

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
NÚCLEO EDUCASAÚDE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL
COLETIVA**

**“Caminhando contra o vento...”: a história das Residências Integradas
Multiprofissionais em Saúde**

Leonardo Trápaga Abib

Porto Alegre, 2012

Leonardo Trápaga Abib

**“Caminhando contra o vento...”: a história das Residências Integradas
Multiprofissionais em Saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para conclusão da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva.

Orientador: Profa. Rose Teresinha da Rocha Mayer

Porto Alegre, 2012

Dedico este trabalho aos trabalhadores e aos usuários do SUS, em especial do CAPS Santo Afonso, CAPSi Saca Aí, SRT Morada Viamão e CAPS AD Nova Vida, com quem convivi, lutei e aprendi nesses dois anos de Residência. A tod@s que lutam e defendem um SUS público, estatal e de qualidade. A tod@s que pelem e acreditam num mundo melhor.

Agradecimentos

Agradeço a vocês, meus amigos de fé, irmão, irmã, pai, mãe, sobrinhos, trabalhadores e residentes. Agradeço a vocês pelas suas palavras de força, de fé e de carinho.

Agradeço a vocês, Francisco, Pedro e Luiza, que me recebem com um lindo sorriso estampado no rosto, prontos para brincarem com carrinhos, bolas e bonecas. Agradeço a vocês, Pai, Mãe, Robertinho e Leticia, por serem não só uma família, mas meus amigos mais antigos, que sempre estiveram comigo, nas boas e nas ruins, em Rio Grande e em Porto Alegre. Muito obrigado pelo carinho e pela confiança.

Agradeço aos amigos de tantos caminhos e de tantas jornadas, que estão do meu lado desde os tempos de Rio Grande.

Agradeço aos companheiros e companheiras do Coletivo Gaúcho de Residentes em Saúde e do Fórum Nacional de Residentes em Saúde. Vocês foram fundamentais nesses dois anos de Residência, tanto pelas amizades que construímos quanto pela força que mostraram nos momentos mais difíceis, mostrando que é possível construirmos outras realidades de maneira coletiva.

Agradeço ao Wachs, Cleni e Jaque, por me apresentarem o mundo da saúde mental com muita paciência e confiança. O incentivo e os ensinamentos de vocês contribuíram muito para que eu seguisse trabalhando na saúde mental e viesse para esta Residência.

Agradeço a vocês que tem sido grandes amigos e companheiros de rootismos, e que tornam cada vez mais difícil a minha saída de Porto Alegre. Lipe Duran, Fred, Maurício Nazário, Guilherme Berna, Dessa, Vico, Ballardin, Varejão, Salsa e tantos outros que poderia citar aqui, caso tivesse mais espaço. Valeu demais “carinhas” pelo companheirismo!

Agradeço ao Luizão Milonga, amigo, camarada, “trabalhador” do CAPS III da Lima e Silva, por esses anos de parcerias, pelejas, conselhos “de graça” e chimarrões.

Agradeço a vocês, grandes parceiros e amigos de trajetórias e imersões no SUS, de momentos sofridos e de alegrias intensas, de pastéis no Onório e futebol nas

quartas, de apresentações musicais, de viagens de Trensurb, Central, Evel, Viamão. Iagão, Elisandro “Bonito”, Dieguinho, Graciela, Eliane, Henrique, Lua, Paolo e Alan Jorge. Vocês tornaram esta trajetória chamada Residência algo muito especial (e roots também)! Valeu gurizada!

Agradeço também aos nossos colegas e parceiros que vieram a somar com muita qualidade e disposição a nossa turma de residentes em 2011.

Agradeço a vocês, que são amigos do tio do caminhão da Ford, que adoram andar de carro, de ônibus, de caminhão; que falam pouco ou ainda mesmo que se comunicam com as mãos; que assam galletos na garagem do serviço; que tem o desejo de serem filmados e no fim conseguem ter esse desejo realizado, com direito a auditório cheio e comes e bebes depois. Agradeço a vocês, que no início desconfiavam de mim, mas que depois queriam conversar comigo sobre muitas coisas. Agradeço a vocês que hoje moram em casas e não em unidades; a vocês que são gigantes e mais fortes; que fazem versinhos, que viajam para Amaral Ferrador, que andam de bicicleta, que gostam de assistir TV nos seus quartos.

Agradeço a vocês, trabalhadores do SUS, que abriram as portas dos serviços para nos receberem e nos acolherem. Muito obrigado pela convivência, pelas tutorias, festas e pelas vivências que tivemos nesse período. Aladim, Laerte, Éverson, Marlete e demais colegas de Santo Afonso; Lugon, Kitty, Karla, Ieda, Sandra, Brunão e demais colegas do CAPSi; Marinha, Jorge, Rafa, Silvia, Mara e demais colegas do Morada Viamão; Licier, Camila, Wágner, Felipe e demais colegas do CAPS AD.

Agradeço ao EducaSaúde por oportunizar uma formação diferenciada na Residência e em especial ao camarada Belchior, grande figura do Educa e parceiro das peladas lúdicas de quarta-feira.

Por fim, agradeço a Rose Mayer, pela parceria, escuta trabalho e orientação mais do que qualificada. Sem a Rose este trabalho não sairia do mundo das idéias para o mundo da escrita. Obrigado Rose e que bom que o SUS pode contar com pessoas implicadas que nem você.

Feitoria (lomba grande) pessoal!



Coletivo Gaúcho de Residentes em Saúde/Fórum Nacional de Residentes em Saúde

*'O SUS é nosso, ninguém tira da gente,
direito garantido não se troca e não se vende'
(Frente Nacional Contra Privatização do SUS)*

*Nasci empelcado, a vida foi pródiga para comigo, deu-me mais do que pedi e mereci. Não quero erguer um monumento nem posar para a História cavalgando a glória.
(Jorge Amado, Navegação de Cabotagem, 1992)*

Resumo

O objetivo deste trabalho foi investigar o processo histórico da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - RIMS, em suas potencialidades e dificuldades. Para isso, utilizamos a análise documental como método de pesquisa e o referencial teórico da saúde coletiva. O trabalho apresenta um resgate histórico das RIMS no Brasil a partir dos anos 1970 até os dias de hoje e também uma análise da conjuntura atual dessa modalidade de formação na pós-graduação. As questões mais emergentes durante o processo de pesquisa foram: formação para o SUS, concepções de RIMS e financiamento na saúde. As RIMS surgiram nos anos 1970 como uma proposta de formação balizada pelos princípios do movimento Sanitarista brasileiro. Nos anos 1980 e 1990 temos a queda da ditadura militar, o nascimento do SUS e uma ofensiva neoliberal no Estado Brasileiro. Há também um decréscimo no número de RIMS nesse período. Nos anos 2000 aparecem as primeiras legislações sobre as RIMS, o que conferiu um nível de legitimidade no âmbito legal para essa modalidade de formação. Pode-se ver na pesquisa que a construção das RIMS esteve influenciada pelas bandeiras da Reforma Sanitária e pelas conjunturas políticas de cada época. Foi também uma construção coletiva, principalmente com atores organizados em Fóruns. As RIMS apresentam avanços na formação para o SUS assim como dificuldades e desafios a serem enfrentados pela frente e possivelmente em meio a muitas disputas e tensionamentos entre gestores, residentes, trabalhadores e Controle Social.

Palavras-chave: Residência Integrada Multiprofissional em Saúde; SUS; Formação.

Sumário

| | |
|--|----|
| 1. Considerações Iniciais | 10 |
| 2. Objetivos | 12 |
| 2.1. Objetivo Geral | 12 |
| 2.2. Objetivos Específicos | 12 |
| 3. Processo de Pesquisa | 13 |
| 4. “Tempos rebeldes”: O surgimento das RIMS nos anos 1970 e o seu declínio nos anos 1980 | 15 |
| 5. O retorno da democracia e das RIMS | 21 |
| 6. Os anos 2000 | 24 |
| 7. “O tempo não pára”: os novos desafios do SUS e das RIMS | 36 |
| 8. Considerações Finais | 44 |
| Referências | |
| Anexos | |

Lista de Figuras

Figura 1 – Relação entre programas de Residências Multiprofissional e Residências Médicas até 2008.

Figura 2 – Relação entre residentes multiprofissionais e residentes médicos em 2008.

Figura 3 – Charge apresentada no Boletim Resistência (n.3, março de 2006).

Figura 4 - Charge apresentada no Boletim Resistência (n.2, fevereiro de 2006).

1. Considerações iniciais

Entre as principais demandas do Sistema Único de Saúde - SUS, desde a sua criação e implementação, estão a formação e a preparação de trabalhadores para incidirem no âmbito da Saúde Coletiva. Neste sentido, as diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde passam por alterações, com o intuito de inserir mais as demandas do SUS na formação dos estudantes, de maneira a colocá-los mais perto dos territórios, das condições que existem nos serviços públicos de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) e dos desafios implicados em sua qualificação e efetividade.

Nos últimos anos alguns programas, como o PET-Saúde¹, o Pró-Saúde² e o VER-SUS³ foram criados para incentivar a participação dos estudantes de graduação nas unidades básicas de saúde, equipes de saúde da família, centros de atenção psicossocial, enfim, inseri-los nos serviços que o SUS disponibiliza à população.

Já no campo da pós-graduação há um número maior, mas ainda distante do necessário, de especializações *lato-sensu*, cursos de mestrado e doutorado e, principalmente, os programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde⁴ - RIMS, que parecem ser a experiência de maior imersão no âmbito do SUS.

Coube, então, a este trabalho trazer um resgate histórico das RIMS no

1 “Como uma das ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento de áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde - SUS, de acordo com seus princípios e necessidades, o Programa tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde, sendo uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRÓ-SAÚDE, em implementação no país desde 2005”. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306, acesso em 25 de julho de 2011.

2 Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde.

3 O VER-SUS/BRASIL faz parte de uma estratégia do Ministério da Saúde e do Movimento Estudantil da área da saúde de aproximar os estudantes universitários do setor aos desafios inerentes à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o território nacional. Representa, também, um compromisso do gestor do SUS com a aprendizagem dos estudantes que se preparam para este setor.

4 “A proposta das Residências em Saúde como multiprofissionais e como integradas ao SUS apresenta-se no cenário brasileiro participativo como uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e as diretrizes da integralidade da atenção e da intersetorialidade do SUS” (CECCIM, 2010, p. 20)

nosso país, passando pelas primeiras experiências na década de 1970, pelas tentativas da década de 1980, ainda pelo esvaziamento desses processos nos anos 1990 e a retomada mais forte nos anos 2000, com leis e portarias que buscam conferir consistência para que as RIMS sejam uma política de Estado para a formação de trabalhadores na área da saúde.

