalho, há a tentativa de quebra do Regime Jurídico Único, com a proposta de criação do dispositivo do contrato de gestão com perspectivas privatizantes⁷, o que vem aprofundando a precarização do trabalho ao permitir a contratação de servidores pela Consolidação das Leis Trabalhistas e outras formas precarizadas de contratação por tempo determinado.

Essas múltiplas contradições que atravessam as condições e relações laborais na saúde têm sido caracterizadas pelos críticos⁸⁻¹⁰ como elementos constitutivos da precarização do trabalho. A precarização é entendida a partir de uma dupla dimensão: na dimensão do trabalho vivo como mercadoria e na dimensão do homem-que-trabalha como ser genérico, com experiências pessoais de classe em um contexto de perda de direitos laborais, submetido a condições salariais de exploração/espoliação⁸. Em um mundo, marcado pela acumulação flexível radicalizada pela acumulação por espoliação⁹ ou do precariado¹⁰, não há oferta de emprego protegido para todos – embora se trabalhe intensamente sob a exigência de mais envolvimento na obtenção de mais resultados.

A precarização do trabalho na contemporaneidade se manifesta pelas formas de mercantilização da força de trabalho; pelas condições e organização do trabalho; pelas condições de saúde e segurança no trabalho; e, ainda, pelas condições de representação e organização coletiva¹¹. Na área da saúde, a precarização tem sido impulsionada pela privatização gerencial no SUS, uma vez que os servidores públicos passam a ser regidos por vínculos que se caracterizam pela ausência de estabilidade, remuneração diferenciada entre trabalhadores da mesma profissão e serviço, além da vinculação de parte do salário ao critério da produtividade.

Apesar de sua imensa importância para a formação continuada, as RMO vêm refletindo a flexibilização e a diversificação dos vínculos de trabalhadores no SUS. Pesquisas têm mostrando um duplo movimento nas RMO: de um lado, verifica-se o crescimento da oferta de bolsas para residências em saúde; de outro, uma diminuição de concursos públicos efetivos e de carreira no SUS⁴.

O enxugamento de orçamento para as políticas sociais e a privatização dos serviços públicos de saúde como caminho para a recuperação do capital, tendo em vista suas crises cíclicas que a cada período se agudizam⁷, favorecem o contexto de reconhecimento dos programas de RMO para além de seu caráter pedagógico, fazendo emergir um dilema: formação em serviço ou o risco de constituir-se mais uma modalidade de trabalho precarizado?¹².

Na prática, a inserção do residente nas atividades do programa caracteriza-se por uma dualidade: a do

profissional que está apto para o exercício de sua profissão, mas que não pode ser considerado um membro da equipe que deve responder individualmente às demandas e requisições do serviço/instituição³.

A preceptoria deve reconhecer o residente não como um profissional que compõe o quadro de serviço da instituição; isto é, como mão de obra substituta, mas pautar-se em um projeto pedagógico que estabelece uma natureza diferenciada para essa inserção, que proporcione supervisão, horários para estudos e reuniões que possibilitem uma formação transformadora dos modos de operar em saúde² e não apenas uma incorporação para suprir as necessidades imediatas de recursos humanos.

A residência pressupõe uma prática mais reflexiva, entretanto, atualmente, esta se contrapõe a uma rotina de trabalho de 60 horas, que se esgota apenas nos espaços institucionais⁴. Essa discussão do cumprimento institucional de uma carga horária extensa frente à luta dos trabalhadores da saúde pela regulamentação de carga horária de 30 horas semanais é de extrema importância para todos os profissionais envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, porque, ainda que os sujeitos ocupem posições diferenciadas nas unidades, todos são profissionais e estão expostos às mesmas consequências oriundas da precarização do trabalho.

Considerando as cobranças por produtividade, a sobrecarga de trabalho, especialmente dos trabalhos acadêmicos/científicos, que, muitas vezes, materializam um viés meritocrático e produtivista, percebe-se um adoecimento desse trabalhador-estudante¹³. Especificamente, as RMO apresentam alguns fatores potencializadores das doenças relacionados ao trabalho, que são o processo de atenção ao câncer e a exaustão emocional a que o trabalhador-estudante é submetido no decorrer de suas atividades.

