

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO – FAGED
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO, AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO PEDAGÓGICA EM SAÚDE
EDUCASAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

ELAINE MARIA ALEXANDRE

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: MOBILIZAÇÕES, CONFLITOS
E CONTROVÉRSIAS NO PROCESSO DE REGULAMENTAÇÃO**

PORTO ALEGRE

2013

ELAINE MARIA ALEXANDRE

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: MOBILIZAÇÕES, CONFLITOS
E CONTROVÉRSIAS NO PROCESSO DE REGULAMENTAÇÃO**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof. Dra. Eloá Rossoni

PORTO ALEGRE

2013

RESUMO

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) foi uma das políticas federais aprovada pela Lei nº 11.129/2005, com a finalidade de atender a necessidade de formação de profissionais de saúde para atuação no SUS. O processo de criação e regulamentação da RMS é permeado por diferentes interesses e relações de poder, que, de certa forma, definem o desenho do que é regulamentado. Este estudo descreve como ocorreu a regulamentação da RMS desde sua criação pelo Ministério da Educação (MEC), em 2005 até 2012. Trata-se de uma pesquisa documental realizada através da busca de documentos disponíveis no portal do MEC, de publicações de leis, resoluções e portarias sobre a RMS no Diário Oficial da União, estudos e relatórios publicados sobre o assunto. A análise do material propiciou o agrupamento da legislação em 3 categorias: a) leis que criaram a RMS; b) resoluções e portarias que normatizam o funcionamento do programa e c) resoluções e portarias que definem a composição e a função da CNRMS. Neste período, 4 Seminários Nacionais de RMS e 2 Encontros Nacionais de Residência em Saúde foram realizados para dar subsídios à regulamentação da RMS. Uma das controvérsias foi a exclusão da categoria médica da composição das profissões, certamente estimulada pelo Movimento do Ato Médico. Outro aspecto foram as mudanças na composição da CNRMS da Portaria 45 para 1.077 e, desta, para a 1224, fortalecendo mais os gestores e as corporações do que as representações de residentes, preceptores/tutores e coordenadores de programas.

Palavras Chaves: Residência Multiprofissional em Saúde. Legislação. Formação. Atenção Básica.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	2
2 RECORTES DA HISTÓRIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL.....	4
3 FRAGMENTOS DA MINHA HISTÓRIA NA SAÚDE COLETIVA	7
4 OBJETIVO	9
5 PERCURSO METODOLÓGICO	10
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	11
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS.....	22
APÊNDICE A - QUADRO REPRESENTANDO AS MUDANÇAS NA COMPOSIÇÃO DA CNRMS OBSERVADAS NAS PORTARIAS INTERMINISTERIAIS Nº 45/2007, Nº 1.077/2009 E Nº 1.224/2012	25
APÊNDICE B - QUADRO DA LEGISLAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE.....	26
APÊNDICE C - PORTARIAS QUE ESTABELECEM COMO DEVEM FUNCIONAR OS PROGRAMAS CONSIDERANDO O PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DO CURSO E AS NORMATIVAS	27
APÊNDICE D - RESOLUÇÕES QUE ESTABELECEM COMO DEVEM FUNCIONAR OS PROGRAMAS CONSIDERANDO O PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DO CURSO E AS NORMATIVAS	28
APÊNDICE E - PORTARIAS QUE CRIAM E ORGANIZAM AS INSTÂNCIAS DE GESTÃO DAS RESIDÊNCIAS (CNRMS, CÂMARAS TÉCNICAS)	30
APÊNDICE F - RESOLUÇÕES QUE CRIAM E ORGANIZAM AS INSTÂNCIAS DE GESTÃO DAS RESIDÊNCIAS (CNRMS, CÂMARAS TÉCNICAS)	32
APÊNDICE G - QUADRO COM OS EVENTOS QUE SUBSIDIARAM A DISCUSSÃO DA REGULAMENTAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E DA RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE. SEMINÁRIOS NACIONAIS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E SAÚDE ..	34

1. INTRODUÇÃO

Desde a constituição de 1988 que prevê no Art. 200, inciso III, “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” como competência do SUS (BRASIL, 1988), verifica-se preocupação com a questão da formação profissional em saúde. O tema continuou sendo pautado nas leis 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990), na Medida Provisória nº 238 – Pro-Jovem, que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde (BRASIL, 2005), e nas Conferências Nacionais de Saúde. A importância de examinar a regulamentação da Residência Multiprofissional deve-se, entre outras questões, ao fato que um dos desafios para implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) é a formação de profissionais de saúde que consigam atuar de forma adequada e resolutiva nos serviços de saúde. Para isto é necessário que saibam trabalhar em equipe multiprofissional, voltados para a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2006a).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído a partir da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990). Segundo esta lei a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Faz parte de suas atribuições a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde.

Os princípios fundamentais do SUS são: Universalidade, igualdade e equidade. As principais diretrizes são: Descentralização, participação da comunidade e integralidade. Dos princípios e diretrizes do SUS, destacamos a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a integralidade de assistência, a participação da comunidade, a descentralização político administrativa e a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

Para que estes princípios e diretrizes se efetivem verdadeiramente, precisamos de profissionais capacitados e comprometidos com o trabalho para o SUS. A capacitação e o investimento na educação dos trabalhadores de saúde é um dos aspectos determinante para melhorar a qualidade da atenção em saúde. Para Amâncio Filho a constituição e a implementação do SUS, apesar de inúmeras

dificuldades políticas e administrativas, trouxe novos cenários e possibilidades que estão a exigir estratégias de formação que tenham como referência os princípios éticos da universalidade, da equidade e da integralidade, visando garantir à população o acesso igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. (Amâncio Filho, 2003)

A formação em serviços de saúde, na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), foi uma das políticas federais aprovada pela Lei nº 11.129 de 2005 (BRASIL, 2005) e regulamentada pela Portaria Interministerial nº 45 de 2007 (BRASIL, 2007) e que, posteriormente, foi substituída pela Portaria Interministerial/MEC/MS Nº 1077 (BRASIL, 2009), tendo como finalidade atender a esta necessidade do SUS. Acredita-se que todo movimento social, como foi e é o movimento que envolve a regulamentação da residência multiprofissional em saúde, é permeado por diferentes interesses e relações de poder, que de certa forma definem o desenho do que é regulamentado.

O presente trabalho descreve e analisa como ocorreu a regulamentação da Residência Multiprofissional em Saúde desde sua criação pelo Ministério da Educação, em 2005 até 2012.