O interesse em contar essa história vem de minha aproximação com a Residência desde a inserção no movimento de sua potencialização quanto pelas vivências intensas da clínica nos serviços, mas também pelo desejo de problematizar, refletir e conhecer como essa estratégia de formação para trabalhadores na área da saúde⁵ foi construída e seu processo de implementação. Não basta termos somente uma legislação, embora seja muito importante que certas coisas estejam escritas nesse formato de legalidade. Porém, aqui digo isso pela legitimidade das questões balisadas documentalmente, por ver que em muitos programas de Residência os residentes estavam com horas excessivas de trabalho na atenção; as práticas de ensino e pesquisa não estavam acontecendo; havia falta de preceptores e desvalorização daqueles que seguiam com esse compromisso; residentes atuando em espaços privados (atendendo convênios ao invés de estarem com os usuários do SUS); falta de comprometimento do programa de Residência com os princípios e diretrizes do SUS, entre outros aspectos.

Através das minhas andanças pelo território gaúcho e nacional, me senti provocado com as realidades distintas que constatei. Além disso, a partir dessas experiências nesses últimos dois anos na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e no Fórum Nacional e Coletivo Gaúcho de Residentes em Saúde, além de outros espaços ligados ao controle social, passei a acreditar que essa formação é sim interessante para o SUS, tanto pela questão da Educação Permanente quanto pela implicação dos trabalhadores nos serviços públicos de saúde.

Por isso, investigar este processo torna-se necessário para compreender

⁵ Vamos usar durante o texto o termo “trabalhadores na área da saúde” por entender que várias profissões incidem no campo da saúde, para além daquelas tradicionalmente vinculadas ao setor.

melhor seus avanços e retrocessos, seus limites e suas potências, suas linhas e forças. Para se fazer essa análise é preciso ir atrás, buscar aquilo que não se vê tão facilmente no dia-a-dia, através das lutas e conquistas dos movimentos em defesa do SUS e das RIMS.

Assim, o trabalho ficou dividido entre o resgate histórico, o que se tem produzido sobre as RIMS e por fim, uma análise da conjuntura atual desse contorno de formação na pós-graduação. Para isso buscamos referências bibliográficas, artigos científicos, notícias de jornal, revistas, documentos disponíveis na internet (blogs, sites oficiais, tópicos, sites de relacionamento, etc) e registros visuais, como fotos e vídeos. Dessa forma, poderemos acessar o acúmulo de produções feitas por ex-residentes e preceptores, bem como as invenções do cotidiano das RIMS e as implicações entre o SUS e as RIMS.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

- Investigar o processo histórico da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - RIMS, em suas potencialidades e dificuldades.

2.2. Objetivos específicos

- Analisar a trajetória da RIMS em conjunto com a do SUS.
- Analisar as linhas de força que incidem na política de Residências no Brasil.

3. Processo de Pesquisa

O “interesse em estudar o homem inserido em seu contexto de vida sociocultural, visando a interpretar os significados de fenômenos relacionados à vida do homem como ser histórico e cultural” (VILA, et al, 2007, p. 240) se desenvolveu a partir das Ciências Sociais, desde o final do século XIX, por meio da pesquisa qualitativa. Este tipo de pesquisa também permeia as discussões no âmbito de saúde, ultimamente, com importantes contribuições.

Autores como Caprara e Landim (2008, p. 364) destacam a relevância e a ampliação da opção pelo viés qualitativo na pesquisa em saúde:

acompanhada, neste último decênio, por um crescente interesse quanto à utilização de métodos qualitativos e seus instrumentos de pesquisa aplicados durante todo o séc. XX pelas ciências sociais e na antropologia [...] este interesse é atribuído a diversas razões, como, por exemplo, a importância dada atualmente pelas políticas sanitárias nacionais à dimensão qualitativa da prestação dos serviços assistenciais oferecidos aos cidadãos.

Ainda sobre métodos qualitativos, pode-se acrescentar que eles demandam um percurso de busca e interpretação de dados provenientes de diversas fontes por parte do pesquisador. A lógica deste tipo de pesquisa em muitos casos é mais do tipo indutivo que dedutivo, consistindo na descrição de pessoas e grupos em situações particulares (CAPRARA, LANDIM, 2008).

Esta pesquisa optou pelo recurso metodológico da análise documental para obter seus resultados e poder levantar outros questionamentos referentes ao assunto, à semelhança do percurso de Dallegrave e Kruse (2010). Foram utilizados tanto os documentos ditos oficiais, como leis, portarias e outros; documentos produzidos por residentes, em especial pelo Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS); textos obtidos através de jornais e revistas, tanto eletrônicos quanto impressos; artigos científicos que tratassem da temática Residência em Saúde; cartas produzidas em seminários, encontros e congressos; relatorias de diversos tipos de eventos (que estejam disponíveis na internet ou na forma impressa); fotos, vídeos disponíveis na internet ou cedidas por

colaboradores⁶.

Acreditamos que este desenho metodológico era o mais interessante por permitir que apareçam no trabalho os múltiplos olhares que observam a RIMS no decorrer da história, tanto para investigar seu passado quanto para analisar seu presente. Desta forma, não teríamos uma visão reduzida, mas, sim, um panorama ampliado e de caráter técnico-político-assistencial que possibilita um maior aprofundamento em certas questões, para além das datas e o que dizem as legislações e dando vez para que as produções dos movimentos sociais também sejam contempladas e reconhecidas, visto que a construção das RIMS tem se dado de forma coletiva e sempre com muitas disputas e tensionamentos, tanto no campo macro quanto micro.

Os trabalhos que analisamos e buscamos nas bases de dados disponíveis na internet, tinham em sua maioria as palavras-chave “Residência Multiprofissional”, “SUS” e “Formação”. Utilizamos o referencial teórico da saúde coletiva para nossa investigação, entendendo como relevante a diversidade da produção desse campo.

Outro fator importante no processo de pesquisa foi que optamos em contar essa história a partir dos anos 1970 e, apesar de já existirem Residências Médicas nos anos 1960 e termos encontrado algumas experiências, por exemplo, em Residências de Enfermagem e Fisioterapia, escolhemos fazer um recorte apenas das Residências Multiprofissionais em Saúde – que tratamos no texto também como Integradas.

6 Ex-residentes, gestores e outros sujeitos implicados com a temática.

4. “Tempos rebeldes”: o surgimento das RIMS nos anos 1970 e o seu declínio nos anos 1980

As RIMS são programas de pós-graduação em modalidade *lato-sensu* e possuem uma carga horária superior a 5.000 horas de formação prática e teórica, durante a qual o residente se insere nos serviços do SUS por um período de dois anos, com a cooperação e a orientação de trabalhadores desses espaços, além da vivência e da pesquisa em saúde.

É importante dizer que embora a palavra “Integrada” não seja utilizada por parte dos programas de Residência no país, acreditamos que é importante utilizá-la para enfatizar que cabe à Residência estabelecer a integração dos Programas de diferentes ênfases, assim como entre trabalho e educação, entre diferentes profissões (campo e núcleo de saberes e práticas profissionais em articulação permanente), entre ensino-serviço-gestão do SUS, e também entre os campos das ciências biológicas, humanas e sociais (SILVA et al, 2007).

A origem da modalidade de ensino Residência está ligada ao termo *moradia*, fazendo uma alusão de que o residente deveria morar no hospital e estar disponível em tempo integral à este espaço (SILVEIRA, 2005). Os primeiros programas de Residência surgiram em hospitais e seguiram este regime de internato (FERREIRA, 2007). Nesta época havia basicamente as residências médicas e algumas experiências de residências em enfermagem (Idem). O primeiro programa de Residência (com exceção da Residência Médica) que se tem algum relato é da Residência em Enfermagem, vinculada ao Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo, no ano de 1961 (BRASIL, 2009a). Outras Residências Uniprofissionais nessa época, como fisioterapia, nutrição, odontologia, farmácia, enfermagem e medicina ainda não tinham o foco no trabalho em equipe, tampouco cuidado integral e humanístico.

Uma das principais bandeiras do Movimento Sanitarista brasileiro era a formação de trabalhadores para saúde. Foi nos anos 1970 que, segundo Pasini (2010, p. 38),

a necessidade de repensar as práticas abre caminho, no âmbito da formação, para que se produza um salto qualitativo em termos do ensino e pesquisa em moldes acadêmicos, com a redefinição do estabelecimento de cursos de formação de mestres e doutores em medicina preventiva, saúde pública e medicina social.

Em contracenso com a formação uniprofissional tradicional e voltada para atenção hospitalar, “em 1976 foi criada pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em sua Unidade Sanitária denominada São José do Murialdo, a primeira Residência em Medicina Comunitária” do Brasil (CAMPOS, 2006, p. 5). A proposta desta nova modalidade de formação era preparar trabalhadores (médicos) “com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública, com perfil humanista e crítico, com competência para uma boa resolubilidade das necessidades de saúde da comunidade” (Idem.).

No ano de 1978, esta Residência tornou-se multiprofissional. Essa experiência no Rio Grande do Sul foi incorporada em Pernambuco e no Rio de Janeiro, em um desenho tecnoassistencial de saúde qualificado e de base municipal (ROSA, LOPES, 2009/2010).

A Residência do Centro de Saúde Murialdo se baseava em experiências vindas de outros países e de conferências internacionais, bem como da forte influência do movimento da Reforma Sanitária brasileira (UEBEL; ROCHA; MELLO; 2003). A Residência do Centro de Saúde Murialdo tem muita importância para o cenário nacional, pois foi a primeira proposta que inseriu mais do que uma profissão no seu programa, visando o trabalho em equipe e interdisciplinar, vislumbrando um cuidado à população na rede básica de saúde e para além da assistência centrada no médico e no corpo biológico (FERREIRA, 2007).

No Rio de Janeiro, em 1977, existia uma outra formação de equipe multiprofissional, chamada de Treinamento Avançado em Serviço (TAS), com a gestão da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz (ENSP-FIO-CRUZ) que também buscava integrar as diversas profissões da saúde (BRASIL, 2009a).

Pode-se perceber que a criação das primeiras RIMS tem muito a ver com as características do contexto, principalmente com as questões que estavam sendo discutidas, tensionadas na área da saúde, como a revisão dos modos de

trabalhar em equipe e na comunidade, a superação da unicausalidade dos processos saúde-doença e da biologização do conhecimento, as relações do modelo de produção da sociedade com a saúde da população, a formação universitária e a constituição do campo da Saúde Coletiva (NUNES, 2005).

A constituição da RIMS faz-se emblemática para esta época. Eram os anos duros e autoritários da ditadura brasileira, em que a saúde estava distante de ser universal e seu cuidado longe de ser pautado pela integralidade. Apesar disto, os movimentos sociais conseguiram ter forças e organização para fazerem os devidos enfrentamentos, que futuramente iriam resultar na redemocratização do país e na construção do SUS, como iremos ver no final dos anos 1980 e começo dos anos 1990.

