

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PRÁTICAS PEDAGÓGICAS
EM SERVIÇOS DE SAÚDE

ROSANA INES ZORZO PAZDZIORA

**A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: DESAFIOS E
POSSIBILIDADES DE SUA IMPLANTAÇÃO NO MUNICÍPIO DE
SANTO ÂNGELO, RS**

PORTO ALEGRE/RS

2013

Rosana Inês Zorzo Pazdziora

**A Residência Multiprofissional em Saúde:
desafios e possibilidades de implantação no município de Santo Ângelo, RS**

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

Orientadora:
Prof^a. Dra. Cristianne Maria Famer
Rocha

Porto Alegre

2013

RESUMO

A proposta da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) pode oportunizar uma formação teórico-pedagógica mais compatível com os princípios e diretrizes da integralidade da atenção e da intersetorialidade do SUS, garantindo a equidade do acesso e o direito à saúde. **Justificativa:** a escolha do tema se deve à importância na garantia de uma formação integral aos profissionais de saúde da região. Outro motivo pela escolha do tema é a inexistência de Residências Multiprofissionais em Saúde na Região Missioneira e no município de Santo Ângelo. **Objetivo:** analisar as facilidades e dificuldades de implantação das Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado através da pesquisa bibliográfica e documental. **Análises e resultados:** os resultados são apresentados em duas categorias para caracterizar os desafios e possibilidades de implantação das RMS e seis subcategorias mostrando o que mais foi citado. Em relação aos desafios, foram citados nos documentos pesquisados: desorganização da rede de serviços, falta de qualificação dos profissionais de saúde, processo político pedagógico. Em relação às possibilidades: reorganização do processo de trabalho e mudança do modelo de atenção, organização da rede de serviços de saúde, desenvolvimento da educação permanente em saúde. **Considerações finais:** Para tanto a realização desta pesquisa foi mostrar quais são as vantagens e os desafios que os municípios brasileiros experimentaram na implantação das RMS, dar subsídios a gestores de saúde municipais, bem como promover e uma reflexão aos gestores do município de Santo Ângelo, RS. Ainda ajudar na divulgação e importância que a RMS tem de transformar a formação dos profissionais, inclusive proporcionar a continuidade de estudos e pesquisas sobre a RMS.

Palavras-Chave: residência multiprofissional em saúde; implantação das residências; formação em serviço.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1: Estados brasileiros onde ocorreu a implantação das primeiras Residências Integradas e Multiprofissionais no Brasil com financiamento do Ministério da Saúde.....	24
Figura 1: Mapa Regiões de Saúde.....	27
Figura 2: Mapa Região 12ª Coordenadoria Regional de Saúde.....	28
Tabela 1: Situação de Nascimento e Mortalidade do RS/12ª CRS/Santo Ângelo	30
Tabela 2: Série histórica dos indicadores do Pacto pela Saúde do município de Santo Ângelo\RS.....	31

SUMÁRIO

1 CAMINHOS E PERCURSOS QUE DIRECIONAM À TEMÁTICA PROPOSTA ..	05
2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE NO BRASIL: UM POUCO DE HISTÓRIA.....	08
2.1 A CONSTRUÇÃO DO SUS – UM POUCO DE HISTÓRIA.....	08
2.2 SOBRE AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE	13
2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – CONSTRUINDO CAMINHOS PARA O FORTALECIMENTO DAS RMS	17
2.3.1 O que já foi feito após a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.....	22
2.4 DIFERENTES “EXPERIÊNCIAS” DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE.....	23
3 CONHECENDO O CONTEXTO DO MUNICÍPIO MISSIONEIRO	27
4 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	32
5 RESULTADOS	34
5.1 DESAFIOS ENCONTRADOS NA IMPLANTAÇÃO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE (RMS)	35
5.2 POSSIBILIDADES E VANTAGENS DA IMPLANTAÇÃO DAS RMS	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
APÊNDICES	51

1 CAMINHOS E REFLEXÕES QUE DIRECIONAM À TEMÁTICA PROPOSTA

A trajetória percorrida enquanto trabalhadores da saúde inseridos nos serviços de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), nos diversos ambientes de assistência ao cuidado individual e coletivo nos propiciam identificar como se dá o processo de trabalho e o processo de formação dos profissionais da saúde como enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, médicos e entre outros que estão inseridos nos serviços de saúde.

