

RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: os movimentos que as sustentam

*Jordane Reis de Meneses
Ricardo Burg Ceccim
Giovanna Carvalho Martins
Janara Félix de Freitas Meira
Vanessa Miranda da Silva*

Introdução

A década de 70, do século passado, contrariando o regime autoritário instituído naquele momento, foi marcada por intensas lutas dos movimentos sociais, na busca por garantia de direitos. Dentre esses, o direito à saúde. Essas lutas resultaram em conquistas significativas que, posteriormente, fundamentaram a legalização dos direitos sociais. As transformações políticas e sanitárias impulsionadas pelos movimentos sociais ocorreram paralelamente, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 1990), favorecendo o desenvolvimento de um Sistema Único de Saúde (SUS) que apresentasse como princípio o acesso universal e, enquanto diretrizes, a atenção integral, a descentralização e a participação. A Constituição Federal brasileira de 1988, em seu artigo 196, estabelece que “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” (BRASIL, 1988). Contudo, a saúde brasileira ainda apresenta traços de sua origem, com tendência ao modelo hospitalocêntrico e médico-centrado, apesar de três décadas de criação do SUS.

Os avanços são lentos, pois ainda encontramos profissionais e gestores resistentes à inovação, que não dão seguimento ao modelo de saúde legalmente vigente, do qual deveriam ser novos protagonistas. Além disso, enfrenta-se no cotidiano da implementação do SUS interferências políticas que não levam em consideração a necessidade de renovação dos perfis profissionais para o exercício de novas e complexas competências. Isso prejudica o funcionamento efetivo da rede de ações e serviços de saúde e a consolidação do SUS. Conforme a legislação, “ao Sistema Único de Saúde

competer, além de outras atribuições, [...] ordenar a formação de Recursos Humanos na área em saúde” (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). Dito isto, é fundamental lembrar que a ideia de se criar residências em saúde, aparece junto ao processo de Reforma Sanitária, na luta contra uma formação acadêmica fragmentada e inadequada dos profissionais, embasada somente na origem biológica das doenças. Em 1977, por meio do Decreto de nº 80.281, a residência médica foi instituída como modalidade de pós-graduação *lato sensu*, realizada por meio da formação em serviço, vinculada ou não às escolas médicas (BRASIL, 1977). Em 1981, a Residência Médica foi regulamentada pela Lei Federal nº 6.932, como uma modalidade de pós-graduação destinada a médicos, pautada pelo treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, sob preceptoria/tutoria de profissionais qualificados para tal atividade (BRASIL, 1981).

Nos anos de 1990, registram-se avanços importantes, a exemplo de projetos no escopo da atenção primária à saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (MS) (CAMPOS; GUERRERO, 2008); entre esses, o Programa Saúde da Família, depois modificado para Estratégia Saúde da Família (ESF), que suscitou fortemente o debate sobre a necessidade de organização de residências multiprofissionais, contemplando a construção de um cuidado integral e em equipe — capaz de ofertar assistência individual e coletiva — orientado ao tratamento e à promoção da saúde, com base nos serviços e nos territórios de vida. Em que pesem experiências prévias desde a década de 1970, somente a partir de 2001 é que as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) entram na agenda do governo brasileiro como estratégia complementar à formação básica para as equipes de atuação na atenção primária à saúde, no bojo da Saúde da Família.

Em 2003, já como política de especializações em residências, as RMS aparecem no interior da Política Nacional de Educação e Desenvolvimento para o Trabalho no SUS, conduzida pela recém-criada Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que apresenta como propósito reduzir os problemas da qualificação profissional e da articulação entre os setores da saúde e da educação, assim como das interfaces entre as instâncias federativas gestoras do sistema. No ano de 2005, foi promulgada a Lei Federal nº 11.129, que criou a residência em área profissional da saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)

(BRASIL, 2005a), junto à Secretaria de Educação Superior (SESu), no Ministério da Educação (MEC). Em 2009, foi publicada a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, que orienta as residências em área profissional da saúde, institui o programa nacional de bolsas para residência e estrutura a CNRMS (BRASIL, 2009). É a linguagem das Portarias que cria as legendas “multiprofissional” e “em área profissional”, em lugar de “multiprofissional” e “uniprofissional”, uma vez que a lei criou residências “em área profissional da saúde” e uma Comissão Nacional de Residência “Multiprofissional”.