É importante demarcar que a década de 1970 (em que surge a primeira RIMS do país) serviu de palco “dos mais férteis em discussões teóricas sobre as relações saúde-sociedade, não apenas pela presença marcante do paradigma marxista, mas de outros referenciais, como o estruturalismo de Foucault, e as discussões sobre a antipsiquiatria, com Basaglia, Cooper, Laing e Castel” (NUNES, 2005, p. 22).

É necessário fazer este resgate histórico da cena política destas décadas, para entendermos os avanços que hoje temos e os retrocessos que ainda permeiam nossas práticas e nossas gestões, bem como visualizar que a história das RIMS tem uma caminhada fortemente influenciada por esses acontecimentos. Como nos mostram Rosa e Lopes (2009/2010, p. 488)

entre os anos 1970-1980, o modelo hegemônico adotado no Brasil esteve centrado no hospital e na medicina especializada. No entanto, a partir de 1973, vários movimentos sociais se aglutinaram em torno da defesa dos direitos humanos e da liberdade política, contrapondo-se à ditadura militar. Na área da saúde, a luta era pela organização de um sistema de saúde único e hierarquizado, que não dicotomizasse o cuidado à doença e a promoção da saúde, a saúde individual e a saúde coletiva.

A premissa de formar trabalhadores identificados com os princípios e diretrizes do SUS compõe o escopo da RIMS, como também é uma demanda do próprio Sistema Único de Saúde. Em sua lei orgânica está escrito no artigo sexto parágrafo III que um dos objetivos do SUS é “a *ordenação da formação* [grifo do

autor] de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1990). Verifica-se ainda, outra atribuição no que diz respeito à formação de trabalhadores: “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (BRASIL, 1990). Segundo Ceccim e Ferla (2003, p. 211), “para que esse ordenamento da formação se faça, são requeridas entretanto , políticas de regulação, de apoio e de fomento à educação no âmbito do ensino; da pesquisa; da extensão educativa” e em outras.

Com isso, propicia-se ao residente uma imersão dentro da rede do SUS, a fim de proporcionar vivências em diferentes espaços da rede, tanto para conhecer, quanto efetuar a prática em território, independente da sua ênfase⁷ e de sua profissão. O investimento neste tipo de modalidade de ensino tem como objetivo possibilitar a formação de trabalhadores da saúde e áreas afins, bem como colaborar com a mudança do desenho tecnoassistencial do Sistema Único de Saúde (CAMPOS, 2006).

Dallegrave e Kruse (2010) afirmam que não é possível falar sobre RIMS sem uma articulação com os princípios do SUS, como integralidade, equidade e universalidade. Podemos perceber a inserção desses conceitos nas RIMS a partir dos anos 1990, quando o SUS se tornou política pública e de Estado. Antes da legislação do SUS, a Residência Multiprofissional funcionava num desenho de formação diferenciado daquele apresentado como hegemônico nos anos 70 e 80. A seguir veremos o exemplo da Escola de Saúde Pública/RS (mais especificamente do Centro de Saúde Escola Murialdo), a partir do depoimento de uma médica-geral comunitária, tirado do texto de Uebel, Rocha e Mello (2003, p. 118):

[...] já naquela época, a proposta do Murialdo visava à articulação entre planejamento em saúde com a realidade de trabalho e a flexibilidade em relação às necessidades específicas das diferentes populações, articulando o saber popular com o saber técnico [...] (Entrevista realizada em julho de 2002 com a médica-geral comunitária Jane Nadotti sobre o histórico da Residência Integrada em Saúde Coletiva no CSEM)

⁷ Atualmente temos uma variedade de ênfases nos programas de RIMS. Saúde mental, saúde da família, atenção básica, atenção à saúde do adulto, atenção à saúde da criança, são algumas das ênfases mais encontradas.

A conjuntura que temos no Brasil e na América Latina no começo dos anos 80 é de um quadro desfavorável na saúde, mostrando que o modelo da época, pautado “numa saúde pública desenvolvimentista, que havia postulado que um dos efeitos do crescimento econômico seria a melhoria das condições de saúde” (NUNES, 2005, p. 22), não se concretizou e muito pelo contrário, aumentaram as desigualdades sociais e os problemas decorrentes delas.

Uma das principais características da política adotada pelo Estado nos anos 1980 é o corte nos investimentos sociais, ação essa que acaba por diminuir o acesso aos serviços públicos, contribuindo para precarizar as condições de vida de uma parcela considerável da população brasileira (BARBOSA, 2010).

Segundo Pasini (2010, p. 50), “os anos 80 são, sem dúvida, muito especiais na história da saúde no Brasil e da universalização das políticas sociais. Contudo, ao mesmo tempo, havia um assujeitamento à agenda internacional, comandada pelo Banco Mundial, que ainda era bastante forte”.

Nos anos 1980 acontece uma quebra neste processo inovador das RIMS. De acordo com Uebel, Rocha e Mello (2003), após a regulamentação nacional da residência médica do Centro de Saúde Murialdo, em 1983, o tempo de duração e a remuneração passaram a diferir entre os médicos e os demais trabalhadores da saúde. Para Silva e colaboradores (2007, p. 52), “isso ocorreu porque, uma vez regulamentada, a profissão médica tinha garantido por lei seu reajuste salarial – o que não acontecia com as outras áreas, que tiveram suas bolsas congeladas”. Levando em conta que o país vivia num período inflacionário, a bolsa dos residentes multiprofissionais desvalorizou, culminando no término da RIMS e na permanência do programa de residência médica (SILVA et al, 2007).

De acordo com Da Ros et al. (2006), com o eminente fim do governo da ditadura militar associado com a necessidade da criação de outro modelo de atenção à saúde - que se configura com a proposta do Programa de Atenção Integral em Saúde/Ações Integradas em Saúde (PAIS/AIS) -, temos um crescimento no número de Residências em Saúde Comunitária. Contudo, em sua maioria eram exclusivamente médicas enquanto algumas poucas eram multiprofissionais.

No entanto, os anos 1980 também foram palco de dois grandes acontecimentos para a saúde e a sociedade brasileira e que contaram com grande mobilização popular: a VIII Conferência Nacional de Saúde, que problematizou e deu outros encaminhamentos para saúde, considerando-a como resultado das condições de existência de uma sociedade determinada, como direito de todos e dever do Estado, influenciando bastante na Lei que viria a instituir o SUS (Lei 808/90) (NUNES, 2005); e a Constituição Cidadã de 1988 na qual traz, dentre tantas coisas, a Saúde como direito de todos e dever do Estado.

Também em 1986, aconteceu a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. O tema da Conferência foi: a *Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária*. O evento incluiu na agenda do movimento sanitário a discussão sobre a política de gestão do trabalho e de formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde, visando já a implantação do SUS (PASINI, 2010). A discussão girava em torno da necessidade de articular os centros formadores de trabalhadores para a saúde com as instituições que prestavam serviços, pensando em formar profissionais atentos com as realidades sociais para oferecerem um serviço de qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993, apud PASINI, 2010).

Sobre a formação de sujeitos para trabalharem no Sistema de Saúde e mais especificamente sobre a formação no modelo Residências, esta Conferência apontou que “a extensão desta forma de especialização – a Residência – a outros profissionais deve ser utilizada sempre que suas características sejam adequadas à obtenção do produto final desejado” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993, apud PASINI, 2010, p. 167).

Apesar de diversas vitórias para o país no que diz respeito à redemocratização do Estado brasileiro e à constituição cidadã, ainda era preciso lutar para que se garantisse o que estava escrito. Até hoje segue essa luta pela efetivação das conquistas obtidas no período iniciado em 1980. Um exemplo disso é que após a conquista do direito universal à saúde, uma onda ofensiva de privatizações na área da atenção à saúde se evidencia através da rápida

expansão do setor suplementar privado que veio ao encontro dos projetos neoliberais que assumiriam o país nos anos 1990.

5. O retorno da democracia e das RIMS

As RIMS, então “adormecidas”, vão ganhar fôlego novamente nos anos 1990. A situação do final dos anos 1980 e início dos anos 1990 traz por um lado “o desenvolvimento de políticas de saúde que buscam lidar com seu reconhecimento enquanto direito universal, com a participação popular, por outro lado, afere-se o avanço da corrente neoliberal com uma concepção do processo de atenção à saúde enquanto mercadoria” (ROSA; LOPES; 2009/2010, p. 488).

A década de 90 foi marcada pela volta das eleições diretas no Brasil, com a eleição de Fernando Collor de Mello como Presidente da República, após disputar o segundo turno com Luiz Inácio Lula da Silva. Esta eleição é acompanhada da orientação neoliberal para o Estado, o que estava vigente na política internacional, inclusive sob a coordenação dos organismos financiadores da dívida externa dos países em desenvolvimento, como o Brasil (BRASIL, 2006).

Um dos motivos do sucateamento da saúde pública no Brasil nos primeiros anos da década de 1990 foi o envolvimento da rede operacional do SUS nos grandes esquemas de corrupção a partir da posse de Fernando Collor (COSTA, 2002).

A década de 1990 também foi marcada no setor saúde pela criação da CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira - no governo Fernando Henrique Cardoso - FHC, alegando que a “solução” para o financiamento do SUS se resolveria com a destinação da verba oriunda dessa contribuição para a saúde – embora o mesmo pensasse diferente num período, ao considerar que essa contribuição deveria ser utilizada para o pagamento da dívida interna (COSTA, 2002).

Essa ofensiva neoliberal no Brasil já havia começado no final do governo Sarney, mas é na gestão FHC (1994/2002) que ela ocorre com mais veemência, imprimindo uma política pautada em “ajustes econômicos efetivados com base na

oferta monetária, na privatização de estatais e de serviços públicos rentáveis, no corte nos gastos sociais, na transferência de renda e de patrimônio público para o setor do capital privado” (ABRAMIDES, CABRAL, 2003, p. 6), assim como na mercantilização das políticas sociais e na privação de direitos sociais universais (educação, saúde, previdência, assistência).

Nesse contexto de disputas e novas construções, temos a legislação que define o SUS e suas atribuições e formas de se organizar, conforme a Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90. Em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família, que propunha um novo modelo assistencial para o SUS, pautado na atenção básica, no atendimento familiar, na promoção e prevenção da saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; GIL, 2005; MACHADO, et al., 2007).

Com o surgimento do Programa Saúde da Família - PSF, passou-se a demandar outro tipo de trabalhador para se ocupar dos novos pressupostos (elaborados, construídos e defendidos desde anos 1970) e desafios apresentados pelo novo modo de organização da Atenção Básica no país. De acordo com Gil (2005, p. 491):

Tem sido constatado que o perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação. Estas preocupações estão refletidas nos relatórios das Conferências Nacionais de Recursos Humanos de 1986 e 1993, assim como no documento Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH/SUS), documentos que refletem a posição de um conjunto representativo de segmentos e atores sociais em torno deste tema.