Atualmente os trabalhadores de saúde e defensores do SUS contam com a busca constante das transformações das práticas de saúde, principalmente os que trabalham diretamente nos serviços públicos e nas ações de saúde voltadas para os princípios e diretrizes do SUS. Estas práticas de saúde que necessitam serem transformadas são frutos de caminhos tortuosos e longos, mas que os profissionais de saúde, os gestores locais e as instituições de ensino podem estar contribuindo para a mudança dos processos de trabalho e de formação dos profissionais.

O caminho vivenciado enquanto enfermeira desenvolvendo atividades na Coordenação do Programa de Saúde da Mulher na 12ª Coordenadoria Regional de Saúde com sede no município de Santo Ângelo, RS, permite vivenciar a prática em saúde pública nos 25 municípios da Região Missioneira. A experiência junto aos municípios tem propiciado a vivência de muitas dificuldades enfrentadas na atenção básica, em relação à organização e estrutura dos serviços e, principalmente, em relação às práticas de saúde e de formação profissional.

E como podemos garantir e propor mudanças nos serviços de saúde, proporcionar uma formação mais próxima com os princípios do SUS e a transformação dos processos de trabalho? Nessa perspectiva, a proposta da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) pode oportunizar uma formação teórico-pedagógica mais compatível com os princípios e diretrizes da integralidade da atenção e da intersetorialidade do SUS, garantindo à equidade do acesso e o direito à saúde (CECCIM, 2010).

A Residência pode ser definida como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* que contribui para a formação de profissionais para a assistência, gestão e ensino em serviço (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2009). Esta modalidade de ensino é uma das formas de fortalecer e qualificar o SUS, sendo uma

das suas contribuições à atenção integral ao usuário, considerando que “ao SUS compete, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”, conforme a constituição Federal de 1988, art. 200 e inciso III (BRASIL, 1998).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB) nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996, considera a necessidade e a importância de que os educandos na área da saúde desenvolvam competências, não apenas na dimensão técnica, mas principalmente na dimensão ético-política que os possibilite a se tornar profissionais críticos capazes de atuarem de forma autônoma e comprometida com a realidade em que atuam (SCHRAIBER, 1993; BRASIL, 1996).

O objetivo desta pesquisa, realizada através de revisão bibliográfica e documental, foi analisar as facilidades e dificuldades de implantação das Residências Multiprofissionais em Saúde em diferentes serviços de saúde no Brasil, com vistas à possibilidade de construção de uma RMS no município de Santo Ângelo, RS.

A realização dessa pesquisa e a escolha do tema justifica-se pelas possibilidades que as Residências Multiprofissionais em Saúde têm em proporcionar a transformação do processo de formação integral dos profissionais de saúde. Outro motivo pela escolha do tema é a inexistência de Residências Multiprofissionais em Saúde na Região Missioneira, e principalmente no município de Santo Ângelo, que foi abordado nesta pesquisa. Acredita-se que a possibilidade de implantação da RMS contribuirá tanto para o município como para a região, pois servirá de instrumento para a mudança de modelo de atenção em saúde e acessibilidade à reorganização dos serviços de saúde atualmente em funcionamento. Garantirá, além disso, uma formação profissional em saúde voltada para a atenção integral ao indivíduo e do coletivo e possibilitará o desenvolvimento de profissionais críticos e com capacidade de questionar os serviços de saúde e o processo de trabalho que está sendo desenvolvido no município e na Região.

Para tanto, a análise aqui realizada, permitirá conhecer de forma descritiva a situação de saúde do município, e em consequência, quais as possíveis vantagens e desvantagens encontradas para a implantação da RMS na Região Missioneira, a partir da análise de experiências existentes em outros municípios do Brasil.