A primeira definição de termos é ensejada pela legislação de 2005, que cria a residência em área profissional da saúde como programa de formação pós-graduada de caráter *lato sensu*, com exigência de dedicação exclusiva, na qual a qualificação dos profissionais acontece por meio da imersão nos serviços de saúde, sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde. Em seguida, a Portaria Interministerial MEC/MS nº 45, de 12 de janeiro de 2007, refere-se à Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) e a residência em área profissional da saúde, afirmando que:

constituem modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinadas às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 2 (dois) anos (BRASIL. MEC. MS, 2007a).

Após 7 anos, em 2014, a Resolução CNRSM nº 5, retoma a Lei e assevera: residência em área profissional da saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional (BRASIL. MEC. CNRMS, 2014a). Ao enunciar “a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde — CNRMS, instituída pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, no uso das atribuições que lhe confere a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009”, essa Resolução ressalta que:

os programas de residência em área profissional da saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional terão a duração mínima de dois anos, equivalente a uma carga horária mínima total de 5.760 (cinco mil setecentos e sessenta) horas (BRASIL, 2014a).

Em 2010, a Resolução CNRMS nº 2 definia que as instituições executoras, as que mantêm os programas de Residências, deveriam estar vinculadas a instituições

formadoras — Instituições de Ensino Superior (IES) — com o objetivo de auxiliar e colaborar na formação de residentes (BRASIL, 2010a). Essa Resolução foi revogada e, a partir de 2014, fala-se em instituições proponentes, podendo as formadoras de residentes serem instituições de ensino ou serviço, uma vez que tal formação se faz em serviço e este deve ser “rede-escola”, como prevê a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL. MEC. SESu. CNRMS, 2014b) — o que torna a formação de preceptores e tutores um objetivo relevante para a qualificação dos programas e da educação pós-graduada em serviço.

Mesmo tendo sido criados programas multiprofissionais de residência em saúde, os profissionais com formação básica em Medicina não têm sido incluídos. Por uma incompreensão da legislação que, ao criar a residência em área profissional da saúde, não alterou a Lei de Residência Médica e nem seus termos de diplomação especializada, equivalente tanto à pós-graduação acadêmica *lato sensu* quanto à titulação de especialidade médica, conforme regulamentação conjunta do Conselho Federal de Medicina, da Associação Médica Brasileira e da Associação Brasileira de Educação Médica. A não alteração da Lei da Residência Médica não deveria impedir a presença de médicos nas residências multiprofissionais, apenas não lhes asseguraria as prerrogativas da obtenção do título de especialista médico. Sendo o médico um profissional que atua na prática do cuidado integral à saúde, integrando a equipe de saúde e estando previsto nas equipes mínimas da ESF e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); não há motivo de exclusão desses em relação às residências multiprofissionais, carecendo apenas de regulamentação a sua inclusão pela integração das duas modalidades de residência ou para a obtenção de aperfeiçoamento (não especialidade) profissional que não implique titulação equivalente à especialidade médica regulamentada.