É importante ressaltar a reformulação do desenho tecno-assistencial da Atenção Básica, visto que a partir dele novas discussões e demandas passam a emergir no campo da Saúde Coletiva. Durante os anos 2000 a RIMS passa a se constituir também enquanto estratégia de Educação Permanente em Saúde, Segundo Ceccim (2010, p. 2) “uma das diretrizes básicas desta formação [Residência Integrada Multiprofissional em Saúde] é o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, tendo em vista o esforço pelo rompimento com os especialismos disciplinares, com a fragmentação dos saberes e com as práticas de segregação”.

Para Nascimento e Oliveira (2010), a RIMS com ênfase em Saúde da Família

apresenta-se como uma alternativa para promover a mudança da prática assistencial em saúde, capaz de favorecer o trabalho em equipe, as trocas efetivas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde para a população. Sua finalidade é preparar os profissionais de diversas áreas da saúde para trabalhar em equipe multidisciplinar na Estratégia Saúde da Família, com base nos princípios e diretrizes do SUS. (p. 815)

Na metade da década de 1990, alguns fóruns de participação social e que defendiam as bandeiras do SUS, passaram a criar outros programas de RIMS, como é o caso do Programa de Residência em Saúde Mental, do Instituto *Philippe Pinel*, em 1994, o Programa de Residência em Saúde Coletiva, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1995 (RAMOS et al, 2006).

Em nível nacional, no ano de 1999 o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde - MS, juntamente com diversos atores do Movimento da Reforma Sanitária, se articularam na forma de grupos interessados em criar, reavivar e reinventar residências em saúde da família (CAMPOS, 2006). Tal elaboração, construída durante um seminário, se propunha a criar um modelo de RIMS, “onde embora fossem preservadas as especialidades de cada profissão envolvida, seria criada uma área comum, especialmente vinculada ao pensamento da velha saúde pública, acrescida de valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento” (BRASIL, 2006, p. 6).

No Rio Grande do Sul, também no ano de 1999,

é aprovada a Portaria 16/99, criando o Programa de Residência Integrada em Saúde, que, além de ter o caráter multiprofissional, amplia as áreas de concentração para Saúde Mental Coletiva, no Hospital Psiquiátrico São Pedro, Atenção Básica em Saúde Coletiva, no Centro de Saúde Escola Murialdo, e Projetos Assistenciais em Dermatologia Sanitária, no Ambulatório de Dermatologia Sanitária. É nesse contexto que é criado, através da Portaria nº 16/99, de 01 de outubro de 1999, da Secretaria Estadual de Saúde, o Programa de Aperfeiçoamento Especializado, de caráter multiprofissional, integrado aos Programas de Residência Médica já existentes. (UEBEL; ROCHA; MELLO; 2003, p. 120)

Percebemos que a (re)constituição das RIMS está marcadamente ligada ao processo de consolidação e implementação do SUS e também com uma encomenda de fazer parte de uma agenda, repleta de ações, para ser um espaço potente de Educação Permanente e de produção de novos modos de fazer e agir em saúde, implicados com as propostas defendidas durante anos pelo movimento da Reforma Sanitária brasileira.

6. Os anos 2000

Esta década é marcada pelas legislações que regulamentam as RIMS e que apresentam um desenho regulatório em âmbito nacional, como a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. É também um período de muitas lutas contra a privatização do SUS por parte de diversos setores do Movimento Sanitário e do Controle Social. É uma década de muitos embates no campo das Residências, com disputas de projetos diferentes, sendo um deles mais ligado à CNRMS, às IES – Instituições de Ensino Superior - e aos conselhos de classe, baseado em normativas reguladoras, voltado para Universidade com a possibilidade de “resolver alguns problemas” da graduação e ampliar o contato entre IES-comunidade, além de ser extremamente vinculado aos HU – Hospitais Universitários - e pautado pela expressão “treinamento em serviço”. O outro projeto, construído pelos atores do Controle Social, do FNRS e demais fóruns de trabalhadores na área da saúde, Escolas de Saúde Pública e alguns membros das IES, propõe a RIMS como estratégia de “formação em serviço”, defendendo o SUS enquanto ordenador da formação de recursos humanos para saúde, maior participação nas instâncias decisórias da Política Nacional de Residência, bem como a descentralização dessas instâncias e a interiorização das Residências.

No cenário nacional, Bravo e Menezes⁸ (2011) relatam que o MS no primeiro mandato do governo Lula sinaliza como um dos desafios a efetivação da

⁸ Maiores informações e notas sobre a conjuntura da saúde no Brasil nessa época, ver Bravo (2004) e Bravo e Menezes (2011).

agenda da Reforma Sanitária, e, no entanto o que se via ainda era a presença de dois projetos distintos: Reforma Sanitária e Privatista, em que o governo ora pendulava para o primeiro, ora, para o segundo. Para as autoras, destaca-se a retomada da concepção de Reforma Sanitária por parte de um governo federal. Contudo, alguns programas com potencial não foram devidamente estruturados e financiados, como o Programa Saúde da Família que acabou se tornando um programa de extensão de cobertura para as populações carentes ao invés de se tornar uma estratégia de reorganização da atenção básica (BRAVO, MENEZES, 2011).

Sobre as RIMS, no ano de 2002, 19 programas de residência são 'reinventados', com recursos repassados pelo Ministério da Saúde - MS e com formatos diversificados e sem representatividade no Ministério da Educação - MEC. Já no ano de 2003, o MS cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde - SGTES com a finalidade de viabilizar os inúmeros projetos nessa área e demais trabalhos ligados à formação de recursos humanos na saúde (CAMPOS, 2006).

Quanto as políticas de formação para a saúde no SUS, a RIMS foi, nessa perspectiva, apresentada como uma estratégia do Estado que objetiva uma formação para constituir trabalhadores pautados na revisão, criação de modos de agir em saúde, além da busca de uma cultura de práticas e de compreensão da saúde no âmbito da implantação do SUS, por meio da formação em serviço (ROSA, LOPES, 2009/2010).

As RIMS são apontadas pela NOB/RH-SUS (BRASIL, 2003) como uma estratégia para por em ato a transformação dos processos de formação de trabalhadores para a saúde, colocando-os mais próximos do mundo do trabalho no SUS e da produção no cotidiano de linhas de cuidado em saúde consonantes com os princípios que orientam o SUS.

Após a criação da SGTES, o MS institui a Política Nacional de Educação Permanente, expressa na Portaria nº 198 de 13 de dezembro de 2004 (CAMPOS, 2006). Tal política se apresenta "como uma estratégia que busca a consolidação

da Reforma Sanitária a partir da criação de novas formas de entender e produzir saúde” (OLIVEIRA, GUARESCHI, 2010, p. 95).

A Educação Permanente em Saúde preconiza que a aprendizagem se promova e produza sentidos, incorporando o aprender e o ensinar no cotidiano das organizações e do trabalho. Por suposto, tais processos de educação dos trabalhadores na saúde se estruturam “a partir da problematização do processo de trabalho e ter como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações”, com o objetivo de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (PASINI, 2010, p. 61).

De acordo com Dallegrave e Kruse (2009), no ano de 2004 o MS apresentou o panorama da educação em serviço no país e dessa forma também assumiu seu papel como responsável por essa modalidade de formação. Por fim, esse documento escrito pelo MS ainda aponta, dentre outras coisas, “o desaparecimento da organização privativa da profissão médica para a especialização profissional realizada em serviço” (BRASIL, 2004, p.5).

Contudo, não foram tranquilas as tentativas de incluir as RIMS na legislação, mesmo com a organização e articulação de diversas entidades da área da saúde. Havia ainda inúmeras resistências em alguns setores governamentais, principalmente nos setores representativos das corporações médicas (PASINI, 2010).

Somente em 2005 as RIMS ganham espaço na legislação nacional. Através da lei nº 11.129/2005, quase de forma diluída entre as proposições que instituem o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem), a Residência em Área Profissional da Saúde (nome dado na legislação) é criada. De acordo com o artigo 13 dessa lei, “fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato-sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica” (BRASIL, 2005, p. 4). E segue desta forma:

§ 1º A Residência a que se refere o caput deste artigo constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde.

§ 2o A Residência a que se refere o caput deste artigo será desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde.

Consta na lei 11.129/2005 que serão oferecidas bolsas através de projetos aprovados pelo MS para trabalhadores das áreas ditas da saúde: Biomedicina, Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (PASINI, GUARESCHI, 2008).

As RIMS foram apresentadas

como estratégia de reorientação da Atenção Básica para a implantação/reorganização dos serviços públicos embasados na lógica do SUS, com o objetivo de produzir as condições necessárias para a mudança no modelo médico-assistencial restritivo, ainda hegemônico, de atenção em saúde” (ROSA, LOPES, 2009/2010, p. 487).

No mesmo ano ocorre, o I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - SNRMS, com a participação dos diferentes atores que compõem o cotidiano das RIMS, como preceptores, tutores, residentes e Controle Social. Neste espaço, as principais discussões que emergiram dos debates foram com relação às estratégias para construção da integralidade na formação, a construção de diretrizes nacionais para as RIMS e a composição da CNRMS (CAMPOS, 2006).

Faz-se importante trazer que no ano de 2006 “o movimento de residentes propôs um projeto ao Ministério da Saúde, intitulado Projeto de articulação e produção de debates sobre a Formação Profissional em Saúde: Residências Multiprofissionais em Saúde, e essa parceria promoveu três seminários regionais (Sul/Sudeste, Centro-Oeste/ Norte e Nordeste) e o II Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde” (RAMOS et al, 2006, p. 384).

O II Seminário Nacional de Residência Multiprofissional, que foi potencializado pela organização de seminários regionais, ocorreu durante o 8º Congresso da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO,

quando ficou definida a composição e as atribuições da CNRMS (que viria a ser regulamentada pela portaria 45 de 2007).

No Congresso da ABRASCO também foi fundado um importante ator na história das RIMS, o Fórum Nacional de Residentes em Saúde - FNRS.

O FNRS foi idealizado no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, espaço que permitiu encontros (e desencontros) de diversos residentes de diferentes Programas de Residências Multiprofissionais de alguns estados do País, sendo que sua tradução em sentidos objetivos e subjetivos só tomou forma no encontro de representantes de residentes de Programas de Residência Multiprofissional⁷ realizado na cidade do Rio de Janeiro, entre os dias 6 e 8 de outubro de 2006. Neste momento ocorre a primeira reunião, com o objetivo de avaliar os processos até então vividos e de manifestar os reais sentidos deste movimento em consolidação (RAMOS et al, 2006, p.377).