Por fim, aproveito para destacar a importância do ingresso e participação no Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde junto à

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) que oportunizou momentos de reflexão e aprendizado sobre a Residência Multiprofissional e suas contribuições na mudança da prática profissional, através da integração ensino-serviço.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE NO BRASIL: UM POUCO DE HISTÓRIA

2.1 A CONSTRUÇÃO DO SUS – UM POUCO DE HISTÓRIA

Já que mencionamos que faremos uma retrospectiva de apenas “um pouco” da história do Sistema Único de Saúde (SUS), pois a história de sua construção mereceria páginas e páginas, pontuaremos sua trajetória a partir do Movimento Sanitário, que foi um dos períodos mais marcantes de avanço e desenvolvimento da democracia no País.

Em 1975, dá-se início ao processo de redemocratização no Brasil (transição da Ditadura Militar para a Democracia), ainda de forma lenta e gradual garantindo neste período o surgimento do movimento sanitário. É nesse momento da história que a luta em torno das políticas públicas e das suas inserções para o relacionamento estado-sociedade ganha importância em relação à saúde pública e o crescimento de encontros e congressos acerca da questão saúde entram em destaque (NUNES, 1998; BRASIL, 2006).

Já no início da década de 80, começa a surgir uma corrente contra-hegemônica que veio a ser chamada de Movimento Sanitário, que preconizava uma melhoria da assistência médica e em linhas gerais uma melhora na qualidade da assistência em saúde no país e que tinha como proposta a descentralização, articulada à regionalização e à hierarquização dos serviços de saúde e à democratização do sistema, através da cobertura a setores até então descobertos, como os trabalhadores rurais. O Movimento Sanitário criticava o modelo hospitalocêntrico e sempre levantava questões à ênfase em cuidados primários e a prioridade do setor público. Mas é somente na década de 80 que as propostas defendidas pelos sanitaristas passam a prevalecer no discurso oficial (BRASIL, 2005d).

No trecho a seguir, é definido a Reforma Sanitária:

[...] refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado (TEIXEIRA, 1989a, p.39)

Ainda na década de 80, com a crise financeira no setor da saúde que se desenhava através da seguridade social e do modelo privatizante, o Movimento Sanitário apresentava-se como forte reação às políticas de saúde implantadas, além de emergir como uma alternativa concreta para a reformulação do sistema nesse campo. Este movimento na época, difundia um novo paradigma científico com a introdução das disciplinas sociais na análise do processo saúde-doença. Através delas, o método histórico-estrutural passou a ser utilizado no campo da saúde, buscando compreender os processos como a “determinação social da doença” e a “organização social da prática médica” (TEIXEIRA, 1989b).

Em 1982, devido ao surgimento de diversos movimentos sociais na área da saúde, que culminaram com a criação do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e dos Municipais (CONASEMS), já em (1983) deram alento ao movimento de municipalização da saúde e aos encontros nacionais de secretários municipais de saúde. O movimento das DIRETAS JÁ em (1985) e eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, propiciando o surgimento de diversos movimentos sociais na área da saúde, e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), a qual lançou as bases da Reforma Sanitária e do Sistema Único Descentralizado de Saúde¹ (SUDS) (BRASIL, 2006a).

O processo de Reforma Sanitária, desencadeado por intelectuais e profissionais do Movimento Sanitário, mobilizou a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde. Em decorrência desse processo, o Ministério da Saúde realizou a VIII Conferência Nacional da Saúde, que foi uma das primeiras conferências da em que não trataram apenas de questões de caráter técnico, mas inovou no que toca à escolha da temática o “Direito à Saúde”, Sistema de Saúde e Financiamento e à participação da sociedade civil (BRASIL, 1986).

Os debates que se desencadearam na VIII Conferência trouxeram à tona as políticas de saúde como questões a serem discutidas pelo coletivo, marcando profundamente a história da saúde no Brasil. A VIII Conferência representou um grande avanço técnico e político, ao propor a criação do Sistema Único de Saúde

¹ O movimento pelas eleições Diretas no Brasil na metade dos anos 80 foi a mobilização popular de maior força e alcance já visto no país. Contando com o apoio das principais lideranças da esquerda brasileira, de alguns defensores do regime militar e de importantes veículos de comunicação (Jornal Folha de São Paulo na época), o sonho das diretas arrastou milhões de brasileiros em imensos comícios por todo país entre janeiro e abril de 1984.