2. RECORTES DA HISTÓRIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

No cenário nacional, o pioneirismo na implantação do Sistema de Saúde Comunitária e dos programas de residência médica e multiprofissional, distinguiu o Centro de Saúde-Escola Murialdo como órgão formador na área de atenção primária à Saúde. A formação multiprofissional pós-graduada, neste local iniciou em 1978, uma década antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) (ROSSONI, 2010). Em 2000, este programa foi vinculado ao Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública - ESP/RS, com a denominação de Aperfeiçoamento Especializado em Saúde Coletiva: Atenção Básica, juntamente com mais duas ênfases – Dermatologia Sanitária e Saúde Mental Coletiva. Mais adiante, também foi incluído a Pneumologia Sanitária. Atualmente, existem vários programas inclusive em outros municípios do estado. Em Porto Alegre, são ao todo sete (07) programas que contemplam várias ênfases ou áreas de concentração.

No Grupo Hospitalar Conceição é desenvolvido o Programa de Residência Multiprofissional com as ênfases: saúde da família e comunidade, saúde mental e terapia intensiva. Contando com a participação de profissionais de enfermagem, farmácia, fisioterapia, psicologia, odontologia, serviço social e terapia ocupacional (BRASIL, 2006a). Este programa é desenvolvido em serviços do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) que é o maior complexo de atenção à saúde da região sul do Brasil. É constituído pelo conjunto de quatro hospitais: Nossa Senhora da Conceição, hospital geral para atendimentos de adultos; Hospital da Criança Conceição, hospital pediátrico que possui como unidade anexa o Instituto da Criança com Diabetes (ICD), um hospital dia, multidisciplinar, de assistência e capacitação de equipes e familiares para o atendimento a crianças com diabetes; Hospital Cristo Redentor, hospital de atendimento ao trauma, considerado o pronto socorro da zona norte de Porto Alegre; Hospital Fêmeina, Hospital materno-infantil. Mantém ainda o serviço de Saúde Comunitária (SSC) com 12 unidades de atenção primária, que é referência como centro formador de trabalhadores para o SUS. Tem ainda dois Centros de Atenção Psicossocial (um CAPS AD e um CAPSII), que atendem uma região com cerca de 250.000 pessoas (BRASIL, 2006a).

A criação da Residência Multiprofissional no GHC com a denominação de “Residência Integrada em Saúde” deveu-se à concepção de que, por meio deste modelo de desenvolvimento de profissionais de saúde, estaríamos integrando os diversos profissionais e seus vários conhecimentos, as diferentes áreas de ênfase e as teorias e práticas desenvolvidas em cada campo de atuação. Esta proposta teve como referência a residência já implantada pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, em 1999. (CECCIM e FERLA, 2003 apud BRASIL, 2006a, p.359).

Esta modalidade de ensino (Residência Multiprofissional) permite uma troca de conhecimentos entre as várias especialidades, entre o saber científico e o saber popular, pois está inserido dentro dos serviços em contato com usuários e comunidades, integrando as teorias e as práticas de saúde.

Embora o SUS preconize a integralidade da atenção ao usuário, a maioria dos profissionais que atuam no sistema ainda é formada dentro de um modelo assistencial privatista que não contempla a integralidade das práticas de saúde, por isso esta forma de ensino permite uma inserção nas realidades locais, considerando a diversidade e complexidade do contexto sócio-histórico-cultural, por meio do conhecimento técnico, postura ética e da construção de práticas humanizadas, embasadas nos saberes popular e científico (BRASIL, 2006a).

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE et al., 2008, p.357).

A proposta da RIS/GHC visa, além da formação de um profissional qualificado às exigências do SUS, à formação de um/a cidadão/ã crítico/a que busque, em seus espaços de atuação profissional, social e política, ela oferece a possibilidade de construir, coletivamente, soluções aos problemas que acometem tanto os usuários/as quanto os/as próprios/as trabalhadores/as da saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2009).

A RIS/GHC vem suprir esta lacuna na medida em que provoca a aproximação de diferentes profissionais, entre diferentes conhecimentos, constituindo um processo interdisciplinar/transdisciplinar, pois promove um diálogo sistemático e contínuo entre saberes e desta forma viabiliza a construção coletiva de novos conhecimentos. Essa forma de fazer educação em saúde promove a troca de

percepções, sentimentos e ideias sobre o mesmo sujeito de seu trabalho, o/a usuário do sistema de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2009).

Apesar de a Residência Multiprofissional existir desde a década de 70, no país, diferente da residência médica, esta modalidade de formação sofreu rupturas e descontinuidades, de 1996 a 1999 houve a interrupção da Residência Multiprofissional em Saúde no Centro de Saúde-Escola Murialdo, mantendo-se somente a Residência Médica (ROSSONI, 2010). Uma das razões que dificultou sua continuidade foi a falta de legitimidade nacional, enquanto a Residência Médica passou a ser reconhecida como padrão ouro da especialização médica e é regulamentada desde 05 de setembro de 1977 (BRASIL, 1977), a Residência Multiprofissional somente recentemente passou por este processo de reconhecimento nacional. Essa interrupção, segundo Rossoni, ocorreu, por um lado devido à ausência de reconhecimento e valorização das profissões, e por outro em decorrência da diminuição do valor da bolsa de residentes das diversas profissões em relação à bolsa de residentes da Medicina, pois foi assinado o decreto 34.143, pelo governador da época, estipulando um valor de bolsa diferenciado à residentes não médicos (ROSSONI, 2010). Ainda, segundo a autora, este problema só foi solucionado em 2002, quando foi instituído o programa de bolsas de estudo para o programa da RIS, com valor igual para todas as profissões através da Lei 11.789/2002 (ROSSONI, 2010). Mas foi somente em 2005 que este processo de regulamentação da RMS tomou vulto no país (BRASIL, 2005).

Através desta pesquisa, descrevemos como ocorreu a regulamentação da Residência Multiprofissional em Saúde desde sua criação pelo MEC em 2005 até 2012, mapeando as mobilizações nacionais e locais, os conflitos e as controvérsias que marcaram o processo de regulamentação. Nosso intuito é contribuir para o enriquecimento dos estudos das residências multiprofissionais e nas reflexões sobre a formação multiprofissional e o ensino na área da saúde.

3. FRAGMENTOS DA MINHA HISTÓRIA NA SAÚDE COLETIVA

Para contar de onde partiu meu interesse por esta formação, relatarei como se deu minha história com a educação em saúde. Esta história inicia-se quando tive minha primeira aula na graduação de enfermagem da UFRGS. Quando iniciei meus estudos na enfermagem, imaginava-me ajudando a população mais carente de um país cheio de problemas sociais e principalmente com déficit em seus direitos e no acesso à saúde. Com o passar do tempo, com uma carga horária de estudos extensa e um currículo hospitalocêntrico e médico centrado, minhas ilusões foram por água abaixo e os questionamentos começaram. Só lá no finalzinho do curso, quando tive contato com a saúde pública, foi que me encontrei. Terminada a graduação resolvi, por influência de alguns colegas e professores, fazer a licenciatura em enfermagem. Na licenciatura pude ter contato com a literatura de Paulo Freire, Rubem Alves, Eduardo Galeano e tantos outros que cada vez mais aumentavam minha capacidade de questionar a maneira como se fazia educação em saúde. Não posso deixar de mencionar que muito da minha capacidade crítica e científica teve influência do Departamento de Bioquímica da UFRGS, onde fui bolsista de iniciação científica por três anos.

