

ARTIGO TEMA LIVRE

Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica

Letícia Batista Silva

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Laboratório de Educação Profissional e Gestão em Saúde, Rio de Janeiro, RJ, Brasil (FIOCRUZ)

Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica

Resumo: O objetivo deste artigo é apresentar e discutir alguns elementos da trajetória histórica percorrida pela instituição legal da Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil. Nesse sentido, a discussão busca contemplar a apresentação e debate acerca da construção da legislação que apoia a modalidade Residência Multiprofissional em Saúde, assim como visa discutir a integralidade e a interdisciplinaridade como questões centrais nesta modalidade de formação em saúde. Este texto, a partir de pesquisa documental, constata características desta modalidade de formação, assim como sua expansão recente no cenário de formação para atuação no SUS.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional em Saúde. Residência em Saúde. Formação em Saúde.

Multi-professional Residency in Health in Brazil: Some aspects of the historic trajectory

Abstract: The objective of this article is to present and discuss some elements of the historic trajectory taken by the legal institution of the Multi-professional Residency in Health in Brazil. The discussion contemplates the presentation and debate about the construction of the legislation that supports the modality Multi-professional Residency in Health. It discusses integrality and inter-disciplinarity as central issues in this modality of health education. The article, based on document research, identified characteristics of this modality of education, and its recent expansion in the field of education, to prepare people to work in Brazil's public federal Single Healthcare System.

Keywords: Multi-professional Residency in Health. Residency in Health. Education in Health.

Recebido em 21.03.2017. Aprovado em 05.09.2017. Revisado em 04.12.2017.



© O(s) Autor(es). 2018 **Acesso Aberto** Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.pt_BR), que permite copiar, distribuir e reproduzir em qualquer meio, bem como adaptar, transformar e criar a partir deste material, desde que para fins não comerciais, e que você forneça o devido crédito aos autores e a fonte, insira um link para a Licença Creative Commons e indique se mudanças foram feitas.

Introdução

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma formação em saúde em nível de pós-graduação que tem como principal característica realizar-se através do trabalho em saúde. Na conjuntura recente, a ampliação das políticas de formação em saúde, dentre as quais se situa a RMS, vem demandando uma atenção particularizada. Um argumento central para a realização desse debate é a importância da formação de profissionais de saúde sintonizados com a defesa dos princípios basilares do tão ameaçado Sistema Único de Saúde brasileiro.

A primeira experiência de RMS acontece em 1976, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), vinculada à Secretaria Estadual de Saúde e desenvolvida no Centro de Saúde Escola Murialdo, na cidade de Porto Alegre. A então nova modalidade de formação em saúde era desenvolvida na atenção básica, chamava-se Residência Integrada em Saúde Coletiva e contemplava a formação integrada de assistentes sociais, enfermeiros, médicos e médicos veterinários (UEBEL; ROCHA; MELLO, 2003). Contudo, é somente em 2005 que a RMS é instituída legalmente como modalidade de formação para o Sistema Único de Saúde (SUS). Observa-se que principalmente a partir de 2010 há uma franca expansão dos programas de RMS, tal fato reforça a importância de estudos acerca das características que a RMS vem assumindo.

Pensar a RMS como espaço privilegiado de formação de recursos humanos para atuação no SUS implica em tratar elementos de sua trajetória histórica. O objetivo deste artigo é apresentar e discutir alguns elementos do trajeto histórico percorrido pela instituição legal da Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil. Nesse sentido, a discussão busca contemplar a apresentação e debate acerca da construção da legislação que apoia a modalidade RMS, assim como visa discutir, ainda que de forma breve, a integralidade e a interdisciplinaridade como questões centrais para essa modalidade de formação em saúde.

O referencial teórico-metodológico utilizado é o materialismo histórico-dialético (NETTO, 2011). Para Marx não é possível apreender a complexidade das relações que compõem a realidade através de uma análise desta realidade pautada na forma como ela se mostra. Nestes termos realiza-se no pensamento a abstração do real. Isto porque o imediato na sua complexidade, nas suas determinações, nos aparece apenas na sua aparência fenomênica.

O desafio é, pois, ir desvelando a “pseudoconcreticidade do real” (KOSIK, 1976, p. 11). Para tanto, o real deixa sua forma caótica inicial e agora aparece como concreto pensado que é “síntese de muitas determinações” (MARX, 2011, p. 44). A abstração, porém, só é possível porque ela parte de processos reais, ela é a representação mental desses processos.

Para a análise de alguns elementos da trajetória histórica da RMS compreende-se que a totalidade concreta se materializa histórica e dialeticamente em conformações particulares. Toma-se a RMS como uma formação que se desenvolve através do trabalho em saúde, portanto se realiza a partir das relações sociais em que está inserida. A partir dessas considerações, foi utilizada como estratégia metodológica a pesquisa documental compreendendo os anos de 2005 a 2015, assim como levantamento bibliográfico para a sustentação da análise da RMS como um processo histórico e social. Longe de esgotar qualquer debate, este texto busca contribuir com a discussão crítica acerca da consolidação da modalidade Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil.