(SUS), tendo como diretrizes: a universalidade, a integralidade das ações e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde. Colocando-o como um direito dos cidadãos e um dever do Estado (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

O relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde serviu de base para a redação do capítulo destinado à saúde na Constituição Federal de 1988. Nesse capítulo, mais precisamente nos art. 196 a 200 na seção II da Saúde, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), determinando que coubesse ao SUS ordenar a formação de recursos humanos em saúde, para a consolidação do ensino em saúde nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

Dois anos após a promulgação da Constituição Federal, foram sancionadas as Leis Orgânicas da Saúde em 1990, que regulamentam o SUS. A Lei Federal 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde do SUS, garantindo acesso a todos os cidadãos. Já a Lei Federal 8.142 garante a participação da comunidade na gestão do SUS e na fiscalização dos recursos financeiros repassados para a área da saúde.

Para entendermos como se dá a atuação do SUS, primeiramente devemos compreendê-lo em suas atribuições, objetivos, princípios e diretrizes. Na Constituição Federal de 1988, as atribuições estão previstas no art. 200 e regulamentadas no art. 6º da Lei Federal 8.080 conforme segue abaixo (BRASIL, 1990).

I - a execução de ações: de vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência terapêutica integral e, inclusive farmacêutica.

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas, para consumo humano;

IX - participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

Como podemos observar, a atuação do SUS se dá nos mais variados espaços de nossa convivência, e não somente nos serviços de saúde, mas também nos locais que possam propiciar o surgimento de doenças, com isso garantindo ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Os princípios e diretrizes do SUS estão previstos no art. 198 da Constituição Federal de 1988 e regulamentados no art. 7º da Lei Federal 8.080 (BRASIL, 1990) como é possível ver abaixo:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Com isso, podemos contar com ações que contemplem as necessidades de saúde de toda população, conforme as exigências de cada região do país/estado, garantindo o pleno acesso de todos em todos os níveis de atenção à saúde, garantindo o atendimento integral à população, onde os indivíduos devem ser assistidos no momento onde a doença ainda não se manifestou (prevenção), quando necessitam de cuidados (curativo/tratamento) e quando a saúde precisa ser restabelecida (reabilitação) (MORAZ, 2011).

Não podemos deixar de citar a participação da comunidade para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, que promovem a democracia e voz ativa da população para a identificação de problemas e suas possíveis soluções pelos cidadãos que vivenciam os entraves enfrentados pela população na atenção à saúde (MORAZ, 2011).

O SUS é um sistema público organizado no sentido do interesse coletivo, tendo como objetivo cuidar e promover a saúde de toda população, proporcionando uma melhor qualidade de vida a todas as pessoas, independentes de raça, crenças, cor, situação de emprego, classe social, local de moradia (ROSA, 2010, p. 9).

O SUS, pelo acima exposto, pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais da Constituição de 1988, e uma grande conquista para o setor saúde. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais. Da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam vigorar através da descentralização da gestão das ações para as três esferas de governo (BRASIL, 2000).

Portanto, o SUS representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde em nosso país. Antes a saúde era entendida como “o estado de não-

doença”, fazendo com que todas as ações girasse em torno da atenção curativa à saúde. Essas ações apenas giravam em torno da doença, apenas remediavam os efeitos com menos ênfase nas causas (BRASIL, 2000).

Após a criação do SUS, uma nova visão a saúde passou a ser considerada, com uma forte articulação entre a prevenção dos agravos e a promoção da saúde. Assim, a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida, a qual engloba um conjunto de fatores como alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a moradia, o lazer entre outros (BRASIL, 2000).

Com vistas ao movimento pela Reforma Sanitária e o processo pela reorientação do SUS brasileiro, embasados pelos princípios e diretrizes já citados, tornou-se necessário criar novas estratégias de formação para os novos e já trabalhadores da saúde comprometidos com o SUS. Dentre as estratégias novas criadas, é destacada a experiência de formação em serviço denominada de “Residência”, que integra saberes e práticas relacionadas à formação profissional, aos serviços de saúde englobando todo o processo de trabalho desses profissionais (ROSA, 2010).