O mundo do trabalho reivindica por vezes especialistas e, por vezes, profissional com “formação em”; a especialidade não necessariamente é condição para o provimento, embora possa ser requisito de precedência. Em diversos casos, entretanto, o requisito da especialidade pode ser fator de inclusão ou exclusão. A redação da legislação pode favorecer o entendimento de que as profissões em saúde possam se formar e trabalhar juntas, exceto com o médico, o que não faz sentido. Estratégias para o trabalho conjunto têm sido empreendidas desde a graduação, tanto

pelo MEC quanto pelo MS, assim como constam nas recomendações de organismos internacionais e nos estudos sobre a interprofissionalidade como melhoria da qualidade da atenção e da satisfação dos usuários. Contudo, persistem as dificuldades na realização de ações multi e interdisciplinares ou interprofissionais que incluam o profissional médico.

A Multidisciplinaridade e a Interdisciplinaridade

A multiprofissionalidade é considerada uma estratégia que orienta e possibilita a realização da atenção integral, contudo, é erroneamente confundida com a interdisciplinaridade, uma vez que profissão e conhecimento não são sinônimos (SAAR; TREVIZAN, 2007). Os termos “multi”disciplinaridade e “inter”disciplinaridade, no âmbito da saúde, em seus diferentes campos de práticas, são melhor compreendidos com o desmembramento da palavra “disciplinar”, que está relacionada a conhecimento, enquanto que a palavra “profissional” remete a trabalho (GALVÁN, 2007). A multi/interdisciplinaridade e a multi/interprofissionalidade encaminham, dessa forma, diferentes troncos: um do saber e outro do fazer. Estamos falando de cooperação na presença multiprofissional (interprofissionalidade), com intercruzamento de saberes disciplinares (interdisciplinaridade).

Conforme Morin (2002, p. 37), a noção de disciplina congrega “uma categoria que organiza o conhecimento científico e que institui nesse conhecimento a divisão e a especialização”, tal categoria responde “à diversidade de domínios que as ciências recobrem”. Segundo esse autor,

apesar de estar englobada num conjunto científico mais vasto, uma disciplina tende naturalmente à autonomia pela delimitação de suas fronteiras, pela linguagem que instaura, pelas técnicas que é levada a elaborar ou a utilizar e, eventualmente, pelas teorias que lhe são próprias.

Para Silva (2006), interdisciplinaridade pode ser compreendida como a interação entre duas ou mais disciplinas, sendo um método de pesquisa e de ensino que promove a comunicação de ideias, a integração de conceitos e o intercâmbio de epistemologia, terminologias e procedimentos. Compreende-se, assim, que a

interdisciplinaridade, no contexto das residências multiprofissionais em saúde, representa a integração/interação de pessoas, saberes, metodologias, abordagens e distintas ideias que se efetivam na ação dos profissionais.

No que se refere à multidisciplinaridade, Saar e Trevizan (2007) destacam que essa retrata uma justaposição de diversas disciplinas, onde cada profissional atua de acordo com o seu saber especializado; o que na concepção das autoras, quando se tratar da ação em saúde, torna o processo terapêutico fragmentado. Quando se fala em interdisciplinaridade, entende-se que há uma soma de valores, informações e conhecimentos a fim de construir saberes mais solidificados e integrados. Nogueira (2001, p. 143) afirma que na multidisciplinaridade “não existe nenhuma relação entre as disciplinas, assim como todas estariam no mesmo nível sem a prática de um trabalho cooperativo”. O autor conceitua equipes multiprofissionais como sendo uma associação de trabalhadores com formações e/ou atribuições diferenciadas, onde cada profissional tem sua percepção, porém trabalham integrados com a finalidade de entender melhor a situação em questão.

Já quanto à interdisciplinaridade, as disciplinas se comunicam entre si e dão origem a uma nova disciplina, promovendo o aumento do espectro de conhecimento. Ainda de acordo com o Nogueira (2001, p. 127), na interdisciplinaridade, “é necessária uma coordenação que integre objetivos, atividades, procedimentos, atitudes, planejamentos e que proporcione o intercâmbio, a troca e o diálogo”. É importante considerar que no desenvolvimento de um processo de trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar são diversos os obstáculos enfrentados, a exemplo da priorização das competências específicas de cada profissão em detrimento à pouca valorização das competências comuns a todas as profissões envolvidas no cuidado em saúde.