Nesta direção, o presente artigo constitui-se de duas partes. A primeira contextualiza a instituição legal da Residência Multiprofissional em Saúde como modalidade de formação para o SUS, destacando os aspectos históricos dessa instituição, assim como as características centrais desta modalidade de formação e sua exponencial expansão a partir de 2010. A segunda parte do texto analisa a relação entre integralidade e interdisciplinaridade à luz de RMS.

Residência Multiprofissional em Saúde: notas sobre legislação e aspectos históricos

Nesta seção pretende-se apresentar aspectos da trajetória histórica da instituição legal da Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil, para tanto foram analisadas legislações e relatórios que apontam alguns sentidos do caminho percorrido.

A Lei 11.129 de 30 de junho de 2005 institui a Residência em Área Profissional da Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja organização e funcionamento são compartilhados entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2005). A residência é definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e abrangendo as profissões da área da saúde, com exceção da Medicina. Tais programas abrangem: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, conforme Resolução CNS nº 287/1998 (BRASIL, 1998).

Em 2005 eram cerca de 22 (vinte e dois) programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) financiados pelo MS (BRASIL, 2006). Em 2016, segundo informação da secretaria da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde, estavam registrados para avaliação cerca de 1.500 (mil e quinhentos) programas de residência uni e multiprofissional, o que aponta a tendência de grande expansão da modalidade residência em saúde no Brasil.

Na definição da Lei 11.129/2005, os programas de residência são cooperações intersetoriais que visam favorecer a inserção qualificada de jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005). Esta Lei aponta que o regime é o de dedicação exclusiva, mas não define carga horária de 60 (sessenta) horas semanais para o residente. Sobre as bolsas, define isonomia nos valores praticados para a iniciação científica no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e para a residência médica².

O movimento de não tratar a intenção do trabalho interdisciplinar como realização é fundamental para que se busque não só a implementação de práticas interdisciplinares a partir de leituras críticas da política de saúde e dos cenários de prática da RMS, mas também que essas práticas construídas a partir da ponderação dos aspectos históricos e contraditórios possam sustentar-se, ao longo do tempo, de maneira mais efetiva do que as que se apresentam estritamente prescritivas e idealizadas.

Ainda em 2005, com o objetivo de discutir as diretrizes para a residência multiprofissional, aconteceu o I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, contou com a participação de coordenadores de programas, preceptores, residentes, gestores e conselheiros de saúde. As discussões foram travadas em 4 (quatro) eixos norteadores: 1) estratégias para a construção da multidisciplinaridade visando atender o preceito constitucional da integralidade; 2) construção de diretrizes nacionais para a RMS; 3) composição da CNRMS; 4) criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SNRMS).

Em março de 2006 acontece a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, aprovando 16 (dezesseis) propostas sobre as residências em saúde, legitimando, inclusive, a criação da CNRMS, enquanto processo para regulamentação de tal modalidade de formação.

O MS, através do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), em 2006 publica uma coletânea intitulada *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Essa publicação apresenta experiências de residências multiprofissionais, a maioria no âmbito da atenção básica. Observa-se o perfil de distribuição das vagas naquela época, caracterizado por uma concentração de vagas na região sudeste, com 206 (duzentas e seis) vagas, seguida da região sul com 171 (cento e setenta e uma) vagas. A região nordeste com 125 (cento e vinte e cinco) vagas e por último a região norte com apenas 14 (quatorze) vagas de residente (BRASIL, 2006).

Em 2006 foram organizados seminários locais e regionais³ a fim de discutir o processo de regulamentação da residência e a realização do II Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, ocorrido naquele mesmo ano. Importante salientar que no mesmo ano foi constituído o Fórum Nacional de Residentes em Saúde⁴, apontando a organização dos residentes em torno da defesa da residência como política de formação para o SUS; bem como foram constituídos os Fóruns de Coordenadores, Tutores e

Preceptores. A criação dos fóruns demonstra a proposta de discussão em torno das diretrizes e pautas que envolvem processo de regulamentação da residência multiprofissional.

Após o II Seminário, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e a Secretaria de Educação Superior (SESu) do MEC instituíram um Grupo de Trabalho que ficou responsável pela sistematização do relatório do Seminário e elaboração da Portaria de criação da CNRMS (BRASIL, 2006). A Portaria Interministerial MEC/MS nº 45⁵ de 12 de janeiro de 2007 foi um marco importante, definiu as diretrizes para os programas multiprofissionais e em área da saúde e a composição da CNRMS (BRASIL, 2007a).