2.2 SOBRE AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

A primeira Residência que surgiu no Brasil, segundo Ferreira (2007), era somente médica, e foi em 1945 no Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo, na área da Ortopedia. Logo em seguida, em 1948, surgiu a Residência no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, onde contava com Residência em Medicina Cirúrgica Geral, Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia. Trinta anos depois, começam a se configurar as residências de caráter multiprofissional.

No Brasil, surgiu na década de 60 a primeira Residência em Enfermagem, que foi implementada no Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo no ano de 1961, seguindo um regime semelhante ao da residência para médicos, já existente no hospital (LARGURA; VECTIRANS; OLIVEIRA, 1962).

Já no ano de 1976 em Porto Alegre (RS), foi criada pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/S) mais precisamente no Centro de Saúde

São José do Murialdo a primeira Residência em Medicina Comunitária, que tinha como objetivo formar profissionais com uma visão integral e crítica para garantir uma resolubilidade das necessidades da população (BRASIL, 2006). Em 1978, a Residência em Medicina Comunitária adquire um caráter multiprofissional e passa a se chamar Residência Integrada em Saúde (RIS) com a inserção de profissionais de Enfermagem, Serviço Social e Medicina Veterinária (CECCIM, 2002).

Em 1983, ocorre a regulamentação nacional da Residência Médica do Centro de Saúde Murialdo, tal regulamentação implicou em uma diferenciação da remuneração dos residentes médicos em relação aos residentes de outras áreas da saúde, devido à regulamentação da Residência Médica através da Lei Federal 6.932, de 7 de junho de 1981, onde os profissionais médicos tinham direitos garantidos por lei para o aumento salarial, e os residentes das demais profissões ficaram desprotegidos, não sendo valorizados financeiramente como os demais residentes médicos (UEBEL, ROCHA E MELLO, 2003).

Neste período entra em vigor a Comissão Nacional de Residência Médica, regulamentada através do Decreto Federal 80.281, que constitui modalidade de ensino de Pós-graduação destinada a médicos sob a forma de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL, 1977).

As Residências sofreram muitos entraves no início dos anos 90, pois o País vivia uma época inflacionária, em plena crise política, passando por um *impeachment* presidencial (UEBEL, ROCHA E MELLO, 2003). Na mesma época, por motivos políticos e devido à crise econômica enfrentada pelo Brasil, a Residência no centro de Saúde Murialdo perde o seu caráter multiprofissional, permanecendo apenas a Residência Médica. De acordo com (CECCIM e ARMANI, 2001), um dos principais motivos que levaram a extinção da RIS foi a diferença entre a remuneração e a carga horária dos residentes médicos e aqueles das demais profissões.

No entanto, em 1999, esta modalidade de ensino em serviço foi regularizada e passou a ser regulamentada pela Portaria nº 16, de 1º de outubro, com a criação na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, do Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS-ESP/RS), resgatando seu caráter multiprofissional.

No cenário nacional é importante destacar que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) vem apoiando financeiramente, desde 2002 – a criação das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS). Em decorrência desse apoio, foram criadas nesse ano dezenove Residências Multiprofissionais em todo o país, com o objetivo de fortalecer o trabalho integrado entre todas as profissões da área da saúde.

Em 2003, o Ministério da Saúde, criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e também o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), com o intuito de ordenar a formação de trabalhadores para a saúde. Uma das estratégias do Departamento foi tornar a RMS um projeto nacional, tendo como propósito a consideração do trabalhador como sujeito dos processos de gestão, formação, atenção e participação social, com foco no usuário e em suas necessidades, em oposição às práticas centradas no fazer exclusivo do médico (BRASIL, 2004; CECCIM, 2005).

Em 2005, a publicação da Medida Provisória nº238, apresentou mais uma etapa para garantir a oferta e regulação da Residência Multiprofissional na Área da Saúde, com a inserção das demais profissões e não somente a médica (BRASIL, 2005a). No mesmo ano, a Medida Provisória foi convertida na Lei Federal nº 11.129, que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde, sendo definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, e conforme explicitado no art.14 desta Lei, criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja sua organização e funcionamento será através de atos conjuntos dos Ministérios da Educação e Saúde (BRASIL, 2005b).