Mas o que eu queria mesmo era trabalhar, colocar a mão na massa, saber como funcionavam as coisas na prática, e foi assim que acabei trabalhando em diversos municípios do Rio Grande do Sul e tendo contato direto com a Saúde Coletiva e o SUS e, desde então, já se passaram 14 anos, dos quais 12 anos trabalhando em Unidades Básicas de Saúde na prefeitura de Porto Alegre. Mais recentemente, resolvi fazer uma Especialização em Saúde Pública.

Trabalhando como enfermeira na Unidade básica de Saúde Sarandi, zona norte de Porto Alegre, venho recebendo, frequentemente, alunos da graduação de Enfermagem de diversas faculdades e mais, recentemente, estão realizando formação nesta unidade, os residentes multiprofissionais do matriciamento em saúde mental do Grupo Hospitalar Conceição. Coincidência ou não, também surgiu oportunidade de realizar a especialização em práticas pedagógicas em serviços de saúde, oportunidade esta que me remete para este trabalho de conclusão.

Esta equipe de matriciamento é formada por psicólogos, assistentes sociais e educadores físicos, todos do 2º ano de residência. O período do matriciamento na UBS Sarandi foi de março a novembro de 2012, duas vezes por semana (terças e quartas), tendo por preceptora Cleunice Burtet.

Como o cenário de meu trabalho cotidiano contempla a residência multiprofissional em saúde, senti falta de conhecer mais sobre esta formação, seu processo de regulamentação e que normativas orientam este processo em âmbito nacional.

4. OBJETIVO

Este estudo visa descrever como ocorreu a regulamentação da Residência Multiprofissional em saúde desde sua criação pelo Ministério da Educação, em 2005 até 2012 através da análise das leis, portarias e diretrizes que regulamentam a Residência Multiprofissional em Saúde.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa documental realizada através da busca de documentos disponíveis no portal do Ministério da Educação, de publicações do Diário Oficial da União que continham regulamentações sobre Residência Multiprofissional em Saúde e trabalhos e relatórios publicados sobre o assunto. O levantamento da legislação foi mapeado em uma planilha com os seguintes dados: data, título do documento, objetivo e observações. Após este levantamento agrupou-se a legislação que regulamenta a Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde de acordo com a afinidade do tema em três categorias. Concomitante com este levantamento buscou-se referências bibliográficas e relatórios dos seminários de residências que pudessem conversar com o levantamento da legislação da Residência Multiprofissional em Saúde no país.

Os documentos examinados foram: A Lei 11.129 de 2005, nove resoluções vigentes em 2012 e seis portarias incluindo a portaria nº 45 que foi revogada, pois isto gerou muitas discussões e polêmicas.

Também foram examinados os relatórios dos quatro seminários Nacionais de Residência Multiprofissional em Saúde de dezembro de 2005, agosto de 2006, outubro de 2008 e setembro de 2011 e dos dois Encontros de Residência em Saúde de maio e novembro de 2012.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das publicações do diário oficial confrontada por documentos de apoio dos Seminários Nacionais e pelas reflexões de vários autores sobre a regulamentação da Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional de Saúde fez com que organizássemos o corpo deste trabalho considerando alguns aspectos que propiciaram o agrupamento da legislação em três categorias: a) leis que criaram a RMS (Apêndice B); b) resoluções e portarias que normatizam o funcionamento do programa considerando o projeto político pedagógico do curso (Apêndices C e D) e, c) resoluções e portarias que criam e organizam as instâncias de gestão, definem a composição e a função da CNRMS (Apêndices E e F). Vários encontros e seminários nacionais e estaduais forneceram subsídios para esta regulamentação. Os Seminários Nacionais de Residência Multiprofissional em Saúde ocorreram em dezembro de 2005, agosto de 2006, outubro de 2008 e setembro de 2011 (Apêndice G). Em maio e novembro de 2012 foram realizados respectivamente o I e II Encontro Nacional de Residências em Saúde.

6.1 MOBILIZAÇÕES PARA A REGULAMENTAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

O primeiro Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde que ocorreu nos dias 01 e 02 de dezembro de 2005, teve por objetivo discutir diretrizes e estratégias para a implementação dos programas e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e (BRASIL, 2006b), a partir da Lei 11.129, que cria a Residência Multiprofissional e em Área da Saúde e a CNRMS (BRASIL, 2005).

Neste seminário, com quatro grupos de trabalho, destacou-se a preocupação em respeitar as diretrizes do SUS, como o controle social, a integralidade, a formação permanente para formadores, gestores e trabalhadores do SUS. Já naquele momento, o grupo quatro tratou da criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, mas este somente foi implementado em 2008. Também foi destaque a preocupação com o Art. 13 da Lei 11.129 (BRASIL,

2005), onde excetua o médico da participação da residência em área profissional da saúde, pois este encaminhamento dificulta a construção do princípio da integralidade preconizado pelo SUS.

Um dos objetivos da Residência Multiprofissional em Saúde é o trabalho interdisciplinar, que facilita a construção de novos saberes e fazeres, permitindo uma atenção mais humanizada e integral à saúde da população. Infelizmente interesses corporativos e de mercado dificultam essa prática na medida em que o médico exclui-se da participação desta formação compondo equipe com outras profissões. Para exemplificar os interesses corporativos podemos falar aqui sobre o Ato Médico que sobrepõe uma profissão em detrimento das outras. Entendemos que o ato médico retrocede em relação às diretrizes e princípios estabelecidos na Constituição de 1988 para o Sistema Único de Saúde baseado no atendimento universal, igualitário e integral, por equipes multiprofissionais.

O SUS, enquanto modelo, busca imprimir uma visão ampliada às questões da saúde, porém, mesmo que esse sistema tenha sido legalizado há quase vinte anos, a lógica de assistência à doença e a fragmentação do ensino em diferentes disciplinas associadas à crescente especialização da área da saúde tem dificultado a implementação desse sistema, que entre suas diretrizes preconiza a integralidade na atenção em saúde (FERREIRA E OLSCHOWSKY, 2009, p. 107).