A Portaria 45/2007 estabeleceu a composição e as atribuições da CNRMS, assim como que a carga horária semanal das atividades desenvolvidas nos programas de residência seria entre 40 (quarenta) e 60 (sessenta) horas. Definiu, também, que os programas de residência multiprofissional e em área da saúde deveriam ser desenvolvidos em parceria entre gestores e instituições formadoras em áreas e justificadas pela realidade local, considerando as necessidades locais e regionais, o modelo de gestão, a realidade epidemiológica, a composição das equipes de trabalho e a capacidade técnico-assistencial (BRASIL, 2007a).

A Portaria possibilitava que os programas de residência multiprofissional se desenvolvessem com o patamar de 40h semanais. O estabelecimento dessa variação da carga horária, considerando 20% da mesma voltada para atividades teóricas, demonstrava certa coerência metodológica com o discurso de uma formação que considera o residente como um sujeito no processo de formação, no trabalho e na gestão do SUS (BRASIL, 2007a).

Dando sequência à contextualização histórica da RMS, em 2007 a Portaria Interministerial MEC/MS nº 698 de 19 de julho nomeou os membros da CNMRS, e em agosto realizou-se a primeira reunião plenária da Comissão (BRASIL, 2007b). Entre os meses de julho e outubro de 2008, aconteceu a implantação do sistema informatizado e realização de uma ampla convocação para cadastramento dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde de todo o país. Ainda em 2008 houve a realização do III Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde e da I Oficina Nacional de Avaliadores. O IV Seminário aconteceu em 2011, não havendo, até o momento, outras atividades nacionais e coletivas para pensar política e pedagogicamente os rumos das residências. Os eventos seguintes foram fragmentados em discussões pontuais acerca, por exemplo, do *funcionamento* das câmaras técnicas que assessoram a CNRMS, dos sistemas de informações etc.

No ano de 2008 foram publicadas as portarias interministeriais MEC/MS nº 506/2008 (BRASIL, 2008a) e a nº 593/2008 (BRASIL, 2008b). A última portaria definiu o regulamento interno da CNRMS, estabelecendo como instâncias componentes: a plenária, a coordenação-geral, a secretaria-executiva, as subcomissões e as câmaras técnicas. Sendo as subcomissões e as câmaras técnicas instâncias de assessoramento. As câmaras técnicas de caráter permanente e com a função de apreciar e emitir parecer opinativo sobre matérias solicitadas pela CNRMS (BRASIL, 2008b).

A Portaria Interministerial MEC/MS nº 506/2008 instituiu a carga horária semanal de 60 (sessenta) horas para as residências uni e multiprofissionais (BRASIL, 2008a). Como já dito, na Portaria Interministerial MEC/MS nº 45/2007 a carga horária semanal dos residentes da multiprofissional e dos programas de área era de 40 (quarenta) a 60 (sessenta) horas (BRASIL, 2007a). O argumento apresentado pelos técnicos do MS e do MEC para a fixação em 60 (sessenta) horas semanais foi o de uniformização de carga horária e valor de bolsa entre as residências médicas, uni e multiprofissionais. Em nenhum momento foi aventada a possibilidade de diminuição da carga horária da residência médica a fim de promover isonomia, optou-se pela fixação na carga horária máxima. É importante destacar que, na maioria dos programas, a residência multiprofissional funciona sem escalas de plantão noturno, por exemplo. Desse modo, significa que as 60 horas semanais implicam em 6 (seis) dias da semana para o cumprimento da carga horária, diferente dos residentes médicos que podem realizar, por exemplo, plantões de 24 horas.

Aplicadas as 60 (sessenta) horas semanais, o residente⁶ em tese dedica ao programa 10 (dez) horas diárias em 6 (seis) dias da semana, tendo 1 (um) dia de folga remunerada. Uma carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, ainda que associe atividades práticas e teórico-práticas, é altamente espoliante, apontando para uma lógica inclinada à exploração do trabalho, em detrimento de uma proposta de formação para o trabalho em saúde. Recorremos a Marx para a explicitação dos limites inerentes ao prolongamento da jornada de trabalho, quando afirma:

[...] durante parte do dia a força precisa repousar, dormir, durante outra parte a pessoa tem outras necessidades físicas a satisfazer, alimenta-se, limpar-se, vestir-se etc. Além desse limite puramente físico, o prolongamento da jornada de trabalho esbarra em limites morais. O trabalhador precisa de tempo para satisfazer às necessidades espirituais e sociais, cuja extensão e número são determinados pelo nível geral da cultura. A variação da jornada de trabalho se move, portanto, dentro de barreiras físicas e sociais. (MARX, 1985, p.188).