Conforme a Carta de Princípios do FNRS, esse “constitui-se enquanto um movimento dinâmico, plural e suprapartidário que é composto por residentes e/ou coletivos organizados (municipal, estadual, regional)”. Um dos objetivos do FNRS é promover espaços para compartilhar experiências, discutir ideários em defesa do SUS e de um modelo de sociedade que contemple as lutas e reivindicações da classe trabalhadora. O FNRS tem se mostrado desde a sua criação como um movimento articulado que tem contribuído para a construção das RIMS. O movimento se articula da seguinte forma:

organização se dá através dos coletivos locais, estaduais e regionais para o fortalecimento do movimento nacional. Está em permanente construção e se materializa a partir das experiências vividas pelos diferentes sujeitos que o compõem, entendendo que essa troca propicia a construção dos coletivos e dos sujeitos. Quanto à organização, o FNRS atua de forma aberta e descentralizada, por meio dos coletivos locais, estaduais e regionais de residentes em saúde, que vem promovendo diversas discussões e agregando novos sujeitos, respeitando a horizontalidade das relações (CARTA DE PRINCÍPIOS DO FNRS).

De acordo com Rosa e Lopes (2009/2010, p. 492) o Movimento Nacional de Residentes “vem produzindo discursos e práticas em defesa da reforma sanitária e da efetivação do SUS, bem como apresentando reações ao modelo vigente”.

A instituição das Residências em Saúde enfrentou muitos obstáculos se considerarmos as tensões corporativas, tecnoburocráticas e políticas que marcam

a época. Mesmo depois de sancionada a Lei 11.129, foram necessários dois anos de muitas mobilizações, inclusive por parte do Conselho Nacional de Saúde - CNS, para que a Portaria Interministerial nº 45 instituísse a CNRMS, assim conferindo mais legitimidade e permitindo a regulação de forma participativa das RIMS.

Como foi dito acima, com a portaria interministerial 45/2007, fica instituída a CNRMS, após amplas discussões tanto no âmbito regional quanto nacional e com a participação dos diferentes atores desse processo. A composição ficou da seguinte forma:

- I - o Diretor do Departamento de Residências e Projetos Especiais da Saúde do Ministério da Educação, membro nato;
- II - o Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, membro nato;
- III - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS;
- IV - um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS;
- V - um representante dos coordenadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde;
- VI - um representante dos preceptores ou tutores de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde;
- VII - dois representantes do Fórum Nacional de Residentes Multiprofissionais em Saúde;
- VIII - um representante do conjunto de entidades que integram o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde - FEN-TAS;
- IX - dois representantes das associações que integram o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde - FNEPAS;
- X - um representante do Fórum das Executivas de Estudantes de Cursos da Área da Saúde; e
- XI - um representante das instituições de ensino superior. (BRASIL, 2007)

Percebe-se que existe uma ampla participação social nesta Comissão, compondo com o governo de forma paritária com esses.

Além da composição da CNRMS, esta portaria traz consigo outros encaminhamentos importantes. Exemplo disto se verifica ao se colocar no texto que as Residências devem ter eixos como concepção ampliada de saúde, integração ensino-serviço-comunidade, integração com a Residência Médica e outros níveis de formação, e, principalmente, que as Residências sejam orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS. Evidencia-se a influência do movimento Sanitarista brasileiro nessa construção, com diversas pautas defendidas desde os anos 1970.

O financiamento, feito pela SGTES (MS) incluía o pagamento de bolsas para residentes, tutores, preceptores e orientadores de serviço. Um convênio de dois anos que ao final poderia ser prorrogado por mais tempo também retrata a intencionalidade pretendida. Até 2008 a proporção entre Residências Multiprofissionais e Residências Médicas era a seguinte:

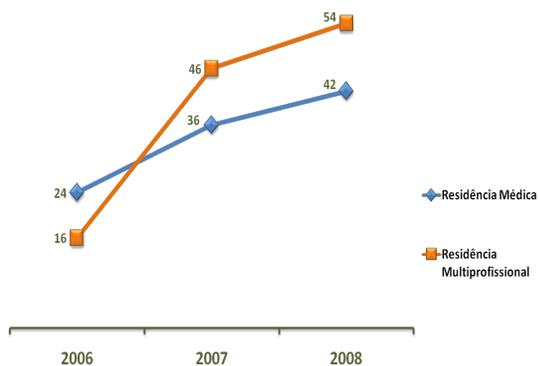


Figura 1 – Relação entre programas de Residências Multiprofissional e Residências Médicas até 2008.

No próximo gráfico podemos ver o número de residentes financiados pelo MS até 2008. Importante comentar que nesta época a maioria das RIMS tinha ênfase em saúde da família e/ou atenção básica

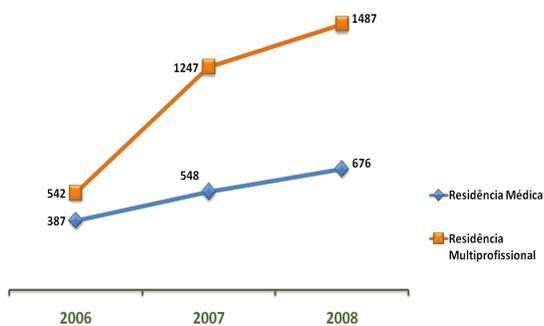


Figura 2 - Relação entre residentes multiprofissionais e residentes médicos em 2008.

É interessante ver essa comparação entre o número de Residências Médicas e Multiprofissionais e analisar os posicionamentos da corporação médica na época, como nos trazem Dallegrave e Kruse (2009) ao lembrarem de uma das edições da revista do Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Sul – SIMERS, que em sua capa continha a inscrição: Formação multiprofissional da área da saúde: Quem ganha com isso? Ainda na capa aparecia uma mão, com quatro dedos e uma luva de lã, que possivelmente se propunha a ilustrar o pensamento daqueles sujeitos que eram contrários à formação na modalidade de Residência Multiprofissional.

Outra manifestação da entidade médica que encontramos no texto de Dallegrave e Kruse (2009) foi uma carta endereçada aos associados do sindicato, que serviu para relatar o encontro dessa com a diretoria de uma instituição de saúde, que já mantinha uma RIMS em andamento. No conteúdo da carta o SIMERS deixa exposto que “a existência de Residência Integrada em Saúde é um manifesto desejo de confundir. Residência sempre foi – em todo mundo – forma específica de pós-graduação de médicos” (SIMERS, 2007, p.1, apud DALLEGRAVE, KRUSE, 2009).

Em 2008, ocorre a implantação de sistema informatizado e realiza-se uma convocação para amplo cadastramento dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde de todo o país, no período de julho a outubro de 2008. Na mesma ocasião, abriu-se um edital de convocação para selecionar avaliadores de programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde (BRASIL, 2009a).

Ainda que as RIMS tenham ganhado uma notoriedade maior e um arsenal de leis e portarias que as legitimavam agora nos âmbitos federal, estadual e municipal, os programas já existentes apresentavam dificuldades, principalmente nos processos de aprendizagem e na inserção do residente no serviço, como podemos ver nas charges abaixo, feitas por residentes e publicadas no Boletim Residência⁹:

⁹ Jornal produzido por residentes multiprofissionais do Rio Grande do Sul. Este boletim teve quatro números (DALLEGRAVE, KRUSE, 2009).



Figura 3 – Charge apresentada no Boletim Resistência (n.3, março de 2006)



Figura 4 - Charge apresentada no Boletim Resistência (n.2, fevereiro de 2006)

As duas “tiras” são de edições do ano 2006 quando a Residência da ESP-RS já recebia residentes multiprofissionais desde 1999, ano que em que a RIS ganhou espaço na legislação estadual, após período sem receber turmas. Percebemos que são retratadas situações críticas que persistem até hoje em algumas instituições, como vemos nos discursos, tanto de residentes quanto de trabalhadores envolvidos com essa formação.

Se os trabalhadores da saúde são sujeitos em processo de subjetivação, tanto pelo próprio trabalho, quanto pela educação pelo trabalho (CECCIM, FERLA,

2003), que é o caso do residente, como ele conseguiria ter espaços para reinvenção de suas práticas e novos conhecimentos, se ele transforma-se em apenas mais um executor de tarefas dentro da equipe, sem poder fazer os devidos tensionamentos e as trocas que caracterizam a Educação Permanente em Saúde? Que processo de subjetivação este residente teria nos dois anos de formação em serviço? Ou seria ele mais um trabalhador para suprir as faltas que o estado mínimo não cobre nos serviços públicos?

Esses questionamentos são importantes para tentarmos analisar o percurso da Residência, entendendo-a enquanto um potente espaço de (trans)formação para trabalhadores na área da saúde (tanto residentes quanto preceptores, tutores e equipes de saúde) articulado como dispositivo da Educação Permanente ao encontro dos princípios do SUS (RAMOS et al, 2006). Como dissemos antes, algumas destas perguntas vigoram até hoje no campo da formação em serviço.

No cenário nacional o MS segue tendo ações contraditórias em relação às pautas defendidas na Reforma Sanitária, como a concepção de Seguridade Social, a Saúde do Trabalhador e a Gestão do Trabalho em saúde (BRAVO, MENEZES, 2011). A proposta mais preocupante em termos de política pública é a criação e regulamentação das Fundações Estatais de Direto Privado - FEDP, que viariam a fazer a gestão dos serviços públicos de saúde e fariam a contratação dos trabalhadores (via CLT, indo contra o Regime Jurídico Único – RJU). Portanto, essas FEDP são regidas pelo direito privado, tem seu marco na “contra-reforma” do Estado de Bresser Pereira/FHC, não respeita e não garante a legitimidade do controle social, não segue as deliberações da 3^o Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e fragiliza o vínculo dos trabalhadores (BRAVO, MENEZES, 2011). Além das FEDP, também havia (e ainda existem) outras formas que caracterizam a precarização/privatização do SUS na sua gestão e contratação de pessoal, como as Organizações Sociais (OS's) e as Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS).

Um dos debates mais fervorosos no campo das RIMS é sobre qual instituição pode ou não credenciar e executar um programa de Residência em Saúde. Atualmente, somente as RIMS ligadas à Instituições de Ensino Superior –

IES recebem titulação de especialidade, enquanto os programas ligados às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde (a RIS da Escola de Saúde Pública do RS) e a hospitais de ensino (como o Grupo Hospitalar Conceição), ainda não são reconhecidos formalmente conforme previsto na Lei 11.129/2005 (PASINI, 2010) pelo MEC.

Podemos ver, através de diversos manifestos e cartas, que os fóruns de articulação e discussão sobre as Residências não apóiam a forma de credenciamento que autoriza somente as IES a terem um programa de Residência:

Entendendo a importância das Residências em Saúde nos diferentes níveis de atenção à Saúde – primária, secundária, terciária e gestão – é preciso garantir a qualidade e a continuidade dos programas, sem cortes de vagas e com financiamento sustentável para cada realidade, seja em uma Instituição de Ensino Superior ou nas Escolas de Saúde Pública, Secretarias de Saúde do Município e/ou Estado (CARTA DE JOÃO PESSOA, 2010).