A pesquisa realizada por Cavalcanti et al.¹⁴ analisou a ocorrência de síndrome de Burnout e de depressão entre residentes de uma RMO e concluiu que os residentes apresentavam um alto nível de síndrome de Burnout e de depressão. Além da intensa sobrecarga do trabalho e do cansaço emocional, tem-se que as profissionais que integram as RMO são, em sua maioria, mulheres que, muitas vezes, também acumulam o trabalho doméstico, que é um reflexo da desigualdade de gênero em nossa sociedade. Neste sentido, torna-se imprescindível o reconhecimento da residência como trabalho e educação, uma vez que esse espaço do aprimoramento da educação em saúde vem se transformando em um campo de trabalho precarizado para os profissionais⁴.

Na preceptoria, alguns elementos gerais de precarização são evidenciados por meio da fragmentação entre os trabalhadores que têm condições contratuais, salariais e jornadas diferentes, o que afeta suas condições de trabalho e sua organização política. Um grande dilema tem sido

o número reduzido de profissionais para a preceptoria, além da heterogeneidade de trabalhadores da saúde, sob vínculos empregatícios diversos e com provento inferior ao valor da bolsa-formação do residente.

Ademais, verificam-se, na preceptoria, a polivalência ou o exercício simultâneo de atividades paralelas e a cobrança por mais resultados, agilidade/versatilidade, que tendem a implicar no desgaste, na fadiga acentuada e com efeitos pessoais nos campos fisiológico, mental, emocional e relacional do trabalho.

Muitas vezes, o preceptor assume simultaneamente as funções de tutor e coordenador dos programas/módulos/disciplinas, revelando a polivalência no trabalho profissional, sem dispor de carga horária definida institucionalmente para a execução das ações nos moldes de uma especialização profissional, caracterizada por ensino em serviço. Assim, é preciso reconhecer as atividades da residência como parte indissociável do trabalho profissional em saúde.

CONCLUSÃO

A discussão sobre a RMO e os seus dilemas na formação e no trabalho tem ganhado centralidade nos debates de profissionais, estudantes e pesquisadores de diversas áreas, sinalizando a premência de estudos e pesquisas que elucidam a residência como uma das estratégias de flexibilização dos vínculos de trabalhadores no SUS. Assim, as dificuldades na preceptoria não podem ofuscar o compromisso ético-político de defesa da residência em saúde como processo de formação em serviço, e não como reiteração das diferentes modalidades de precarização do ensino e do trabalho.

CONTRIBUIÇÕES

Ambas as autoras contribuíram substancialmente na concepção e planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica; e aprovaram a versão final a ser publicada.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019.
2. Ribeiro KRB, Prado ML. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014;35(1):161-5. doi: <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.43731>
3. Rodrigues TF. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho? *Serv Soc Saúde.* 2016;15(1):71-82. doi: <https://doi.org/10.20396/sss.v15i1.8647309>
4. Silva LC. O Papel da residência multiprofissional no sistema único de saúde: perspectivas e contradições. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2017.
5. Antunes R. O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo; 2018.
6. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. São Paulo: Paz e Terra; 2019.
7. Mendes A, Carnut L. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *Ser Social.* 2020;22(46):9-32. doi: https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25260
8. Alves G. *Dimensões da precarização do trabalho: ensaios de sociologia do trabalho*. Bauru: Canal 6; 2013.
9. Harvey D. *Condição Pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. 22. ed. São Paulo: Loyola; 2012.
10. Braga R. *A política do precariado: do populismo à hegemonia lulista*. São Paulo: Boitempo; 2012.
11. Correia MV, Santos VM. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão. In: Bravo MIS, Menezes JSB, Lima JB, et al. organizadoras. *A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Rede Sirius; 2015. p. 33-40.
12. Mendes AG, Vidal DLC. Serviço Social e Residência Multiprofissional em Saúde no contexto hospitalar: algumas questões para o debate In: Forti V, Guerra Y, coordenador. *Serviço social e política de saúde: ensaios sobre trabalho e formação profissionais*. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2018. p. 221-237.
13. Silva CA, Dalbello-Araújo M. Programa de residência multiprofissional em saúde: o que mostram as publicações. *Saúde Debate.* 2019;43(123):1240-58. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912320>
14. Cavalcanti IL, Lima FLT, Souza TA, et al. Burnout e depressão em residentes de um programa multiprofissional em oncologia: estudo longitudinal prospectivo. *Rev Bras Educ Med.* 2018;42(1):188-96. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712018v42n1rb20170078>

Recebido em 30/6/2020
Aprovado em 10/8/2020