Na citação acima Marx aponta os elementos fundamentais presentes na composição do dia do trabalhador e a influência da carga horária destinada à jornada de trabalho. Destaca-se que 60 (sessenta) horas semanais é uma carga horária incondizente com a formação para o trabalho em saúde inscrita na proposta da RMS. Como afirma Mendes,

Considerando que dessas 60 horas 80% estariam destinadas às atividades práticas, esse total equivaleria a 48 horas semanais de atividades assistenciais, configurando, portanto, uma jornada de trabalho superior ao

limite de 44 horas semanais, definido pela Constituição Federal de 1988, o qual só poderia ser excedido mediante acordos individuais ou coletivos. Tal carga horária encontra-se ainda na contramão da reivindicação das centrais sindicais brasileiras, que vêm se mobilizando pela redução da jornada de trabalho para 40 horas semanais. Encontra-se também na contracorrente da luta dos profissionais de saúde, que de uma forma geral vêm pleiteando a redução de suas jornadas de trabalho. (MENDES, 2013, p 193-194).

Certos estudos desenvolveram a associação entre a intensificação do trabalho e a saúde do trabalhador, sendo referências nessa temática, com distintas⁷ abordagens, os estudos de Dal Rosso (2008), Assunção e Oliveira (2009) e Pina e Stotz (2011, 2014). Contudo, o ponto em comum nestes estudos é a afirmação de que o trabalho intenso e prolongado é produtor de agravos à saúde física e mental dos trabalhadores. Pina e Stotz (2014) apontam as dificuldades para a abordagem da relação entre a intensificação do trabalho e a saúde do trabalhador, sendo eles:

[...] intensificação do trabalho e saúde do trabalhador como objeto de estudo está demarcado por sua complexidade: de um lado, nenhum elemento do processo de trabalho parece escapar à intensificação do trabalho e, de outro, pela pluralidade de problemas e agravos à saúde implicados na intensificação do trabalho. (PINA; STOTZ, 2014, p. 159).

Não obstante a impossibilidade de apresentar um referencial teórico específico acerca dos impactos do prolongamento da jornada de trabalho no trabalho em saúde e a questão da residência, destaca-se que o trabalho em saúde e a prolongada jornada de trabalho do residente inscrevem-se nos marcos da exploração do trabalho pelo capital. Ou seja, ainda que haja particularidades no *trabalho* do residente, estas particularidades não alteram sua condição de trabalhador (ainda que temporário) no modo de produção capitalista. Nesses marcos, as 60 (sessenta) horas semanais são uma forma de intensificação da exploração do trabalho e são incompatíveis com as propostas de formação inscritas na RMS. Embora não seja este um tema a ser tratado neste texto, é importante destacar que uma possibilidade presente na incorporação de residentes aos serviços é a substituição de trabalhadores. Nesse sentido, certos espaços de residência poderiam estar mais voltados à precarização do trabalho em saúde do que a uma experiência de formação para o SUS (SILVA, 2016).

Nesse processo de alteração dos rumos propostos na legislação da residência, em 2009 a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077⁸ de 12 de novembro (BRASIL, 2009a), revogou a Portaria Interministerial MEC/MS nº 45/2007 (BRASIL, 2007a). A nova portaria encontra-se em vigência e, embora tenha mantido o texto referente aos eixos norteadores da RMS, promoveu mudanças que anunciavam um caminho oposto, dentre elas a alteração das regras de composição da CNRMS. Mudanças estas que sofreram novas alterações, não obstante a vigência da Portaria nº 1.077/2009 (BRASIL, 2009a), e da Portaria Interministerial nº 1.224 de 2012 (BRASIL, 2012), onde acontece o acréscimo de mais um membro na representação do MEC na composição da CNRMS.

Observa-se que, a partir da Portaria Interministerial 1.077/2009 (BRASIL, 2009a), houve a substituição dos fóruns coletivos – Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS) e Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS) – pelas associações de ensino e pesquisa das profissões de saúde e pelas entidades sindicais. Também houve a substituição da participação dos residentes via representação do Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS) por uma participação aberta, inespecífica. A alteração da composição descaracterizou a representação dos movimentos sociais, até então representados na CNRMS.

No que se refere aos gastos financeiros, conforme Relatório (BRASIL, 2009b), entre o período de 2005 e 2009 o MS realizou investimentos da ordem de R\$ 178.000.000,00 (cento e setenta e oito milhões de reais). Estes valores referiam-se ao financiamento de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e alguns em Saúde Mental. Conforme este documento, até 2009 o financiamento de bolsas para os programas de residências (médica, uni e multiprofissional) era realizado pelo MS. Tal cenário se altera quando em 2009 o MEC lança o projeto *Implantação do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da rede de Hospitais Universitários Federais*.