Não aceitação do vínculo compulsório e hierárquico dos programas de Residência somente a IES, mas também às instituições de saúde e outras parcerias (RELATÓRIO FINAL DO III SEMINÁRIO GAÚCHO DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE)

Além desse ponto, a desvalorização da Residência em concursos e processos seletivos também cerceava o meio da saúde. Em 2009, um grupo de residentes escreveu uma carta de repúdio à coordenação do Grupo Hospitalar Conceição - GHC por não valorizar a titulação da Residência mais que a especialização *lato-sensu* de 360 horas, como podemos ver a seguir:

Nós, abaixo assinados, vimos por meio desta manifestar o nosso veemente repúdio a pouca valorização do título de Residência Multiprofissional em Saúde nos editais 02/2009 e 03/2009 do Processo seletivo do Grupo Hospitalar Conceição (...) Diante do exposto acima, consideramos necessário reavaliar a pontuação dada ao título de Residência Multiprofissional, sendo que nos referidos editais o mesmo equivale-se aos títulos de especialização, pós graduação *Lato sensu* ou MBA. Tendo em vista a proposta do Projeto Político Pedagógico (PPP) da RIS fica evidente a diferença dessa formação profissional em relação a outras modalidades de pós-graduação *Lato-sensu*, tanto na carga horária como nas atividades desenvolvidas no campo de atuação em equipes multiprofissionais.

De outra parte, nos dois primeiros anos de funcionamento da CNRMS, de acordo com a “Carta em defesa das Residências em Saúde”¹⁰ mesmo com as dificuldades operacionais, por parte do MS e do MEC, “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”. Havia também espaços para diálogo com os movimentos sociais e profissionais da área da saúde por meio de Seminários e Fóruns Nacionais (FNRS, 2010).

Essas são apenas algumas das questões que permeiam até hoje as discussões acerca das RIMS. Como iremos ver a seguir, de 2009 até hoje (2011) surgiram novos elementos para apreciação dos sujeitos implicados com o SUS e com as RIMS.

7. “O tempo não pára”: os novos desafios do SUS e das RIMS

Nesta parte do trabalho, trarei elementos que por terem acontecido principalmente no segundo semestre de 2011, ainda não estão publicados. Como os trabalhos mais recentes que encontramos são de 2010, a partir de 2011 passarei a falar mais a partir das minhas participações nos eventos da Rede Unida, do IV Seminário Nacional de Residências e nos encontros regionais. Contudo precisei resgatar alguns aspectos de 2009 e 2010 que foram muito relevantes para a história das RIMS, por trazerem mudanças significativas na estrutura macro e micro.

Nesta etapa da pesquisa faremos uma análise dos pontos que emergiram durante o trabalho, como a legislação das Residências e os aspectos vinculados a legalidade e legitimidade dessa formação; as concepções de Residências que temos e que defendemos hoje, com o trabalho em equipe, a intersectorialidade e as idéias da Reforma Sanitária compondo a estrutura dos programas; e o financiamento e as relações de trabalho e gestão no SUS. Iremos começar por uma breve contextualização do período em que estamos enfrentando na saúde pública para

10 Manifesto escrito pelo Fórum Nacional de Residentes em Saúde, em resposta à Portaria Interministerial nº 1.077 que substituiu a portaria Interministerial 45, deslegitimando os movimentos sociais da composição da CNRMS.

depois tratar dos acontecimentos de 2009 que alteraram a condução da política das Residências em Saúde.

No seu discurso de posse, a presidente Dilma fala que a consolidação do SUS é umas das prioridades do seu governo, porém destaca que vai estabelecer parcerias com o setor privado na área da saúde, assegurando a reciprocidade quando da utilização dos serviços do SUS. Em 2011 a Emenda Constitucional 29 tramitou pelo poder legislativo e recentemente foi aprovada também pelo Senado. Tem-se visto a ampliação dos modos de gestão que privatizam a saúde como as OS's, OSCIP's, as FEDP e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSH, que prevê a contratação de trabalhadores via regime CLT e por contrato temporário de até dois anos, acabando com a estabilidade e implementando a lógica da rotatividade, típica do setor privado (BRAVO, MENEZES, 2011) que vem a colocar a saúde como mercadoria, um bem a ser consumido, ao invés de tratá-la como um direito universal. Em 2011 também tivemos a 14^o Conferência Nacional de Saúde e a partir de seu processo e relatório final, poderemos fazer as devidas análises.

No ano de 2009 MEC e MS deixam de convocar as reuniões do pleno¹¹ da CNRMS. Assim, diversas negociações públicas ficaram suspensas o que ampliou as dúvidas em relação a regulamentação, credenciamento e financiamento de atuais e novos programas. Contudo o acontecimento que mais gerou revolta, por parte do FNRS, dos Fóruns de Coordenadores e de Preceptores e Tutores e do CNS, foi a portaria Interministerial 1.077 de 12 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009b): “sem qualquer debate público, MEC e MS revogaram a Portaria nº 45, substituindo-a pela Portaria Interministerial nº 1.077 de 2009, que altera a composição e a dinâmica da CNRMS” (FNRS, 2010). No caso a nova composição da Comissão deu mais poder e cadeiras para os Ministérios da Saúde e da Educação. Também obrigou as entidades a enviarem lista tríplice para que os membros natos (não indicados por entidades) escolhessem quem deveria ser o representante daquela entidade na CNRMS, acabando com a autonomia das mesmas na escolha de seus representantes. Além disso, foram excluídos o

¹¹ Encontros dos membros da CNRMS, em que eram tratadas as pautas referentes às Residências, credenciamento, avaliação e outros assuntos. Aconteciam em Brasília-DF.

segmento dos estudantes, os Fóruns de residentes, de coordenadores, de preceptores e tutores e foi inserida a representação dos conselhos profissionais. Quanto à dinâmica, essa portaria institui o regime presidencialista na CNRMS, contrariando o modelo de organização estabelecido na portaria anterior, onde havia um colegiado gestor ao invés de uma organização hierárquica.

E porque esse fato gerou tanto descontentamento por parte dos Fóruns que estão envolvidos com os Programas de Residência? A partir da leitura dos Fóruns e da análise histórica que fizemos, a Portaria nº 45 foi “construída e pactuada amplamente com todos os setores, movimentos sociais, governo e instituições formadoras” (PASINI, 2010, p. 68). A nova Portaria acaba colocando em cheque as discussões promovidas durante os três seminários nacionais e os demais encontros regionais e estaduais de Residências em Saúde, como a composição e a organização da CNRMS, por exemplo. Diferentemente da Portaria 45, a Portaria 1.077 não teve discussão e tampouco debate entre as partes interessadas, o que para os Fóruns (residentes, preceptores, tutores, coordenadores, das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde – FENTAS e de Educação das Profissões da Área da Saúde – FNEPAS) se caracterizou como um “golpe” do MEC e MS.

Abaixo a nova e atual composição da CNRNS:

- I - o Diretor do Departamento de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde do Ministério da Educação, membro nato e seu Presidente;
- II - o Coordenador Geral de Residências em Saúde do Ministério da Educação, membro nato;
- III - o Coordenador Geral de Hospitais Universitários Federais do Ministério da Educação, membro nato;
- IV - o Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, membro nato e seu Vice-Presidente;
- V - o Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde do Ministério da Saúde, membro nato;
- VI - dois representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS;
- VII - dois representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS;
- VIII - dois representantes das Instituições de Ensino Superior, que desenvolvam Programas de Residência Multiprofissional ou Residência em Área Profissional da Saúde;
- IX - dois representantes dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residências em Área Profissional da Saúde;

- X - dois representantes dos Residentes de Residências Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde;
- XI - um representante das Associações de Ensino das profissões da saúde, referidas no Artigo primeiro, Parágrafo único;
- XII - um representante dos Conselhos Profissionais das profissões da saúde referidas no Artigo primeiro, Parágrafo único;
- XIII - um representante das entidades sindicais nacionais representativas de trabalhadores da área da saúde, no âmbito das profissões da saúde. (BRASIL, 2009b)

Assim, eliminou-se a designação autônoma dos segmentos representativos para a sua representação na CNRMS, os quais de agora em diante deveriam mandar uma lista tríplice para que os membros natos avaliem quem deve representar os segmentos. Outras alterações promovidas pela Portaria resultaram na ampliação da representação do governo na CNRMS, bem como a fragmentação da representação dos diversos segmentos e a deslegitimação dos fóruns que compunham e ajudaram a construir a comissão quando ela ainda não existia (Fórum Nacional de Residentes em Saúde, Fórum Nacional de Tutores e Preceptores, Fórum Nacional de Coordenadores, Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde – Fentas e Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde – Fnepas). A nova Portaria também “institui um regime presidencialista na CNRMS, contrariando a dinâmica colegiada até então existente e bandeira histórica das lutas pela reforma sanitária” (FNRS, 2010). Nos anexos poderá ser vista uma tabela que compara as Portarias 45 e 1.077.

Em 2009, o MEC mostra claramente o interesse em fomentar essa modalidade de formação no contexto hospitalar. Quando o III Fórum de Dirigentes dos Hospitais Universitários Federais discutiu sobre a implementação de Programas de RIMS, a seguir, em 2012, o MEC financia 800 bolsas para Residentes do primeiro no ano de Residência, com o objetivo de estimular a interdisciplinariedade por meio das Residências nos HU (BRASIL, 2009c). Por outro lado, também se nota a diminuição na oferta de bolsas para programas na Atenção Básica, por exemplo. Deste modo, o MEC mostra interesse em credenciar apenas programas ligados às universidades e com prioridade para a área hospitalar em detrimento das demais ênfases. Embora se considere que a RIMS no ambiente hospitalar é de vital importância para a mudança nos modos de

organizar o trabalho e das formas de cuidado, constata-se nos últimos dois anos, um aumento de residências hospitalares a par e passo com uma diminuição nos programas de RIMS na Atenção Básica, na Saúde Mental Coletiva, entre outras.

Em 2011 tivemos a volta dos seminários/encontros/congressos estaduais e regionais sobre as Residências em Saúde, impulsionados pelos Fóruns como forma de articulação e formação dos residentes, preceptores, gestores, tutores e coordenadores para o IV Seminário Nacional de Residências. A Rede Unida também passa a incorporar as Residências como componente programático nos seus fóruns regional e nacional. A comissão organizadora do IV Seminário Nacional de Residências construída em 2010 em meio a muitas disputas e tensionamentos envolvendo de um lado o CNS e os Fóruns de Residentes, de Coordenadores e de Preceptores e Tutores e do outro lado a CNRMS e setores do MEC e MS, começou seus trabalhos em 2011 e conseguiu realizar o evento, esperado e reivindicado desde 2009.