A RMS faz parte da política nacional de educação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e trata-se de uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada aos profissionais da área da saúde sob a forma de curso de especialização. Esta modalidade de ensino está voltada para a educação em serviço, seguindo os princípios da interdisciplinaridade, com a inserção de diferentes categorias profissionais da área da Saúde, visando à formação coletiva, em serviço e em equipe. Espera-se que esta modalidade de ensino contribua para a integralidade do cuidado ao usuário.

Esta forma de educação em saúde vem suprir as necessidades apontadas por Ceccim e Feuerwerker (2004). Segundo estes autores a formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado. As instituições formadoras têm perpetuado modelos essencialmente conservadores.

O papel de constatar a realidade e de produzir sentidos, no caso da saúde, pertence tanto ao SUS como às instituições formadoras de suas profissões. Cabe ao SUS e às instituições formadoras coletar, sistematizar, o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, e constituir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes (Ceccim e Feuerwerker, 2004, p. 46)

Além dos aspectos citados acima a RMS deve permitir o trabalho em equipe e a humanização do atendimento, pois esta implica a necessidade de compreensão da existência da diversidade do humano, o que é facilitado por esta modalidade de ensino na medida em que possibilita a interação com os diferentes modos de ser e viver, valorizando a experiência vivenciada, a capacidade do ser humano para o conhecimento e o desenvolvimento do novo (BRASIL, 2006a).

A RMS abrange as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Está orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, conforme consta na Portaria Interministerial 1.077 (BRASIL, 2009a).

O II Seminário Nacional sobre Residência Multiprofissional em Saúde ocorreu nos dias 20 e 21 de agosto de 2006, no Rio de Janeiro. Este evento fez parte da programação do Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e tinha por objetivo discutir a composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e estabelecer consensos sobre as diretrizes e estratégias para a implantação de Residência Multiprofissional em Saúde no país (BRASIL, 2009). Este seminário projetou o movimento para os seminários estaduais, que teve o protagonismo dos residentes, com o apoio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS).

Após o II Seminário Nacional de RMS, foi instituído um grupo de trabalho pela SGTES/MS e pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESu/MEC). Este grupo de trabalho ficou responsável pela sistematização do relatório do seminário e pela elaboração da portaria de criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde, que redundou na Portaria Interministerial MEC/MS nº 45/2007, a qual estabeleceu as diretrizes para os programas e a composição da CNRMS (BRASIL, 2009).

Destacamos que a portaria nº 45 estabelecia carga horária de quarenta (40) ou sessenta (60) horas semanais e duração mínima de dois anos para a RMS e Residência em Área profissional da Saúde e na CNRMS havia um representante dos preceptores ou tutores de programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Cabe ressaltar que a partir da portaria nº 45, apesar das dificuldades operacionais que prejudicaram o andamento dos trabalhos, vinha sendo possível manter o espírito democrático de negociação e a construção das residências, fortalecendo sua conexão com a consolidação do SUS e a democratização da formação em saúde, bem como mantendo permanente diálogo com os movimentos sociais e profissionais da área da saúde por meio de Seminários e Fóruns Nacionais (BRASIL, 2012b).

Logo após, em 19 de julho de 2007, a Portaria Interministerial MEC/MS nº 698, nomeou os membros da CNRMS e em agosto realizou-se a primeira reunião Plenária da CNRMS (BRASIL, 2009).

Em 2008, foi realizada a implantação de sistema informatizado e realizada uma convocação para cadastramento dos programas de Residência Multiprofissional e em Área profissional da Saúde de todo o país (de julho a outubro de 2008). Mesmo que este cadastramento tenha sido realizado de forma resumida, foi na época uma maneira de se visibilizar quantos programas existiam no país, tendo em vista que algumas bolsas eram pagas pelos governos estaduais. Na mesma ocasião, abriu-se um edital de convocação para selecionar avaliadores de programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde (BRASIL, 2009).

Em outubro de 2008, foram realizados o III Seminário Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde e a Oficina de capacitação com os 100 avaliadores que haviam se inscrito no edital para avaliadores de programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, previamente selecionados (BRASIL, 2009).

Este seminário teve como objetivo a discussão e a pactuação de mecanismos de acompanhamento, regulação e avaliação das residências multiprofissionais e em área profissional da saúde. Os relatórios das discussões realizadas no âmbito dos Seminários Estaduais foram apresentados neste seminário nacional que contou com ampla participação de preceptores, tutores, coordenadores e residentes.

Algumas questões foram abordadas com maior ênfase neste Seminário como a concepção de Residência, que foi de *“modalidade de pós-graduação lato sensu caracterizada por treinamento em serviço, supervisionado por profissionais capacitados (preceptorial), em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde”*. A duração mínima de dois anos, com 60 horas semanais de atividades, incluindo 4 horas semanais de sessões de atualização, seminários com a participação ativa dos alunos (BRASIL, 2008).

As questões trazidas pelos representantes dos residentes incluíram: a importância de tratar as pessoas e não os sintomas, a necessidade de controle social, o problema das fundações e da carga horária excessiva dos residentes (60 horas). Foram feitas críticas às políticas de financiamento do MEC que privilegiam o ensino à distância. Houve o encontro de fóruns e entidades que compõem a CNRMS (BRASIL, 2008).

Neste seminário os temas sobre RMS foram discutidos em quatro mesas. A mesa um abordou a estrutura, ações, organização e desafios da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. A segunda mesa tratou das Políticas Nacionais de Educação Permanente, Atenção Básica, Saúde Mental, Urgências e Emergências: orientações, desafios e perspectivas para as RMS e em Área Profissional. Também foram abordadas, na mesa três, a formação em serviço, a multiprofissionalidade e a integralidade da saúde e, na mesa quatro, a política de financiamento de residências: realidade e desafios. Houve um tensionamento para a diminuição da carga horária de 60 para 40 horas e o aumento da carga horária teórica em relação à prática (BRASIL, 2008).

Ficaram evidentes as relações de força entre representantes do Ministério da Educação, Ministério da Saúde e dos segmentos de residentes, preceptores, tutores e coordenadores. Após o seminário, a Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde da Secretaria de Educação Superior/MEC (DHR/SESu/MEC) foi substituída (BRASIL, 2009). Pode-se caracterizar o período de 2007 a 2009, como de intenso trabalho da CNRMS, de integração do MS e do MEC, de consolidação no mesmo departamento da Comissão Nacional de Residência Médica e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2009).

O IV Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (IV SNRMS) foi realizado nos dias 29 e 30 de setembro de 2011, em Brasília, pelo Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC) e Conselho Nacional de Saúde (CNS). Seu principal objetivo foi refletir sobre os avanços e desafios da política de residências em saúde com os atores envolvidos, visando à qualificação profissional para o SUS (BRASIL, 2011). O IV SNRMS ocorreu somente 3 anos após o III SNRMS e diferente deste não contou com a participação de tantos atores devido à limitações de orçamento para o mesmo.