A partir de 2010, com a participação do MEC, há o aumento do número de bolsas e, também, um novo perfil dos programas de residência, agora voltados para a atuação em hospitais (BRASIL, 2014). Sobre a participação do MEC e a alteração do perfil dos programas, Mendes (2013, p. 187) assinala: “[...] passaram a se deslocar da atenção básica e saúde mental para a atenção de média e alta complexidades, que caracterizam a oferta de serviços dos hospitais de ensino”.

Sobre a evolução do financiamento de bolsas via MEC, observa-se um aumento de cerca de 700% entre os anos de 2010 e 2014. Conforme Relatório MEC (BRASIL, 2014), no ano de 2010 foram concedidas 414

(quatrocentas e quatorze) bolsas; em 2011, 1.193 (mil, cento e noventa e três) bolsas; em 2012, 1.750 (mil, setecentas e cinquenta); em 2013, 3.155 (três mil, cento e cinquenta e cinco); e no ano de 2014 foram 3.322 (três mil, trezentas e vinte e duas) bolsas.

Nesse mesmo período é observado também um aumento de cerca de 50% no número de bolsas destinadas à residência médica. Enquanto em 2010 o MEC financiou 5.626 (cinco mil, seiscentas e vinte e seis) bolsas de residentes médicos, em 2014 o número foi de 8.236 (oito mil, duzentas e trinta e seis) bolsas. No que se refere aos valores do financiamento em termos de moeda corrente, as bolsas de residência médica e multiprofissional representaram em 2010 o montante de R\$ 266.024.231,85 (duzentos e sessenta e seis milhões, vinte e quatro mil, duzentos e trinta e um reais e oitenta e cinco centavos), e no ano de 2014 esse valor foi de R\$ 437.457.178,00 (quatrocentos e trinta e sete milhões, quatrocentos e cinquenta e sete mil, cento e setenta e oito reais) (BRASIL, 2014).

A evolução exponencial do financiamento das bolsas de residência indica o papel estratégico que esta modalidade de formação em saúde vem adquirindo ao longo do tempo, principalmente a partir de 2010, período que demarca a participação/coordenação do MEC nesse processo. Tal fato sugere a importância de novos estudos que aprofundem essa temática.

A Residência em Saúde, Integralidade e Interdisciplinaridade: algumas observações

No escopo da proposta geral da RMS, dentre outras questões, há duas centrais: a integralidade das ações em saúde e o trabalho interdisciplinar.

A integralidade é uma das bandeiras do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e foi inscrita como um dos princípios do SUS: o atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas e sem prejuízos dos serviços assistenciais, ou ainda, o acesso às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Do ponto de vista teórico, a integralidade é um termo polissêmico. Filiamo-nos ao conceito de integralidade apresentado por Closs (2013, p. 103):

Parte-se do pressuposto de que a integralidade fundamenta-se na compreensão abrangente das necessidades de saúde, tendo em vista efetivar o conceito ampliado de saúde no cotidiano do SUS. Implica, assim, a percepção dessas necessidades como circunscritas ao campo dos direitos sociais. Esses direitos, construídos historicamente, dizem respeito ao reconhecimento das necessidades de sujeitos concretos, do processo de politização destas necessidades e sua inscrição no plano da legislação.

Dentro do aporte possível de um programa de residência, a integralidade é abordada, em tese, numa perspectiva que considera o conceito ampliado de saúde em relação ao ambiente social, cultural e político desses sujeitos, os usuários. Segundo Paim (2008), a integralidade nas bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira, incorpora em uma totalidade quatro perspectivas, quais sejam:

a) como integração das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional, abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária etc.) que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial. (PAIM, 2008, p. 15).

Na sistematização de Paim (2008), o conceito de integralidade adquire traços multidimensionais, implicando o trabalho dos profissionais e o trabalho produzido pela própria organização do SUS, tendo como pano de fundo as determinações sociais em curso. Pensar a relação entre integralidade e RMS, remete-nos à justificativa para a existência desses programas de residência, ou seja, a busca por um atendimento que considere as necessidades múltiplas de saúde e uma proposta de trabalho coletivo em saúde e de uma ação interdisciplinar. O novo desta proposta é justamente a possibilidade das práticas interdisciplinares, podendo resultar ainda numa interação intersetorial das políticas sociais públicas. Esse movimento de tirar o foco da atenção às patologias e voltar-se para às múltiplas áreas de atuação a partir de variadas necessidades de saúde representa uma inovação na proposta de residência em saúde e um passo no sentido da construção cotidiana de práticas de integralidade. Mendes (2013), estabelecendo a relação entre a integralidade, as necessidades de saúde e as possibilidades da RMS, assinala:

[...] apreendemos a necessidade de reorientação da formação de recursos humanos para o SUS, voltada para a promoção da saúde, com foco na integralidade e na intersetorialidade, e comprometida com a gestão democrática e a interdisciplinaridade. A residência multiprofissional pode ser uma importante contribuição nesse sentido, ao propiciar a vivência intensiva nos serviços e propor um eixo integrador entre as diferentes áreas profissionais, e potencialmente capaz de articular as diferentes profissões entre si, promover a reflexão sobre o cotidiano de execução da política e contribuir para o estranhamento de relações institucionais verticais, naturalizadas e cristalizadas. Entretanto, não está assegurado de antemão que as residências vão cumprir esse papel, sobretudo porque sua implantação tem se dado num contexto de desmonte, sucateamento e privatização dos serviços públicos de saúde, e de exacerbação dos corporativismos. (MENDES, 2013, p. 183-184).