Isso posto, acredita-se que a necessidade de uma residência em saúde que conceba o trabalho de forma multiprofissional e interdisciplinar tem relação com o fato de que o adoecer é um fenômeno complexo, que ultrapassa as necessidades sociais e, mesmo reconhecendo as competências disciplinares, é preciso assegurar o espaço de relação entre os saberes e as práticas para poder dar ao mesmo tempo conta da

singularidade e da complexidade da atenção em saúde (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2003). Na nossa experiência, a formação de residentes em programas multiprofissionais, demanda a necessidade e aplicabilidade de um processo de trabalho em equipe, alicerçado na troca de saberes interdisciplinares, na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde e na ação colaborativa no campo profissional.

O Multiprofissional e o Uniprofissional

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido norteada pelo modelo tradicional, biologicista, hospitalocêntrico e médico-centrado; embasado em uma prática especializada e fragmentada do cuidado em saúde. Nas duas últimas décadas, a formação em saúde vem sendo reorientada para um modelo de ensino que valoriza a abordagem multiprofissional. As experiências desses modelos formativos têm fundamentos nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde, implementadas a partir de 2001. Experiências inovadoras de formação multiprofissional, a exemplo do projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), da política para O SUS e os cursos de graduação da área da saúde (AprenderSUS)², do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e do Projeto Caminhos do Cuidado — este tendo sido voltado para o pessoal de nível médio, reunindo em formação agentes comunitários de saúde e auxiliares e técnicos em enfermagem. Esses projetos foram desenvolvidos buscando fortalecer a formação interdisciplinar na equipe multiprofissional em saúde. Nesse contexto, o maior destaque deve ser dado às residências multiprofissionais com formação realizada em serviços de saúde. Apesar de todas as mudanças propostas e das diferentes estratégias implementadas, observa-se que a formação dos profissionais de saúde no cenário brasileiro ainda é predominantemente uniprofissional.

A formação uniprofissional é caracterizada por atividades educacionais realizadas entre estudantes de uma mesma categoria profissional, na qual o objetivo é aprender as especificidades da profissão escolhida, os seus valores e papéis; não há uma

² Política proposta pelo Ministério da Saúde, a qual teve como objetivo orientar as graduações em saúde para a integralidade na atenção.

educação voltada ao coletivo, o que contribui para o desconhecimento sobre a competência e as atribuições dos demais profissionais envolvidos no processo e não oferece o preparo para uma atuação integrada em equipe. Dessa forma, após formado, o profissional não valoriza o trabalho em equipe e tende a trabalhar de maneira isolada; restringindo-se apenas à sua especialidade e prestando uma assistência fragmentada ao usuário. Por outro lado, uma equipe multiprofissional, ao desenvolver um trabalho integrado, contribui para ampliar a resolutividade em relação às demandas dos usuários e a qualidade da atenção em saúde, ampliando e compartilhando conhecimentos e saberes que produzem intervenções efetivas na prática do cuidado integral em saúde.

As residências em saúde, propostas para reorientar o modelo de formação na perspectiva multiprofissional, mesmo as que assim se configuram, pelo que se percebe, desenvolvem uma prática pedagógica direcionada ao exercício de um trabalho uniprofissional, tamanha a ausência de práticas colaborativas; contrariando as diretrizes que deveriam nortear efetivamente esse modelo de formação. É o que se observa na separação de grupos de tutores e/ou preceptores de mesma categoria profissional, cenários específicos para cada categoria no interior dos serviços de saúde, aulas em separado por profissão e desenvolvimento de competência e habilidades fragmentadas na equipe de saúde.