O IV Seminário merece destaque nessa história que estamos contando sobre as RIMS, pois nele estavam presentes mais de 400 pessoas, entre residentes, preceptores, tutores, coordenadores, conselheiros de saúde, membros do governo e da CNRMS. Foi possível neste Seminário notar o dissenso e os projetos de Residência que estão em disputa nos dias de hoje (já apresentados no texto). A composição e o funcionamento da CNRMS também foi tema muito presente nas discussões do evento, o que tornou as discussões mais calorosas durante os dias 29 e 30 de setembro em Brasília-DF.

Além da composição e do funcionamento da atual CNRMS, outro tema polêmico levantado durante os espaços no IV Seminário foi sobre a vinculação (ou a não) compulsória e obrigatória das RIMS junto a IES. As pessoas contrárias a esta normatização alegaram que este seria um processo abrupto de academicização das Residências, tirando do SUS o papel de formador de recursos humanos e de proponente de políticas de Educação Permanente, enquanto que os defensores alegavam que era preciso aproximar mais as IES com os serviços públicos de saúde. Também foram pautados temas como: dedicação exclusiva na RIMS, carga horária feita pelos residentes, quais

categorias profissionais podem se inserir nas Residências em Saúde, formas de financiamento (não se restringindo só ao pagamento de bolsas), certificação como Residência e não como especialização *lato-sensu*, residente como “mão de obra barata” dentro do serviço e/ou da universidade, descentralização do acompanhamento dos programas (no caso se falou sobre a criação de Comissões Estaduais de Residências), a não necessidade de titulação acadêmica (mestrado e doutorado) para o exercício da preceptoria e tutoria.

Vale lembrar que este Seminário aconteceu devido a grande mobilização e participação do CNS, do FNRS, de preceptores/tutores e coordenadores de Residências e de outros fóruns, como Fentas, Fnepas, por exemplo. E foram esses fóruns e militantes do SUS que se manifestaram contra as posições da atual CNRMS durante o evento. Assim, após o FNRS propor a construção de um Grupo de Trabalho – GT para discutir a composição e o funcionamento da atual CNRMS, todos esses atores “compraram” a idéia e num exercício árduo de negociação com o MS e o MEC foi possível deliberar que o GT seria abrigado no CNS e teria uma composição definida numa plenária daquele. O GT já se reuniu uma vez após o IV Seminário e devido aos limites temporais desta pesquisa, não poderemos compartilhar o produto deste grupo neste momento.

Em meio a tantos fatores, é imprescindível que possamos pensar que os desafios que o SUS e as RIMS enfrentam não são poucos. Os projetos estão em constante disputa e tensionamento.

Apesar de alguns avanços legislativos, as RIMS têm repetido alguns problemas parecidos com os da graduação, como o pouco estímulo à interdisciplinaridade e ao trabalho multiprofissional, reproduzindo a lógica uniprofissional “procedimento-especializada”. Os programas espalhados pelo país também apresentam discrepâncias na distribuição das 60 horas semanais, reforçando a precarização do trabalho e da formação do residente, que acaba por trabalhar mais do que as 44 horas previstas na legislação trabalhista, como ouvimos alguns colegas relatarem no IV Seminário Nacional e em outros espaços de discussão.

Percebemos também que o residente acaba entrando no ciclo vicioso da

má gestão do SUS e da precarização do mundo do trabalho da nossa sociedade, ao ficarem expostos enquanto “*mão-de-obra*” e “*tapa buraco*” nas Unidades Básicas de Saúde, nos Centros de Atenção Psicossocial, na Estratégia Saúde da Família e nos hospitais, sofrendo “na pele” as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores na saúde. Pelos relatos dos profissionais, verificamos a desvalorização dos preceptores e tutores, por falta de financiamento para esses e também falta de reconhecimento de suas atividades na Residência. Por fim, ainda enfrentamos uma realidade dura e que contrasta inclusive com os pressupostos básicos da RIMS, desde a criação do SUS, que são os residentes – financiados com dinheiro público para atuarem no serviço público - trabalhando para o setor privado ora para “completarem” a carga horária, ora para preencherem os “buracos” dos convênios.

A provocação trazida por Rosa e Lopes (2010, p. 20) cabe com o nosso momento e serve para esta etapa da discussão:

Resta saber se, na tentativa de efetivação do SUS, a indução de políticas públicas com interferência direta no modelo educacional vai contribuir para o aprimoramento da formação profissional na perspectiva da Educação Permanente ou, se é mais uma estratégia para estruturar a rede de saúde através da oferta de um campo de trabalho precarizado para os profissionais da saúde.

Acreditamos que a RIMS é uma estratégia importante para a Educação Permanente no SUS. Algumas das proposições históricas da Residência têm se efetivado de alguma forma no cenário brasileiro. Apesar do grande lobby do setor privado, a maior parte dos programas de Residência está inserida em serviços públicos de saúde. No entanto, não podemos afirmar se a concepção pedagógica desses programas está sendo orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, que é uma das principais proposições das Residências em Saúde. Um dos requisitos para caracterizar uma Residência como Multiprofissional é que tenha pelo menos três categorias profissionais integradas. Até onde sabemos, esse ponto tem sido respeitado, mas ainda há abertura de muitos programas de Residência Uniprofissional e não parece haver um movimento em direção ao encontro entre

Residência Médica e Integrada, para então termos um só tipo de Residência em Saúde. Para nós é imprescindível que a concepção pedagógica dos programas não deixe a questão saúde despolitizada, focada somente nos núcleos profissionais e que também proporcione ao residente a vivência de co-gestão da Residência, como ator ativo na construção do processo de formação. É necessário que o termo “Integrada” não permaneça somente no papel, mas que seja uma realidade no cotidiano.

Quanto à legitimidade da RIMS, não podemos negar que tivemos avanços na última década, por meio de portarias e leis que regulamentaram essa modalidade de formação. É importante também notar a presença de pautas sobre as Residências nas Conferências de Recursos Humanos e nas Conferências de Saúde, mostrando o quanto os sujeitos estão interessados e implicados com essa modalidade de formação em serviço. Neste ano tive a oportunidade de participar da Conferência de Saúde de Porto Alegre e da Estadual do Rio Grande do Sul. Em ambas Conferências tivemos uma grande participação de residentes, como ouvintes ou como relatores, além de alguns que chegaram a participar como delegados. O Controle Social é um dos princípios do SUS que fica mais marginalizado dentro das RIMS, mas mesmo assim tivemos uma boa participação dos residentes nesses processos de participação popular e que possivelmente aprenderam bastante por meio das vivências nas relatorias e nos espaços que a Conferência proporciona, além do diálogo com os demais trabalhadores, usuários e militantes do SUS. Tivemos nas plenárias das Conferências algumas propostas para as RIMS, reivindicando que elas continuem sendo estratégia de Educação Permanente, que abram possibilidade de outros núcleos profissionais serem inseridos, que se tenha financiamento para os programas e que a Residência seja valorizada nos concursos públicos referentes à atenção em saúde.

Os tensionamentos e disputas no campo das RIMS não podem se restringir à CNRMS. Essa é uma instância a ser reivindicada, mas não é a única. É preciso pleitear mais participação e democracia dentro dos próprios programas, que muitas vezes são impositivos nas suas deliberações e não incluem os residentes, os trabalhadores e menos ainda o Controle Social na sua gestão.

Neste campo repleto de relações de poder e de disputas pela hegemonia ainda teremos muitas novidades, contudo defendemos que as bandeiras históricas do Movimento Sanitário não se percam em meio a essas tensões e que a RIMS se consolide cada vez mais como um espaço potente e criativo de (trans)formação no trabalho em saúde e na gestão e não como mais um campo precarizado de trabalho e de constituição de sujeitos. E para que não tenhamos mais campos precarizados de trabalho também devemos seguir atentos aos ataques contra o SUS, no qual somos atendidos, trabalhamos e nos formamos.

8. Considerações Finais

Não foi por acaso que nomeamos esta pesquisa “Caminhando contra o vento...”: a história das Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde. Primeiramente, contamos com a inspiração dos textos de Dallegre e Kruse (2009, 2010), que trazem nos subtítulos trechos da nossa música popular brasileira que cabiam nas suas análises. Em segundo lugar, o SUS “caminhou contra o vento” durante muito tempo, mesmo com a vitória na VIII Conferência Nacional de Saúde, com a Constituição de 1988 e com as leis 8.080/90 e 8.142/90. Por em prática e organizar um sistema de saúde pautado na universalidade como forma de acesso, na integralidade como linha de cuidado, com a participação popular na construção da gestão, em plena ascensão do Estado Mínimo, contribuindo cada vez menos nas políticas sociais e universais não são tarefas fáceis. Não é simples propiciar uma formação de qualidade, voltada para o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e pautado nos princípios e diretrizes do SUS em meio a tantos interesses corporativos, da indústria que ganha seu lucro na venda de remédios e de tecnologias duras para o cuidado em saúde do setor privado. Não é leve fazer gestão participativa quando há gestores que estão ignorando os trabalhadores e o Controle Social ou então apenas cooptando-o para aprovar e desaprovar aquelas políticas de seu interesse.

Os ventos que varrem as ruas são fortes. Mas é preciso correr contra esses ventos que insistem em mandar para longe todas as formas de transformação da realidade, do trabalho, do cuidado, da formação, da gestão. Antes se corria contra o vento, pois o pensamento hegemônico previa a excelência na formação somente médica; corria-se contra o vento porque o sistema de saúde só atendia aqueles que tinham “carteirinha do INAMPS”. Depois se passou a correr contra o vento do neoliberalismo, da formação voltada para dentro da sala de aula, do laboratório e focada no especialismo.

Apesar das vitórias do Movimento Sanitário brasileiro, esse ainda caminha contra o vento das privatizações em suas mais variadas formas e da precarização do trabalho, assim como aqueles que constroem cotidianamente as RIMS também

caminham contra os ventos da gestão impositiva, vertical e normativa, da fragilização na formação e das vontades corporativas.

Os projetos de SUS e de Residência estão em jogo. As disputas seguem acirradas tanto nas esferas micropolíticas quanto macropolíticas. Neste caso, as agendas políticas não podem dispensar os debates sobre gestão, financiamento, participação e formação e devem abranger os diversos setores da sociedade.

Se as Residências em Saúde podem ser dispositivos potentes e capazes de gerarem transformações no setor (RAMOS, et al. 2006), não podem perder seu caráter formativo. E como não perder? Valorizando os trabalhadores que se implicam com os processos de formação em serviço, como os preceptores e os tutores; permitir ao residente que tenha assegurado na sua carga horária momentos de reflexão sobre a sua prática, de pesquisa sobre temas relevantes para o SUS, impedindo que o residente seja mão de obra precária e reprodutora de velhas práticas disciplinares em saúde; garantindo que a Residência em Saúde esteja dentro de uma política de Estado para a formação de trabalhadores e para isso tenha um financiamento adequado (RAMOS, et al. 2006) e para além das bolsas dos residentes.