A autora aponta as possibilidades trazidas por esta modalidade de formação que congrega múltiplos saberes e se realiza a partir do trabalho coletivo em saúde. Entretanto, Mendes alerta que o fato de haver determinadas possibilidades arroladas na RMS não assegura sua realização, principalmente em tempos de desmonte do SUS.

Na perspectiva da RMS, a interdisciplinaridade é uma metodologia de realização do trabalho e da formação em saúde. Nessa esteira, como afirmam Silva e Mendes (2013, p. 59),

[...] a construção da prática interdisciplinar tem o potencial de contribuir para a superação de uma visão/ação compartimentada, fragmentária e individual em saúde. Esta construção pressupõe que cada uma das categorias profissionais ofereça sua contribuição, preservando a integridade de seus métodos e conceitos. Preserva-se, portanto, a autonomia das áreas do saber envolvidas, ao mesmo tempo que se pressupõe a socialização de conhecimentos com o objetivo da (re)construção das ações das equipes de saúde.

O escopo da RMS aponta a interdisciplinaridade como uma proposta de metodologia de trabalho que se opõe à lógica da especialidade técnica isolada, posta historicamente no campo da saúde. Como analisa Sodré (2010, p. 457), “a especialidade técnica na saúde criou equipes que não interagem. São profissionais compartimentalizados, como se a vida fosse uma junção de conhecimentos sobre pedaços do corpo humano”. Ou seja, de fato a RMS tem no seu escopo teórico a busca pelo desenvolvimento de práticas interdisciplinares, contudo é imprescindível considerarmos que de forma geral essas práticas se desenvolvem em instituições, serviços etc. que historicamente realizaram suas práticas de forma isolada e compartimentada. Essa constatação não apequena a interdisciplinaridade posta como possibilidade metodológica na RMS, ao contrário, considera essa interdisciplinaridade a partir do contexto histórico e como parte da totalidade em que se inscreve – o trabalho em saúde.

O movimento de não tratar a *intenção* do trabalho interdisciplinar como *realização* é fundamental para que se busque não só a implementação de práticas interdisciplinares a partir de leituras críticas da política de saúde e dos cenários de prática da RMS, mas também que essas práticas construídas a partir da ponderação dos aspectos históricos e contraditórios possam sustentar-se, ao longo do tempo, de maneira mais efetiva do que as que se apresentam estritamente prescritivas e idealizadas. É imperativo apontar que a inserção de profissionais de diferentes áreas do saber numa equipe de saúde, ainda que seja crucial, não é suficiente à garantia de práticas efetivamente interdisciplinares. E também, que tão importante quanto a implementação de práticas interdisciplinares é a sua sustentação como proposta de metodologia de trabalho ao longo do tempo nas instituições e serviços etc. e que essa sustentação só é possível a partir de uma leitura crítica e conjuntural.

No que se refere à formação para o SUS, a RMS produz uma ação inovadora na medida em que supera a lógica da residência médica historicamente vinculada à *especialização do médico* e de outras residências uniprofissionais que, embora não tenham como objetivo central *especializar os profissionais*, realizam a formação entre seus pares, perdendo assim, em certa medida, a discussão coletiva e multiprofissional.

Nas bases de instituição da RMS está presente a busca por uma formação interdisciplinar, ou seja, uma formação que compartilha saberes, mas mantém íntegra a particularidade de cada área profissional, e a realização desses saberes em práticas. Possibilita a socialização de conhecimentos e de linguagens no ato da formação e do próprio trabalho em saúde. Nesse sentido, a implementação e sustentação desta formação em serviço a partir da interdisciplinaridade é um dos desafios comuns a todas as RMS.

Considerações finais

Do ponto de vista de sua proposta inicial, a RMS nasce como possibilidade de construção de uma formação em saúde atenta e associada à diversidade e complexidade das necessidades de saúde postas no cotidiano do SUS. Enquanto proposta de formação – não como trabalho precário – a RMS, em tese, tem no seu

horizonte a construção de práticas interdisciplinares capazes de se interpor a lógica da fragmentação dos saberes e dos fazeres tão característica à política e ao trabalho em saúde. Contudo, essa possibilidade tão rica e tão condizente com a proposta do SUS seminal exige condições para a sua realização, caso contrário torna-se uma *potência de formação* em termos estritamente retóricos.