Faz-se necessário, portanto, construir na gestão das Residências, um corpo docente-assistencial e de orientação de aprendizagens e pesquisa que compreenda, aproprie-se e dê expansão e desenvolvimento aos saberes interdisciplinares e às práticas interprofissionais na composição multiprofissional das equipes de residentes e demais atores envolvidos. São necessárias estratégias de ensino em serviço que consolidem o modelo de formação em equipe multiprofissional; possibilitando mudanças de atuação, mediante intervenções em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS.

Residências Multiprofissionais em Saúde e seus Horizontes

A qualificação dos profissionais norteadas a partir dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) tem por finalidade qualificar perfis profissionais,

segundo abordagens pedagógicas problematizadoras que possibilitem aos profissionais em formação a capacidade de analisar criticamente o cotidiano do trabalho em saúde e atuar de maneira colaborativa; para que, assim, possam ser capazes de reorientar as práticas do cuidado em saúde em face da integralidade e da humanização. Por serem estruturados de maneira a aproximar a educação e o trabalho, na perspectiva de formar profissionais na rede de serviços de saúde, os PRMS rompem o distanciamento existente entre ensino e serviço. O horizonte que se apresenta na formação de profissionais a partir dos PRMS contribui para que esses se tornem mais críticos, reflitam sobre suas práticas diárias, desenvolvam habilidades para o processo de trabalho em equipe e problematizem a realidade vivenciada; ressignificando as práticas de acolhimento, terapêuticas, de educação sanitária e de promoção da saúde.

Acredita-se que essa nova maneira de formar profissionais promove uma ruptura com o modelo tradicional hegemônico existente nas universidades, introduzindo um novo paradigma e uma nova metodologia de ensino, de modo a possibilitar a autonomia e o protagonismo no aprendizado. As Residências, enquanto processo de mudança, são responsáveis, assim, por (trans)formar profissionais, corroborar o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde (EPS) e promover a integração entre a teoria e a prática de modo pragmático no cotidiano dos serviços.

A EPS é considerada “o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde” (BRASIL, 2004). A EPS é uma estratégia fundamental para o desenvolvimento de profissionais de saúde no contexto dos serviços e é entendida como “aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (BRASIL, 2004). A EPS se desenvolve a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que os trabalhadores possuem. Segundo Ceccim (2005a, p. 161), a “educação permanente em saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas, insere-se em uma necessária construção de relações e processos”. Esses processos partem “do interior das equipes em atuação conjunta, implicando seus agentes, às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, implicando

as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde” (CECCIM, 2005a, p. 161). Dessa forma, é imprescindível que a educação dos trabalhadores de saúde seja desenvolvida a partir da problematização do processo de trabalho, tendo em vista as necessidades de formação e o desenvolvimento desses, bem como buscando atender as demandas das populações (BRASIL, 2004).

Nossa preocupação tem sido no sentido de que as residências multiprofissionais em saúde ofereçam uma formação diferenciada, que qualifique os profissionais para um olhar e uma escuta ampliada quanto ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida, bem como em relação à orientação terapêutica, ao uso das tecnologias em saúde — disponíveis ou a serem criadas — e ao desenvolvimento de pesquisas em atenção integral à saúde e humanização.

Construção de Programas de Residências em Saúde: nossa experiência

A vivência com a construção de programas de residência tem sido o nosso catalisador no empreendimento de lutas pela Reforma Sanitária e na intervenção nos movimentos sociais, permitindo que sejam feitas junto aos profissionais dos serviços discussões e reflexões sobre os princípios e as diretrizes do SUS; sobre o funcionamento da rede de serviços de saúde local, regional e nacional; o papel do profissional como formador e, ainda, o pensamento das práticas sob a possibilidade da construção de sujeitos implicados e comprometidos com sua formação e com seu trabalho. Dessa forma, possibilita a educação em serviço, uma vez que pauta — de forma apropriada e atual — temas, instrumentos e recursos para a formação; questiona a prática e o processo de trabalho, bem como favorece a EPS nos serviços.