Na pauta houveram temas relacionados à concepção político-pedagógica dos programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde, assim como, a gestão e a política de financiamento dos mesmos.

Os quatro eixos orientadores para as atividades dos grupos de trabalhos foram: Concepção Pedagógica de Residências; Gestão, Regulação, Avaliação e Acompanhamento; Política de Financiamento; Participação Social.

O IV SNRMS permitiu socializar, compartilhar e debater ideias, experiências, informações entre residentes, coordenadores de programas, tutores, preceptores e gestores referentes às políticas, financiamento e gestão das Residências em Saúde (BRASIL, 2011).

Apresentou-se como um espaço de construção coletiva onde os diversos sujeitos tiveram a possibilidade de expressar as ânsias e desejos de um Sistema Único de Saúde (SUS) forte apontando a necessidade do fortalecimento da Residência Multiprofissional em Saúde como fator determinante para qualificar e mudar os serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Houve, também neste seminário, um debate sobre os desafios a serem superados e o engajamento dos diversos atores envolvidos na implementação e consolidação de uma política para os programas de residência, no âmbito da formação, desenvolvimento e educação permanente dos profissionais de saúde (BRASIL, 2011).

Foi destacada a necessidade de uma política de investimentos para a formação de preceptores, bem como a importância da integração entre a academia e o serviço, de forma que os docentes das universidades devem trabalhar em conjunto com os profissionais preceptores da rede de saúde, a articulação com os gestores estaduais e municipais e o controle social (BRASIL, 2011).

Outro aspecto de importância neste seminário foi a discussão da implementação de diretrizes curriculares, abrangendo o tripé da educação com a atenção à saúde – ensino, assistência, pesquisa e extensão – para os programas de residência como estratégia para melhorar o processo pedagógico na busca da articulação teoria e prática, construção conjunta com docentes, preceptores, trabalhadores dos serviços e residentes, com metodologias ativas e problematizadoras e processos de avaliação da aprendizagem num referencial compartilhado entre todos os atores envolvidos no processo (BRASIL, 2011).

6.2 CONFLITOS E CONTROVÉRSIAS

Um aspecto que gerou conflito foram as mudanças na composição da CNRMS da Portaria 45/2007 para a Portaria 1.077/2009 e desta para a Portaria 1224/2012 (Apêndice A), fortalecendo mais os gestores e as corporações do que as representações de residentes, preceptores/tutores e coordenadores de programas. Esta questão já fora abordada no IV SNRMS e propunha a necessidade de revogar a Portaria 1.077 de 2009, pois ela ampliou a representação do governo na CNRMS, fragmentou a representação dos diversos segmentos e deslegitimou os fóruns que a compunham (Fórum Nacional de Residentes Multiprofissional em Saúde – FNRMS, Fórum Nacional de Tutores e Preceptores dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional em Saúde – FNTP, Fórum Nacional de Coordenadores das Residências Multiprofissional e em Área Profissional em Saúde, Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde – FENTAS e Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde – FNEPAS) (BRASIL, 2012b).

A Residência Multiprofissional de Saúde foi criada com a intenção de integrar todas as profissões da saúde, sua legislação vem sofrendo avanços e retrocessos neste sentido. Dentro dos seminários nacionais de Residência Multiprofissional de Saúde pudemos visualizar as disputas de representatividade na CNRMS. O que parece permanecer como consenso é o esforço no sentido de garantir a implementação dos princípios e diretrizes do SUS.

Podemos destacar que, entre as alterações promovidas pela portaria nº 1.077, como grave a mudança da composição da CNRMS, pois ampliou a representação do governo, fragmentou a representação dos diversos segmentos e deslegitimou os fóruns que a compunham. Entendemos que são justamente estes coletivos, contemplados precariamente pela nova composição da CNRMS, que produzem ações no campo da educação e do trabalho em saúde, que disputam na gestão, na atenção, na educação e no controle social as novas práticas para avançar na implantação do SUS.

Segundo Rossoni (2010), a substituição da portaria nº 45/ME/MS pela portaria nº 1.077, “surpreendeu com a alteração substancial da composição da CNRMS”. Ainda conforme a autora “esta mudança provocou indignação por parte de vários componentes do movimento das residências”. Esta reacomodação de forças que ocorreu no MEC e no MS teve impacto sobre as formas de condução das políticas de educação e saúde, influenciando o investimento do governo federal na Residência Multiprofissional, principalmente na diminuição do item bolsas de preceptoría e redirecionando o investimento para os cursos de educação à distância (FEUERWERKER, 2009 apud ROSSONI, 2010 p. 177).

Nos conflitos que atravessam a instituição da legislação nacional da Residência em Área profissional da Saúde percebe-se que as relações de poder entre as corporações/categorias profissionais da área da saúde estão sendo tensionadas, e/ou tencionam, constantemente, as políticas de organização da atenção e da formação em saúde (ROSSONI, 2010, p. 175).

Percebemos aqui uma disputa por espaço no mercado de trabalho e também por financiamento, o grande entrave, a histórica luta para a implementação/efetivação das diretrizes do Sistema Único de Saúde. São as chamadas relações de saber e poder que atravessam todo o movimento que se tem feito para regulamentar a Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde. São interesses corporativos que se sobrepõem à difícil tarefa de proporcionar um atendimento em saúde de qualidade e uma educação para o trabalho mais próximo daquilo que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde. Feuerwerker captou muito bem esta disputa quando coloca que:

A existência de uma outra residência, instituída por iniciativas públicas, abre claramente a possibilidade de regulação e de disputa de orientação. Há também a disputa por recursos, pois também esta nova modalidade deverá, em alguma medida, ser financiada por recursos públicos (antes exclusivamente destinados à residência médica). Há também a defesa de um espaço privilegiado de formação para uma profissão que historicamente se sobrepõem às demais e contava com um mecanismo singular de reprodução, quem sabe agora ameaçado (FEUERWERKER, 2009, p. 230).

Para Pasini e Guareschi (2010), é somente no início dos anos 2000, quando o Governo Lula institui no Ministério da Saúde a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que a proposta de criação de Residências em Saúde torna-se viável, ampliando este modo de formação para todas as chamadas profissões da saúde.

Ainda, segundo as autoras, esta proposta de ensino encontrou inúmeras resistências em diferentes setores no âmbito governamental, principalmente dos setores representativos das corporações médicas, pois nos encontrávamos em plena discussão do projeto de Lei nº 25/2002 (“projeto de Lei do Ato Médico”).