O parâmetro para a análise da potencialidade da RMS não pode ser a afirmação de que a RMS é *em si* uma formação voltada à integralidade e à interdisciplinaridade nas práticas em saúde. Ora, a RMS não é isso *em si*, mas o é enquanto proposta original e potencialidade. O que cria as circunstâncias fundamentais para que a proposta original da RMS se realize de fato, se torne materialidade, são as condições básicas para a sua realização. Dito de outra forma, há na legislação da residência uma contradição explícita que, de um lado, afirma uma formação com foco na integralidade e interdisciplinaridade e, de outro, cria as condições práticas para a precarização e exploração intensa da força de trabalho do residente que atuará por dois anos com uma carga horária semanal de 60h.

A constituição e implementação do SUS trouxe em seu bojo a possibilidade e a necessidade de novas modalidades e estratégias de formação; e a proposta original da RMS, em termos de ideia, atende aos princípios do SUS. Entretanto, partindo do pressuposto da existência de disputas no interior do SUS e nos direitos sociais em geral, a legislação que regulamenta a RMS cria as condições para o esvaziamento da proposta de formação e caminha no sentido de que a presença do residente se estabeleça como possibilidade de mão de obra barata e precária nos serviços de saúde.

A RMS é uma formação que se dá *pelo e para o* trabalho em saúde; portanto é altamente atravessada pela conjuntura do desmonte das políticas sociais, especialmente a política de saúde na sua dimensão de recursos humanos. É a característica central da RMS – ser ensino em serviço – que a torna, de um lado, uma possibilidade de formação interdisciplinar conectada com o cotidiano concreto das necessidades de saúde e, de outro, tão vulnerável à sua apreensão como trabalho precário. É justamente por sua característica central que os parâmetros postos na regulamentação dessa formação são indicativos dos *sentidos* que a RMS vem assumindo no SUS.

Dessa forma, não é admissível o movimento de tratar a *intenção* de uma formação interdisciplinar como *realização* da mesma, na medida em que essa *retórica de formação* pode apequenar-se como faces de um *aprender fazendo*, de *mais uma mão de obra no serviço* etc.

Aprender a RMS enquanto processo histórico e não como afirmação retórica de sua *potência enquanto formação* é o que possibilita uma reconexão com os princípios basilares do SUS. Ou seja, para buscar a construção de uma RMS que esteja vinculada a uma proposta de formação em serviço no SUS e não a uma lógica de trabalho precário premiado com um título de especialista, é necessária a leitura crítica da conjuntura em que se insere, assim como a análise de adequação entre a proposta de formação e as condições para a efetivação dessa formação que acontece via trabalho em saúde. Condições essas que se apresentam na legislação que regulamenta esta modalidade de formação, bem como nos conteúdos curriculares e nas metodologias de ensino utilizadas. É urgente analisarmos a RMS não apenas por sua proposta inicial, mas também pelas condições contraditórias de sua realização ao longo desses anos de implementação.

Referências

ASSUNÇÃO, A. A.; OLIVEIRA, D. A. Intensificação do trabalho e saúde dos professores. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 30, n. 107, p. 349-372, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 08 out. 1998. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm>. Acesso em: 21 jan. 2017.

_____. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 01 jul. 2005. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11129-30-junho-2005-537682-norma-actualizada-pl.html>>. Acesso em: 21 jan. 2017.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 jan. 2007a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2017.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 506, de 24 de abril de 2008. Altera o art. 1º da Portaria Interministerial nº 45/MEC/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. *Diário Oficial da União*, n. 79, Brasília, DF, 25 abr. 2008a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_506_08.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2017.