Outro aspecto que merece destaque na construção dos programas é o fato de a RMS ser uma política indutora que possibilita trazer para a equipe de saúde profissionais que anteriormente não a integravam e, com isso, despertar no serviço a necessidade desse profissional para uma atenção integral à saúde do cidadão, alertando o gestor para a criação de vagas em concurso para essas profissões. No que se refere aos gestores, o movimento de construção dos PRMS no estado da Paraíba tem favorecido uma relação horizontal das instituições de ensino com os serviços por exigir

a pactuação de cenários de prática com os gestores municipais e estaduais, permitindo que os formadores conheçam os serviços e que os serviços participem da formação.

A discussão sobre a aproximação entre universidade e serviços vem se fortalecendo pela proposta de integração ensino-serviço desde os anos 1970 (MARSIGLIA, 1995) a fim de atender à necessidade de uma formação com base no “trabalho real”. A RMS fornece para o cotidiano da formação a possibilidade da experimentação de práticas pedagógicas inovadoras, embasadas em metodologias ativas e na aprendizagem significativa, na maioria das vezes desconhecidas pelos profissionais (preceptores e tutores), por serem oriundos de uma formação tradicional, exigindo que os profissionais busquem conhecimentos sobre diferentes temáticas e modos de atuar.

A dinâmica das atividades práticas e teórico-práticas dos programas de residência adota tecnologias que permeiam as estratégias pedagógicas e favorecem a prática colaborativa, pautada nos sujeitos e em suas relações vividas no mundo do trabalho, a exemplo da Problematização e da ABP. Dessa forma, enfatizam o trabalho em equipe e a troca de saberes com vistas a construção de novos conhecimentos com objetivos educacionais para todos os atores envolvidos: profissional residente, preceptor, tutor e gestor dos serviços.

A metodologia da problematização tem uma orientação geral como todo método, caminhando por etapas distintas e encadeadas a partir de um problema detectado na realidade, como enfatiza Berbel (1995). Constitui-se enquanto uma verdadeira metodologia, na medida em que envolve um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades intencionalmente selecionados e organizados em cada etapa, de acordo com a natureza do problema em estudo e as condições gerais dos envolvidos. Na Problematização, o grupo trabalha junto o tempo todo, com a supervisão de um professor/facilitador. Em alguns momentos poderão distribuir tarefas, mas retornam sempre para o grupo, que vai construindo o conhecimento em etapas.

Na ABP, o professor/facilitador formula um problema, que apresenta uma situação envolvendo a prática profissional, de forma mais próxima possível da realidade; a abordagem pedagógica é a abordagem centrada na capacidade de pensar e agir.

Baseia-se no estudo de problemas propostos com a finalidade de fazer com que o residente estude determinados conteúdos, a partir da análise da realidade e tendo o grupo tutorial como apoio para os estudos. Esse grupo é composto por um tutor e oito a dez residentes. Dentre os residentes, um será coordenador e o outro secretário, rodiziando de sessão a sessão, para que todos exerçam essas funções. No grupo, os estudantes são apresentados a um problema pré-elaborado e assumem um papel ativo enquanto sujeitos inseridos, devendo ser levados em conta para a mudança da prática profissional. Apesar de reconhecermos a potencialidade da ABP, ela tem sido utilizada de forma incipiente. Na ABP, o grupo inicia junto o conhecimento e a discussão do problema e retorna depois para a rediscussão no grupo tutorial, quando os estudos individuais já foram feitos (BERBEL, 1995).