É importante que o residente não perca o desejo de mudança. É imprescindível, então, que ele seja instigado a pensar diferente, de forma crítica e dialógica com os demais trabalhadores e também com os usuários. A RIMS não pode se tornar uma modalidade de formação de especialistas em procedimentos, incapazes de pensarem em estratégias de gestão e de cuidado que visem a integralidade e o trabalho em equipe, de maneira interdisciplinar. O residente não pode perder o viés da Saúde Coletiva e dos princípios e diretrizes do SUS na sua formação. A sociedade organizada não pode deixar de incidir e investir para que cada residente tenha condições futuras de ingressar no mesmo Sistema Único de Saúde através de concurso público estatutário ao valorizar este trabalhador em sua trajetória formativa tanto nos editais, quanto no cotidiano dos municípios como também valorizar seu próprio percurso social explicitado no investimento financeiro que foi feito para tal, como na aposta histórica na saúde que segue em seus períodos de preferência, sem intervalos comerciais.

Referencias

ABRAMIDES, M. B. C.; CABRAL, M. do S. R. **Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador**. São Paulo Perspectiva, vol.17 n.1 São Paulo. jan./mar, 2003.

BARBOSA, R. H. S. **A 'Teoria da Práxis': retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde**. Trabalho Educação Saúde, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 9-26, mar./jun.2010.

BOLETIM RESISTÊNCIA. Edição 2. Publicação apócrifa. Porto Alegre, fev./2006.

BOLETIM RESISTÊNCIA. Edição 3. Publicação apócrifa. Porto Alegre, mar./2006.

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

BRASIL. **Lei n.º 8080/1990**. Regula as ações e serviços de saúde em todo território nacional (SUS). Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS / Ministério da Saúde**, Conselho Nacional de Saúde (2º ed. revisão atualizada). Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **O SUS e as especializações em área profissional, realizadas em serviço**. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2004.

BRASIL. **Lei, nº 11.129, 30 de junho de 2005.** Institui o programa Nacional de inclusão de jovens- Pró-jovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 30 jun de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura. **Portaria Interministerial n. 45, de 12 de Janeiro de 2007.** Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação/Secretaria de Educação Superior/Diretoria de Hospitais Universitários e Residências e Ministério da Saúde /Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento de Gestão da Educação na Saúde/Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. Exercício 2007/2009.** Brasília – DF, 2009a.

BRASIL. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 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 Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília – DF, 2009b.

BRASIL. Site do Ministério da Educação. **Informações sobre a implementação dos Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde discutidas no III Fórum de Dirigentes dos Hospitais Universitários Federais**. 2009c.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. **A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões**. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de (orgs.). Saúde na atualidade: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro, 1 ed. UERJ, p. 15-28, 2011.

CAMPOS, F. E. de. **A trajetória da Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAPRARA, A.; LANDIM, L.P. **Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 2, n. 25, p.363-76, abr/jun, 2008.

CECCIM, R.B.; FERLA A.A. **Residência integrada em saúde: uma resposta à formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde**. In: Pinheiro, R, Mattos, R. A, (orgs). Construção da integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS UERJ/ABRASCO; p.211-226, 2003.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1400-1410, set/out, 2004.

CECCIM, R.B. **Residência e Educação Permanente em Saúde no cenário do Sistema Único de Saúde, Brasil**. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE

SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS, 5.; FÓRUM SOCIAL DE SAÚDE COLETIVA, 1., 2006, Buenos Aires. Anais... Buenos Aires, 2006. [Mimeogr.]

CECCIM, R. B. **Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS.** In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (orgs). Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, p. 17-22, 2010.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. **No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, n. 28, p.213-237, jan/mar, 2009.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. **A invenção da Residência Multiprofissional em Saúde.** In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (orgs). Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, p. 35-60, 2010.

DA ROS, M. A. et al. **Residência multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do movimento sanitário.** Cadernos Recursos Humanos em Saúde, v. 3, n. 1, 109-17, 2006.

FERREIRA, S. R. **Residência Integrada em Saúde: uma modalidade de ensino em serviço.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

FNRS. **Carta de Princípios.**

FNRS. **Carta em Defesa das Residências**. Disponível em: <http://forumresidentes.blogspot.com/2010_06_01_archive.html>. Acessado em 10 de dezembro de 2011.

GIL, C. R. R. **Formação de recursos humanos em Saúde da Família: paradoxos e perspectivas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n.2, p. 490-498, mar/abr, 2005.

MACHADO, M.F.A. S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T.; et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual**. Ciência e Saúde Coletiva, v.12, n. 2; p. 335 - 342, 2007.

NASCIMENTO, D. D. G. do; OLIVEIRA, M. A. de C. **Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Saúde Sociedade, São Paulo, v.19, n.4, p.814-827, 2010.

NUNES, E. D. **Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: Histórico e Perspectivas**. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p.13-38, 2005.

OLIVEIRA, C. F. de; GUARESCHI, N. M. de F. **Formação de Profissionais para o SUS: há brechas para novas formas de conhecimento?** In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (orgs). Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, p. 91-114, 2010.

PASINI, V. L.; GUARESCHI, N. M. **Residências Multiprofissionais em Saúde: invenção de modos de trabalhar em saúde pública e a produção de sujeitos**. In: STREY, M. N. e TATIM, D. C. (orgs.) Passo Fundo: Ed Universidade de Passo Fundo, p. 98-112, 2008.

PASINI, V. L. **Residência Multiprofissional em Saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS**. Tese (Doutorado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

RAMOS, A. de S.; BÚRIGO, A. C.; CARNEIRO, C.; DUARTE, C. C.; KREUTZ, J. A.; RUELA, H. C. G. **Residências em saúde: Encontros multiprofissionais, sentidos Multidimensionais**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. **Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação no Brasil: apontamentos históricos**. *Revista Trabalho, Educação, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-498, 2009/2010.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. **Políticas de Formação Profissional: o caso da Residência Multiprofissional em Saúde**. *Quaestio*, Sorocaba, SP, v. 13, p. 13-23, maio 2011.

SILVA, F. C. F.; SANTOS, G.; MONTEIRO, J. R.; CUNHA, L. S. H.; LEMKE, R. A.; MELLI, V. R. C. **A formação enquanto estratégia de mudanças na saúde mental coletiva**. *Boletim da Saúde*, v. 21, p. 51-58, jan/jun, 2007.

SILVEIRA, A. **Residência de Medicina do Trabalho - PROGRAMA 2005**. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, serviço especial de saúde do trabalhador do Hospital de clínicas/centro de referência estadual em saúde do trabalhador. Jan, 2005.

UEBEL, A. C., ROCHA, C. M., & MELLO, V. R. C. **Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde-Escola Murialdo.** Boletim da Saúde, v. 17, n. 1, p. 117-23, 2003.

VILA, V. da S. C.; ROSSI, L. A.; COSTA, M. C. S.; ZAGO, M. M. F. **Pesquisa Etnográfica em Saúde: sua apreciação por Comitês de Ética em Pesquisa.** Revista SOCERJ, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 240-242, 2007.

ANEXOS

ANEXO A

QUADRO COMPARATIVO DAS PORTARIAS 45 E 1.077

| COMPOSIÇÃO | | | |
|--|--|--|---|
| Entidades | Portaria nº 45 junho de 2005 | Portaria nº 1.077 novembro de 2009 | Comentários |
| GESTOR FEDERAL | | | |
| Ministério da Educação | 1 representante: → Diretor do Departamento de Residências e Projetos Especiais da Saúde | 3 representantes → Diretor do Departamento de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde → Coordenador Geral de Residências em Saúde → Coordenador Geral de Hospitais Universitários Federais | Aumento de 02 para 05 os representantes do Gestor Federal |
| Ministério da Saúde | 1 representante: → Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde | 2 representantes → Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde → Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde | |
| GESTORES ESTADUAIS E MUNICIPAIS | | | |
| CONASS | 1 representante | 2 representantes | Aumento de 02 para 04 os representantes dos Gestores Estaduais e Municipais |
| CONASEMS | 1 representante | 2 representantes | |
| Obs.: São 09 representantes dos Gestores (Federal, Estadual e Municipal) = 56% (antes eram 30%). Destes, 78% são federais (antes era 50%). | | | |
| COORDENADORES E EDUCADORES (PRECEPTORIA/TUTORIA) | | | |
| Coordenadores dos Programas de Residência | 1 representante | Ausente | Desconsideração das representações provenientes dos Fóruns Nacionais de Coordenadores e de Educadores, espaços coletivo de construção |
| Educadores (preceptores e tutores) de Programas de Residência | 1 representante | Ausente | |
| Instituições de Ensino Superior que desenvolvam Programas de Residência | Ausente | 2 representantes | |

| RESIDENTES E ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO | | | |
|--|---------------------------------|------------------|---|
| Fórum Nacional de Residentes | 2 representantes (Fórum) | Ausente | Desconsidera a existência do Fórum Nacional de Residentes e desconsidera a representação estudantil (público objetivo das residências, cf. a Lei) |
| Residentes | Não previa programas, mas fórum | 2 representantes | |
| Fórum de Estudantes de Graduação | 1 representante | Ausente | |
| TRABALHADORES E PROFESSORES | | | |
| Fórum Nacional dos Trabalhadores da Área da Saúde – Fentas | 2 representantes | Ausente | Revoga a representação do Fneas e Fentas, revigorando o caráter de representação corporativa (Conselhos, Sindicatos, Associações) |
| Fórum Nacional dos Educadores da Área da Saúde | 2 representantes | Ausente | |
| Conselhos Profissionais das profissões da saúde | Ausente | 1 representante | |
| Entidades sindicais nacionais representativas de trabalhadores da área da saúde | Ausente | 1 representante | |
| Associações de Ensino das profissões da saúde | Ausente | 1 representante | |
| Obs.: Há um aumento de 13 para 16 membros, com perda para todas as formas autônomas de representação social. Há regulação absoluta do governo federal, que tem 30% dos votos, coordena o processo de indicação dos demais membros e seleciona em lista tríplice os membros dos Programas. Os gestores são maioria absoluta, com mais de 50% dos votos e, nestes, o governo federal prepondera com mais de 50%. | | | |

| ESCOLHA DOS MEMBROS | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|
| Membro | Portaria nº 45 junho de 2005 | Portaria nº 1.077 novembro de 2009 | Comentários |
| Membros não natos | Designação autônoma dos segmentos representativos para a sua representação | Coordenada pela SESu e pela Sgtes, mediante consulta às entidades referidas | Elimina-se a representação social pela representação meritocrática e mediante seleção do governo. |
| Entidades e programas de residência | Representação indicada nos Fóruns Nacionais de Coordenadores e de Preceptores e Tutores | Lista tríplice encaminhada à SESu e Sgtes, acompanhada de nota justificativa e do currículo dos indicados, para subsidiar a nomeação dos seus representantes. | |