- _____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 593, de 15 de maio de 2008. Dispõe sobre estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 maio 2008b. Seção 1, p. 10-11. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=5906-port-inter-2008-593&Itemid=30192>. Acesso em: 21 jan. 2017.
- _____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 698, de 19 de julho de 2007. 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 jul. 2007b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15437-port-inter-n698-19jul-2007&Itemid=30192>. Acesso em: 21 jan. 2017.
- _____. Portaria Interministerial MEC/MS 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 nov. 2009a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192>. Acesso em: 21 jan. 2017.
- _____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.224, de 3 de outubro de 2012. Altera a Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, e a Portaria Interministerial nº 1.320, de 11 de novembro de 2010, que dispõem sobre a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 out. 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15430-port-inter-n1224-3out-2012&Itemid=30192>. Acesso em: 21 jan. 2017.
- _____. Ministério da Educação. *A democratização e expansão da educação superior no país 2003-2014*. Brasília: MEC, 2014.
- _____. 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.
- _____. *Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS*. Exercício 2007/2009. Brasília, DF: MEC; MS, 2009b.
- CLOSS, T. T. *O serviço social nas residências multiprofissionais em saúde: formação para integralidade?* Curitiba: Appris, 2013.
- DAL ROSSO, S. *Mais trabalho: a intensificação do labor na sociedade contemporânea*. São Paulo: Boitempo, 2008.
- KOSIK, K. *Dialética do concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. Livro 1: O processo de produção do capital. Tomo 1: (Prefácios e Capítulos I a XII). São Paulo: Nova Cultural, 1985.
- _____. *Grundrisse: manuscritos econômicos de 1857-1858. Esboços da crítica da economia política*. São Paulo: Boitempo, 2011.
- MENDES, A. G. Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). *Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional*. São Paulo: Papel Social, 2013. p. 183-200.
- NETTO, J. P. *Introdução ao estudo do método de Marx*. São Paulo: Expressão Popular, 2011.
- PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- PINA, J. A.; STOTZ, E. N. Participação nos lucros ou resultados e banco de horas: intensidade do trabalho e desgaste operário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 162-176, 2011.
- _____; _____. Intensificação do trabalho e saúde do trabalhador: uma abordagem teórica. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 39, n. 130, p. 150-160, 2014.
- SILVA, L. B. *Trabalho em Saúde e Residência Multiprofissional: problematizações marxistas*. 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.
- _____; MENDES, A. G. Serviço Social, saúde e interdisciplinaridade. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). *Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional*. São Paulo: Papel Social, 2013. p. 49-64.
- SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010.
- 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 (CSEM). *Boletim de Saúde*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 117-123, 2003.

Notas

- 1 Conforme assevera Kosik: “A atitude primordial e imediata do homem, em face da realidade, não é a de um abstrato sujeito cognoscente, de uma mente pensante que examina a realidade especulativamente, porém, a de um ser que age objetiva e praticamente, de um indivíduo histórico que exerce a sua atividade prática no trato com a natureza e com os outros homens, tendo em vista a consecução dos próprios fins e interesses, dentro de um determinado conjunto de relações sociais. Portanto, a realidade não se apresenta aos homens, à primeira vista, sob o aspecto de um objeto que cumpre intuir, analisar compreender teoricamente [...]” (KOSIK, 1976, p.13). Nesta esteira, a análise de um determinado fenômeno que leve em consideração a relação entre sua forma aparente e sua essência trata não somente do visível imediato, mas, também, das conexões que atravessam e implicam este determinado fenômeno.

- 2 Sendo permitida a majoração dos valores das bolsas de acordo com critérios técnicos relativos à dificuldade de acesso e locomoção ou provimento e fixação dos profissionais.
- 3 Pautando prioritariamente a regulamentação das residências, houve em 2006 três seminários regionais: o Seminário Regional Nordeste de Residência Multiprofissional em Saúde foi organizado junto ao 22º Congresso Nacional do Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (CONASEMS), em Recife, em junho de 2006; posteriormente, em julho de 2006 ocorreu o Seminário Regional Sul/Sudeste de Residência Multiprofissional em Saúde, junto ao VII Congresso Nacional da Rede Unida, em Curitiba; e em agosto de 2006 ocorreu o Seminário Regional Norte/Centro-Oeste de Residência Multiprofissional em Saúde, em Brasília.
- 4 O Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS) é uma articulação entre residentes de todo o país e tem por objetivo a defesa do SUS e a promoção de um espaço de troca entre residentes multiprofissionais e em área profissional da saúde. Disponível em: <<http://forumresidentes.blogspot.com/>>.
- 5 Posteriormente revogada pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077/2009.
- 6 A cada ano o residente tem direito a 30 (trinta) dias de férias remuneradas.
- 7 As abordagens de Dal Rosso (2008) partem de estudos empíricos com bancários, servidores públicos etc. e promovem a associação da intensidade do trabalho com indicadores como o alongamento da jornada de trabalho, polivalência, velocidade do trabalho etc. Já Assunção e Oliveira (2009) tratam da intensificação do trabalho, relacionado ao adoecimento do trabalhador docente. Pina e Stotz (2011 e 2014) realizam estudos no sentido de construção de definições conceituais em torno do processo de intensificação do trabalho e a saúde do trabalhador, considerando a relação saúde-doença como uma determinação social e histórica. Importante destacarmos que o processo saúde-doença relacionado ao trabalho se constitui no objeto do campo da Saúde do Trabalhador.
- 8 Nesta Portaria é também instituído o Programa Nacional de Bolsas.

Letícia Batista Silva

leticiabatistas@gmail.com

Doutorado em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Pesquisadora e docente do Laboratório de Educação Profissional e Gestão em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ)

EPSJV/FIOCRUZ

Avenida Brasil, 4365 – Manguinhos

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil

CEP: 21.045-900