Em nossa experiência, o principal aspecto pensado na concepção pedagógica é a inovação no processo de ensino-aprendizagem, sem perder de vista todos os aspectos já abordados anteriormente e que dizem respeito aos seguintes itens:

- Desconstrução da grade curricular convencional;
- Introdução do conceito de conteúdo curricular trabalhado de forma interdisciplinar, em substituição às tradicionais disciplinas estanques;
- Construção de unidades temáticas desenvolvidas a partir da sinergia dos conteúdos curriculares afins;
- Substituição da tradicional aula teórica expositiva por um processo teórico-prático de estimulação-aprofundamento-consolidação dos conteúdos teóricos, mediante a elaboração conjunta de roteiros de estudos e do desenvolvimento de exposição dialogada, seguidos de debates orientados;
- Substituição da função de professor como simples expositor e aferidor de conhecimentos para o de facilitador do processo ensino-aprendizagem;
- Introdução da metodologia científica de forma crescente, a partir de uma abordagem inicial de estratégias de estudo, visando a qualificação do residente para o planejamento, desenvolvimento e implementação de pesquisas científicas;

-
- Estudo orientado a partir do método de resolução de problemas;
 - Introdução de seminários científicos interdisciplinares orientados pelos preceptores e tutores, como complemento do processo de formação;
 - Transformação do trabalho docente num processo de constante articulação pedagógica entre professores / instrutores / facilitadores para composição de roteiros de estudos temáticos, desenvolvimento e aprofundamento de estudos e avaliação interdisciplinar.

É evidente que a metodologia adotada guarda relação com a intencionalidade de atender a um processo de mudança na aprendizagem compatível com a metodologia da Problematização e da ABP, com a articulação das dimensões cognitiva, afetiva e sociointeracionista, com a integração do conteúdo dos diversos componentes curriculares, com o trabalho em grupo ou em equipe e com os desempenhos individuais estabelecidos a partir de competências e atitudes compartilhadas. Procuramos sempre utilizar cada uma dessas alternativas propostas, aplicando o que melhor se adequar para cada atividade, conteúdo ou experiência prevista no programa.

Isso posto, visto que, identifica-se nos profissionais dos serviços baixa compreensão de estratégias que coloquem o residente como sujeito ativo de suas ações. Os profissionais oscilam entre o exercício contínuo da autoridade e supervisão de práticas, a organização de sessões didáticas de preleção e controle da frequência e as cenas de exercício da prática assistencial. Assim sendo, faz-se necessária uma formação pedagógica em metodologias inovadoras para que tutores e preceptores dos programas possam contribuir de forma efetiva com o processo de formação em serviço. Todavia, apesar de existir uma política de incentivo à criação e disseminação de programas de residência em saúde desde o início dos anos 2000, não tem havido oferta de formação com vistas a preparar os profissionais para atuação no ensino em programas de residência uni ou multiprofissionais.

Considerações finais

As residências multiprofissionais em saúde, por serem experiências inovadoras no processo de formação, enfrentam cotidianamente inúmeras dificuldades para se consolidar. Mesmo diante da regulamentação estabelecida pela Resolução CNRMS nº 5, de 7 de novembro de 2014, observa-se que ainda falta comprometimento por parte das universidades, especialmente no tocante à liberação de docentes, disponibilizando carga horária para que esses possam integrar programas de residência, seja na condição de coordenadores ou de tutores. Outro aspecto que evidencia a ausência de apoio das universidades é a não inclusão da participação dos docentes nos programas enquanto carga horária a ser registrada como atividade de ensino de pós-graduação, o que implica na não contabilização nos relatórios de progressão funcional institucional. Isso, sem dúvida, configura-se como um fator que provoca o desinteresse de muitos professores em se inserir nos programas de residência.