Também é importante a integração ensino, serviço e gestão, mas as exigências explicitadas na Portaria n. 1.077 que os programas estejam vinculados a instituições universitárias e que preceptores e tutores tenham qualificação de mestre como explicitado na Resolução n. 2/2012 (BRASIL, 2012), por vezes, torna-se empecilho para esta integração, pois passa a exigir que programas precursores da formação em serviço se submetam a este quesito para serem reconhecidos. Se o gestor não estiver aberto a negociações e a escutar residentes, trabalhadores e usuários para que a proposta de ensino aqui discutida siga em frente sem tantas dificuldades, seguiremos em passos lentos na consolidação desta proposta de formação, sob risco de excluir uma parte da história. A implementação dos princípios e diretrizes do SUS não é tarefa fácil, pois enfrenta interesses corporativos, financeiros, de mercado de trabalho e também ideológicos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Residência Multiprofissional em Saúde preconiza integração entre o trabalho e a educação, entre as diferentes profissões e as diferentes áreas de conhecimento, integração entre o ensino, serviço e gestão. Vai contra a lógica de assistência a doença e a fragmentação do ensino. Estimula o diálogo, busca romper com o “especialismo” na saúde e estimula a integração entre os diferentes saberes e fazeres. A RMS propõe uma ruptura com a visão reducionista, entendida como “corporativo-centrado” para o eixo “usuário-centrado”.

Desde que foi criada pela Lei 11.129, de junho de 2005, a residência multiprofissional em saúde vem sofrendo alterações na sua legislação. Após a criação da Lei 11.129, foram necessários dois anos de mobilizações, com a participação do Conselho Nacional de Saúde e dos Fóruns de tutores, preceptores, coordenadores e residentes, para que através da Portaria Interministerial nº 45 de 12 de junho de 2007 fosse instituída a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Esta comissão passou a funcionar a partir de setembro de 2007. Durante dois anos, percebia-se um espírito democrático de negociação e construção das residências, verificava-se uma preocupação com a consolidação do SUS e democratização da formação em saúde. Havia um diálogo com os movimentos sociais e profissionais da área da saúde por meio de seminários e fóruns nacionais. Com a revogação da portaria nº 45 e sua substituição pela portaria interministerial nº 1077 houve uma alteração na composição e dinâmica da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Esta mudança na composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de saúde ampliou a representação do governo, fragmentou a representação dos diversos segmentos e deslegitimou os fóruns que a compunham. Entendemos que esta mudança foi uma atitude antidemocrática, pois estes fóruns são representativos dos atores críticos, criativos, que fazem acontecer este processo de formação no cotidiano.

A incumbência dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde não é nada fácil, apesar de no meu entender, ser uma prática de ensino extremamente inteligente, idônea e resolutiva. Esta tarefa esbarra primeiramente nos interesses corporativos das diferentes profissões. Mesmo que o Conselho Nacional de Saúde

tenha tomado algumas posições para facilitar o processo, entre tapas e beijos, o processo segue lento e com dificuldades de ampliação da participação dos segmentos. Uma questão observada é a necessidade e a importância de garantir a participação dos diversos fóruns que são representativos dos atores críticos, criativos, que fazem acontecer o processo no cotidiano.

Por este quadro que se apresenta, acreditamos que a garantia da implementação das diretrizes do SUS é diretamente proporcional a necessidade do controle social assumir ativamente seu papel neste processo de trabalho e educação para a saúde.

A proposta da Residência Multiprofissional em Saúde é a que mais se aproxima da lógica do SUS, cabe às instituições formadoras, estudantes e comunidade em geral lutar por esta proposta de ensino que é inclusiva, humanizada e democrática e que tem se mostrado resolutiva nas questões de saúde da população, pois busca romper com o especialismo, utiliza a lógica da clínica ampliada através da integração entre diferentes saberes e fazeres.

O quanto avançamos na implementação das diretrizes do SUS? A regionalização é uma das diretrizes do Sistema único de Saúde. Estruturar esta rede é fundamental para superar as dificuldades da atenção e da gestão. Nós vivemos em um país com uma diversidade regional e cultural muito grande, as diferenças socioeconômicas também são gritantes e conseqüentemente as demandas por saúde diferem nas regiões. Os interesses privados e corporativos são enormes na área da saúde, cabendo ao governo fiscalizar e traçar estratégias para o bom funcionamento do SUS. Os problemas vivenciados na área da educação e da gestão do trabalho necessitam ações estratégicas. O trabalho deve ser visto como um espaço de construção. Neste espaço diferentes modos de pensar e agir convivem diariamente. O trabalho deve ser, portanto, um lugar de criação, invenção. Por isso é importante que, haja nos locais de trabalho, a troca e o cruzamento com os saberes de diversas profissões. A Residência Multiprofissional de Saúde vem suprir essa necessidade na medida em que proporciona o encontro e troca de diversos saberes no local de trabalho.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 32(3):356-362;2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br.php>>. Acesso em: 27 mar. 2012.

BRASIL. **Conselho Nacional da Juventude**. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui a residência em área profissional de saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 1 jul. 2005. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/inclus%C3%A3odejovemprojovem.htm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado: Brasília, DF. 1988.

BRASIL. **Decreto nº 80.281**, de 05 de setembro de 1977. Regulamentação da Residência Médica e criação da Comissão Nacional de Residência Médica. Brasília, DF, 1977.

BRASIL. **II Encontro Nacional de Residências em Saúde**: das histórias ao desafio das articulações na sociedade. Disponível em: <www.saudecoletiva2012.com.br/.../.../> Acesso em: 24 fev. 2013.

BRASIL. **Ministério da Educação. MEC**. Medida Provisória nº 238, de 1º fev. 2005. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/legisla07.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

_____. _____. Portaria Interministerial n. 45, de 12 de janeiro de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 jan. 2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivo/pdf/...portaria_45_2007.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. _____. Portaria Interministerial nº 1077, de 12 de novembro de 2009. Diário Oficial da União, Brasília, 13 nov. 2009. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=813&catid=247%Aresidencia-medica&id...>> Acesso em: 24 fev. 2013.

_____. _____. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre diretrizes gerais para os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 16 abr. 2012. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/Residenciasemsaude>>. Acesso em: 11 dez. 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portalarquivos/pdf/lei%208080.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

_____. _____. Lei nº 8.142, de 28 dez. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portalarquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

_____. _____. Portaria nº 198, de 13 fev. 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 13 fev. 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portalarquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

_____. _____. Portaria nº 4279 de 30 de dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portalarquivos/pdf/portaria4279_docredes.pdf>. Acesso em 03 mar. 2013.

_____. _____. Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. Exercício 2007/2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/.../3_b_relatório_atividades_cnrms_261109b.pdf>. Acesso em 08 fev. 2013.

_____. _____. Relatório do 1º Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. 2006b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portalarquivos/visualizar_texto.cfm?idtx=23362. Acesso em 05 fev. 2013.