No dia 3 de novembro de 2005, foi publicada a Portaria Interministerial nº2.117 que institui, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, a Residência Multiprofissional em Saúde, tendo como objetivo “Favorecer a inserção qualificada dos jovens e recém formados profissionais da saúde no mercado de trabalho, principalmente nas áreas prioritárias do SUS”, podendo oferecer bolsas de estudo para os profissionais das áreas de Odontologia, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Farmácia, Serviço Social, Psicologia, Biologia, Biomedicina, entre outros, para os diversos programas e com ênfases variadas e em diversos locais de atenção à saúde (BRASIL, 2005c; BASSO, 2010).

A regulamentação da RMS determina que a formação possa ocorrer em serviços que pretendem formar profissionais da área da saúde, com a lógica da interdisciplinaridade, e que possibilite a integração entre ensino, serviço e comunidade, promovendo parcerias entre gestores, trabalhadores e usuários (BASSO, 2010, p.11).

Em dezembro de 2005, ocorreu o I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, debate as diretrizes nacionais para as residências multiprofissionais e também a composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, neste mesmo período os residentes se mobilizavam pela regularização do Fórum Nacional de Residentes Multiprofissionais em Saúde (SCHAEDLER, 2010).

Dois anos após a regulamentação das RMS, os Ministérios da Saúde e da Educação instituíram a Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007, a qual determina que as residências Multiprofissionais em Saúde e as residências em Área Profissional da Saúde serão orientadas pelos princípios e diretrizes orientadores do SUS: controle social, educação permanente, gestão democrática, integralidade, intersetorialidade, regionalização entre outros (BRASIL, 2007; BASSO, 2010) e que fica definido que a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) é o órgão que credenciará, coordenará e avaliará os programas de Residência em área profissional da saúde em todo o país.

Após o término da vigência da Portaria Interministerial nº 698, de 19 de julho de 2007, de acordo com o parágrafo 1º do artigo 3º da Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007, o ministro de Estado da educação e o ministro de Estado da saúde, através da Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, dispõem sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e instituem o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Através dessa portaria, ficou instituído o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, a ser normatizado por meio de editais específicos. Além de que, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, em consonância com a Política Nacional de Educação e com a Política Nacional de Saúde, fica responsável por avaliar e acreditar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde de acordo

com os princípios e diretrizes do SUS e que atendam às necessidades sócio-epidemiológicas da população brasileira (BRASIL, 2009a).

Já a portaria conjunta n. 1016 de 11 de agosto de 2010, institui a nomeação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), e três meses depois é publicada a portaria Interministerial n. 1320, de 20 de agosto de 2010, que dispõem sobre a estrutura, organização e funcionamento da CNRMS, garantindo um maior poder de atuação de seus membros frente às RMS em funcionamento (BRASIL, 2010; BRASIL, 2010a).

Conforme dados publicados pelo Ministério da Saúde, atualmente o Brasil possui 10.434 profissionais na fase inicial da residência. Para o ano de 2013 o número de bolsas de residência multiprofissional e residência médica aumentará em 129%. Será mais 1270 bolsas destinadas aos Programas de RMS através da iniciativa do Pró-Residência Multiprofissional, Programa do Ministério da Saúde, onde o objetivo é formar especialistas de acordo com as necessidades do SUS. Além do aumento no número de bolsas oferecidas, o Programa prevê a capacitação de trabalhadores já inseridos nos serviços, os quais atuarão como preceptores dos residentes, dos docentes para cursos de graduação em saúde, e disponibilizará recursos para a melhoria da infraestrutura dos serviços que ampliem seu quadro de residentes (BRASIL, 2013).

2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – CONSTRUINDO CAMINHOS PARA O FORTALECIMENTO DAS RMS

Para falarmos sobre Educação Permanente precisamos primeiramente compreendê-la, para ter sentido o que queremos dizer e fazer com que aconteça essa aprendizagem significativa nos locais de serviços. Para muitos educadores, a Educação Permanente em Saúde representa o desdobramento de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde, advindos da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na educação continuada para o campo da saúde e na educação formal de profissionais de saúde (CECCIM, 2005).

Para outros autores, a Educação Permanente em Saúde corresponde à educação em serviço, que coloca a pertinência de conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um quadro de mudanças

institucionais ou de mudança de orientação política das ações em saúde prestadas em determinado lugar (CECCIM, 2005).