No que se refere à elaboração de suas propostas pedagógicas, cita-se como exemplo, no âmbito das instituições formadoras, a pouca compreensão dos atores envolvidos sobre a verdadeira concepção teórico-metodológica que deve nortear a estrutura curricular nos diferentes programas; uma vez que, por estarem imbricados em um modelo tradicional de ensino, persistem em estruturar programas de residência pautados em componentes curriculares que ainda se apresentam na modalidade de disciplina. Entende-se que essa problemática compromete a implantação e implementação dos programas, visto que, embora possamos instituir nesse processo de formação um suporte teórico e metodológico norteado por metodologias ativas e problematizadoras, a prática pedagógica adotada por tutores comumente se apresenta dissonante àquela preconizada nos projetos. A sua concepção de multiprofissionalidade, exige necessariamente a formação de equipes envolvendo diferentes núcleos profissionais para a inserção em cenários de prática. Contudo, ao se analisar as ações dos profissionais residentes nesses cenários, observa-se que esses não desenvolvem efetivamente um trabalho em equipe, uma vez que valorizam as competências específicas em detrimento das competências comuns a todos os núcleos profissionais. No que se refere aos preceptores nos cenários de práticas, evidencia-se que, por não serem na sua maioria capacitados para o exercício dessa função, não conseguem

desenvolver as habilidades pedagógicas necessárias para a condução dos residentes em um processo de trabalho em equipe.

Outro problema que reflete na formação dos residentes, quando da sua inserção nos cenários e integração nas equipes com os profissionais, é o fato de estes perceberem remuneração salarial significativamente inferior ao que os residentes recebem como bolsa de estudos. Por outro lado, os profissionais dos serviços não possuem incentivo financeiro para a função de preceptor, nem por parte dos programas de residência nem por parte da gestão dos serviços; assim, em muitas situações, esses resistem em assumir função pedagógica, o que implica dificuldade de acompanhar e orientar os residentes. Conflitos entre gestores, profissionais dos serviços e residentes podem ser observados quando estes últimos vivenciam condutas terapêuticas inadequadas, falta de estrutura e organização dos serviços, dificuldade de diálogo na comunicação profissional e outras situações de enfrentamento quando se propõem a orientar a mudança da prática e a ressignificar o cuidado em saúde.

Diante dessas inúmeras dificuldades, ressalta-se que é necessário fortalecer a implantação e implementação dos programas de residência, exigindo-se a mobilização de diversos atores — do âmbito das instituições formadoras e da gestão dos serviços — para que se possa efetivar esse processo de qualificação de profissionais para o SUS. No momento atual, a construção e consolidação dos programas de residência apresenta dificuldades notadamente por consequência de uma conjuntura política e econômica instável. Outro problema que precisa ser superado é a falta de compromisso formal das instituições de ensino com os programas, o que não se faz pelo conceito “instituições formadoras” ocupadas do processo pedagógico e “instituições executoras” ocupadas do processo assistencial, mas pela integração ensino-serviço ocupada das aproximações universidade-sociedade. Pautando as residências como formação importante para os profissionais de saúde e para o SUS, apontamos inúmeros benefícios para os usuários e para a satisfação dos profissionais com o trabalho.

Ainda precisamos avançar nas parcerias e pactuações com a rede de serviços de saúde dos municípios de modo que os gestores compreendam a importância dessa formação em serviço para a ressignificação das práticas nos diversos cenários, assim

como para a qualificação dos seus profissionais; além da identificação da necessidade de outros profissionais que não integram atualmente a equipe de saúde.

Enfim, percebe-se a importância de se romper com conceitos pré-formados e se admite a ideia de trabalhar de uma forma mais leve e mais prática na tentativa sempre de se obter serviços de saúde que ofereçam uma assistência de melhor qualidade. É fato contemporaneamente constatado que o processo de ensinar e aprender é dinâmico e complexo e requer de um lado a ousadia de vários profissionais envolvidos nas práticas de saúde, seja na formação ou nos serviços de saúde; de outro, que se lancem em experiências que transcendam o modismo ou a mera aplicação de modelo testado em metodologias inovadoras. A adesão por parte de todos às residências multiprofissionais em saúde é para atender às necessidades de saúde da população; em que, no decorrer do processo, ocorra o entendimento do que se faz necessário ao processo de aprendizado de residentes, docentes, preceptores, tutores e gestores, já que, na realidade, todos estão em formação.