_____. _____. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília/DF, 2006.

BRASIL. Relatório do 3º Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em: <www.fenepas.org.br/pdf/relato_residencia_multi-versao.pdf>. Acesso em 13 fev. 2013.

BRASIL. Relatório do IV Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em: <www.xa.yimg.com/kg/groups/21224389/1124861775/.../Relatório.doc>. Acesso em: 13 fev. 2013.

CARDOSO, Ivana Macedo. **Rodas de Educação Permanente na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições.** Disponível em: <<http://www.scielo.br.php>>. Acesso em: 22 jan. 2013.

CECCIM, R. B. & FEUERWERKER, O. **Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social.** *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14 , n.1, p.41-65, 2004.

FERREIRA, S. R. & OLSCHOWSKY, A. **RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE: a interação entre as diferentes áreas de conhecimento.** *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre (RS), mar 2009, v. 30, n.1, p.106-12.

FEUWERWERKER, LAURA. **No olho do furacão: contribuição ao debate sobre residência multiprofissional em saúde.** *Interface-comunicação saúde e educação*, v.13, n. 28, p.213-37, jan./mar. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br.php>>. Acesso em 27 mar. 2013.

FILHO, A. A. & TELLES, J. L. **Formação de recursos humanos para a saúde: Antigos problemas, novos desafios.** Disponível em: <<http://www.scielo.br.php>>. Acesso em 25 mar. 2012.

GUARESCHI, N.M.F. et Al (org.) **Psicologia, formação, política e produção em saúde.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. Pag. 118:140.

RIO GRANDE DO SUL. **Projeto Político-Pedagógico RIS/GHC - 2009.** Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GcpNet/docSrisprojeto.pdf>> Acesso em 09 set. 2012.

ROSSONI, Eloá. **Formação multiprofissional em Serviço na Atenção Básica à Saúde: processos educativos em tempos líquidos.** Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

**APÊNDICE A - QUADRO REPRESENTANDO AS MUDANÇAS NA COMPOSIÇÃO DA CNRMS OBSERVADAS NAS
PORTARIAS INTERMINISTERIAIS Nº 45/2007, Nº 1.077/2009 E Nº 1.224/2012**

Portarias	Nº 45	Nº 1077	Nº 1224
Preceptores e Tutores	1 representante		
Coordenadores de Programa	1 representante		
Residentes	2 representantes Do Fórum	2 representantes	2 representantes
MEC	Diretor do Departamento de Residências	3 representantes	2 representantes
MS	Diretor do departamento de Gestão da educação em saúde	2 representantes	2 representantes
Conselhos de Secretários de Saúde	1 CONASS 1 CONASEMS	2 CONASS 2 CONASEMS	2 CONASS 2 CONASEMS
Associações de ensino		1 Ass. de ensino das profissões de saúde	1 Ass. de ensino das profissões de saúde
Conselhos profissionais		1 representante	1 representante

Fonte: Adaptado de MEC, 2013.

APÊNDICE B - QUADRO DA LEGISLAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

LEI		FOCO	Observações da pesquisadora
Lei nº 11.129, de 30/06/2005.	Institui a Residência em área profissional de saúde e cria a comissão nacional de residência multiprofissional em saúde-CNRMS.	Criação da Residência Multiprofissional de Saúde.	As residências multiprofissionais e em área profissional de saúde, são orientadas pelos princípios e diretrizes do sistema único de saúde (SUS), a partir das realidades locais e regionais.

Fonte: Adaptado de MEC, 2013.

APÊNDICE C - PORTARIAS QUE ESTABELECEM COMO DEVEM FUNCIONAR OS PROGRAMAS CONSIDERANDO O PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DO CURSO E AS NORMATIVAS

PORTARIAS		FOCO	Observações da pesquisadora
Portaria Interministerial nº1.077, de 12/11/2009	Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em área profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em área profissional da Saúde e a CNRMS.	Funcionamento da Residência Multiprofissional em Saúde e da Residência em Área Profissional da Saúde; Orientação pelos princípios e diretrizes do SUS; Dispõe sobre a CNRMS; Revoga a portaria interministerial nº 45 de 12/01/2007.	Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área profissional de Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

Fonte: Adaptado de MEC, 2013.

APÊNDICE D - RESOLUÇÕES QUE ESTABELECEM COMO DEVEM FUNCIONAR OS PROGRAMAS CONSIDERANDO O PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DO CURSO E AS NORMATIVAS

RESOLUÇÕES		FOCO	Observações da pesquisadora
Resolução da CNRMS nº3, de 16/04/2012.	Dispõem sobre a data de início dos programas de RMS e em área profissional de saúde, preenchimento de vagas e desistências.	Define a data de início da RMS e em área profissional de saúde e dispõe sobre o preenchimento de vagas e desistências.	Os programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde serão iniciados no primeiro dia útil do mês de março de cada ano.
Resolução nº 2 de 13/04/2012.	Dispõe sobre diretrizes gerais para os programas de RMS e em Área Profissional de Saúde.	Orientação pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais identificadas.	As RMS e em Área Profissional de Saúde são caracterizadas por ensino em serviço de forma integrada (ensino-serviço-comunidade), desenvolvidos por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, visando fornecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, preferencialmente recém-formados, particularmente em áreas prioritárias para o SUS. Esta resolução trata também sobre o projeto pedagógico das RMS e em Área Profissional de Saúde.

Resolução CNRMS nº3 de 17/02/2011.	Dispõe sobre licenças, trancamentos e outras ocorrências de afastamento de profissionais da saúde residentes.	Regulamentação de licenças, trancamentos e outras ocorrências de afastamento de profissionais de saúde residentes.	Esta resolução é importante, pois trata das licenças e trancamentos caso o aluno, por algum motivo, tiver que se afastar da residência.
Resolução nº 2 de 02/02/2011.	Dispõe sobre a transferência de profissionais da saúde residentes.	Regula as transferências de profissionais da saúde residentes.	As transferências necessitam da aprovação da CNRMS. As transferências somente serão permitidas na mesma área de concentração.
Resolução CNRMS nº 03, de 04/05/2010.	Dispõem sobre a duração e a carga horária dos programas de RMS e Residência em Área Profissional de Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais de saúde residentes.	Duração, carga horária, avaliação e frequência dos profissionais de saúde residentes.	Os programas de RMS e em Área Profissional da Saúde tem a duração mínima de 2 anos e carga horária igual a 5760 horas, os residentes tem direito a um dia de folga semanal e 30 dias consecutivos de férias. As férias podem ser usufruídas de 15 em 15 dias por ano de atividade. Serão desenvolvidos com 80% de carga horária total sob a forma de atividades práticas e 20% sob a forma de atividades teóricas ou teórico-práticas.

Fonte: Adaptado de MEC, 2013.

APÊNDICE E - PORTARIAS QUE CRIAM E ORGANIZAM AS INSTÂNCIAS DE GESTÃO DAS RESIDÊNCIAS (CNRMS, CÂMARAS TÉCNICAS)

PORTARIAS		FOCO	Observações da pesquisadora
MEC/MS nº 1.224 de 03/10/2012.	Altera a Portaria MEC/MS nº 1.077 de 12/11/2009 e altera a portaria MEC/MS nº 1.320 de 11/11/2010.	Institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).	Suas atribuições são: avaliar e acreditar os programas de RMS e Residência em Área Profissional de Saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e que atendem às necessidades sócio - epidemiológicas da população brasileira; credenciar os programas de RMS e em Área Profissional de Saúde, bem como as instituições habilitadas para oferecê-lo; registrar certificados de programas de RMS e em Área Profissional de Saúde.
Portaria nº 88, de 03/04/2012.	Nomeia os Secretários Executivo e Adjunto da CNRMS.	Nomear os Secretários Executivo e Adjunto da CNRMS.	À secretária executiva compete: assumir as incumbências que lhe forem delegadas pela coordenação-geral da CNRMS, relativas às atividades da CNRMS; Distribuir às subcomissões e às câmaras técnicas processos de sua competência específica; Propor medidas que visem à melhoria das técnicas e métodos de trabalho; propor medidas

			sobre matéria de caráter geral ou específico para apreciação e decisão do plenário; secretariar as reuniões do plenário; coordenar a elaboração do relatório anual das atividades cumpridas e o plano de trabalho para o ano seguinte e coordenar e supervisionar, administrativamente, as atividades das instâncias que compõem a estrutura da CNRMS.
Portaria Interministerial nº 1.320, de 11/11/2010.	Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da CNRMS.	Institui a Estrutura, Organização e o Funcionamento da CNRMS.	Estabelece como ficará instituída a estrutura, organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS.
Portaria Conjunta nº 1.016 de 11/08/2010.	Nomeia a CNRMS e dá outras providências.	Nomear a CNRMS e dá outras providências. Revoga a portaria interministerial SESU/MEC e SGTES/MS nº143, de 09/02/2010.	Nomeia a CNRMS com mandato de dois anos e revoga a nomeação anterior.

Fonte: Adaptado de MEC, 2013.

APÊNDICE F - RESOLUÇÕES QUE CRIAM E ORGANIZAM AS INSTÂNCIAS DE GESTÃO DAS RESIDÊNCIAS (CNRMS, CÂMARAS TÉCNICAS)

RESOLUÇÕES		FOCO	Observações da pesquisadora
Resolução nº 5, de 23/11/2012.	Institui o Sistema de Informação da CNRMS-SisCNRMS.	Instituir o SisCNRMS, com o objetivo de apoiar o processo nacional de avaliação, supervisão, e regulação dos Programas de RMS e em Área Profissional de Saúde no país.	É um auxiliar no controle de qualidade das Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no país. Possibilita geração de relatórios de gestão, que subsidiarão as atividades decisórias e de acompanhamento e supervisão da CNRMS. Os documentos e as informações registradas no SisCNRMS serão públicas, excetuadas as hipóteses de sigilo previstas na lei.
Resolução nº 4 de 17/10/2012.	Nomeia as câmaras Técnicas-CT da CNRMS.	Nomear Integrantes das Câmaras Técnicas-CT da CNRMS.	As CT são compostas por representantes de conselhos profissionais de saúde, de associações de ensino e de sociedades científicas das áreas profissionais envolvidas com as respectivas áreas temáticas.
Resolução nº 1, de 30/01/2012.	Institui as Câmaras Técnicas (CT) da CNRMS e dá outras providências.	Institui as CT da CNRMS. As CT serão estruturadas e organizadas segundo áreas temáticas votadas e aprovadas em plenária da	CT 1 – Apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades clínicas e cirúrgicas; CT 2 – Intensivismo, urgência e emergência; CT 3 – Atenção básica, saúde da família e comunidade, saúde coletiva;

		CNRMS.	CT 4 – Saúde mental; CT 5 – Saúde funcional; CT 6 – Saúde animal e ambiental.
Resolução CNRMS nº 02, de 04/05/2010.	Dispõe sobre a organização., funcionamento., atribuições da CRM das instituições que oferecem programas de RMS ou em Área Profissional da Saúde.	Organização, funcionamento e atribuições da Comissão de Residências Multiprofissionais(COREM U).	- Coordenação, organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento de todos os programas de RMS ou em Área Profissional da Saúde de uma instituição formadora; - Acompanhamento e avaliação dos discentes; - Definição das diretrizes, elaboração de editais e acompanhamento do processo seletivo de candidatos.

Fonte: Adaptado de MEC, 2013.

APÊNDICE G - QUADRO COM OS EVENTOS QUE SUBSIDIARAM A DISCUSSÃO DA REGULAMENTAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E DA RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE. SEMINÁRIOS NACIONAIS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E SAÚDE

SEMINÁRIO	DATA	PRINCIPAIS DISCUSSÕES	OBSERVAÇÕES
I	1º e 2 de dezembro/2005	Preocupação em respeitar as diretrizes do SUS; Preocupação com o Art. 13 da Lei 11.129, que excetua o médico da Residência em Área profissional.	O Art. 13 fere o princípio da integralidade preconizado pelo SUS.
II	20 e 21 de agosto/2006	Elaboração da Portaria nº 45/2007 que estabelece as diretrizes para os programas e a composição da CNRMS.	Na portaria nº 45 havia maior representatividade dos fóruns e eles eram reconhecidos, sendo mais democrática. Estabelecia carga horária de 40 e 60 horas.
III	13 e 15 de outubro de 2008	Capacitação de 100 avaliadores de programas de RMS e em Área Profissional da Saúde; Pactuação de mecanismos de acompanhamento, regulação e avaliação das RMS e em Área Profissional da Saúde.	Tensionamento para diminuição de CH de 60 para 40 horas e aumento da carga horária teórica em relação à prática. Relações de força entre representantes do MEC, MS e os segmentos de residentes, preceptores/tutores e coordenadores. Após o seminário, o Diretor do Depto. de Hospitais

			Universitários Federais e residências na Saúde da secretaria de Educação Superior/MEC foi substituído.
IV	29 e 30 de setembro/2011	Preocupação com a portaria 1.077/2009, necessidade de revogar esta portaria, pois ela ampliou a representação do governo na CNRMS, fragmentou a representação dos diversos segmentos e deslegitimou os fóruns que a compunham.	Entende-se que a exclusão da participação destes fóruns vai contra a democracia.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2006, 2011.