Para os autores Haddad, Roschke e Davini (1994, p.9), membros da Organização Panamericana de Saúde, definem a Educação Permanente como “La educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo em los diferentes servicios, cuya finalidad es mejorar la salud de la población”.

É inquestionável e destacável aquilo que se caracteriza como ponto central à Educação Permanente em Saúde que é a sua realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde, é a sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a inserção de mecanismos, espaços que são abertos, temas que geram auto-análise, auto-gestão, implicação, questionamentos, mudança institucional, mudança de pensamentos e experimentação (CECCIM, 2005).

Hoje, torna-se indispensável o desenvolvimento de recursos tecnológicos no ambiente de trabalho, perfilados pela noção de aprender e aprender, de trabalhar em equipe, de construir ambientes cotidianos como objetos de aprendizagem individual, coletiva e institucional, e garantir em conjunto um ambiente mais humanizado.

Segundo Ceccim (2005, p.164) “a introdução da Educação Permanente em Saúde seria estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde”, com este propósito poderíamos melhorar a formação profissional que temos hoje, ocorrendo processos de mudanças no currículo das graduações, residências, pós-graduações e na educação técnica, garantindo assim uma formação de profissionais de saúde voltada para o sistema de saúde brasileiro, o SUS.

A frase a seguir demonstra algo prático sobre a educação permanente “A Educação Permanente em Saúde pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde” (CECCIM, 2005, p.165). Para a eficácia de um aprendizado que possibilite a introdução de novos conceitos e princípios as práticas realizadas, não basta apenas a realização de capacitações por basearem-se apenas na transmissão de conhecimentos, mas a incorporação de novos elementos e conceitos em sua prática de trabalho. A vivência ou reflexão sobre as práticas podem produzir um contato com o desconforto, a percepção da maneira de pensar, de agir, de fazer para dar conta dos desafios do trabalho. Levantar problemas é um desafio para produzir transformações nas práticas de trabalho em saúde.

Para gerar mudanças na prática de atenção e gestão, é indispensável a capacidade de dialogar com as práticas e concepções vigentes e também a capacidade de problematizá-las no concreto do trabalho de cada equipe de saúde, demonstrar a necessidade de novas práticas nos serviços de saúde que se aproximem dos conceitos de atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais princípios e diretrizes do sistema brasileiro de saúde (CECCIM, 2005).

Em nossa Constituição Nacional de 1988, mais precisamente no art. 200, III – diz que compete ao Sistema Único de Saúde “ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde”, onde na Lei Orgânica de Saúde de 1990, é destacada a mesma frase, esta questão da formação de trabalhadores já vem à muitos anos atrás sendo discutida, mas infelizmente só depois de uma década conseguiram introduzir no país a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

No artigo dos autores Ceccim, Armani e Rocha (2002), levantam a questão das legislações vigentes sobre a avaliação, omissões e descumprimento daquilo que já foi pensado, planejado e formulado para a educação de profissionais de saúde pelo próprio Sistema Único de Saúde (SUS).

Estas questões são discutidas nas Conferências Nacionais de Saúde desde a VIII Conferência Nacional realizada em 1986, que teve como chamada a “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”, onde o tema central foi relacionado com a política de recursos humanos (CECCIM, ARMANI, ROCHA, 2002):

- 1) O novo Sistema deverá reger-se pelo princípio da capacitação e reciclagem permanente de seus Recursos Humanos;
- 2) A formação de profissionais de saúde deve estar integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção a saúde;

Já na IX Conferência Nacional de Saúde, que foi a primeira Conferência após a criação do SUS, com o chamado de “Municipalização é o caminho” em 1992 (CECCIM, ARMANI, ROCHA, 2002):

Para a implementação do SUS, com relação à área de Recursos Humanos, entende-se como necessário:

- 1) Assegurar uma Política de Formação e Capacitação de Recursos Humanos que se articule com os órgãos formadores;

- 2) Garantir escolas de formação de trabalhadores de saúde nas Secretarias de Saúde ou através de articulação com Secretarias de Educação, Universidades e outras instituições públicas de ensino superior.
- 3) Garantir a manutenção de programas de residência médica pelas unidades do SUS e ampliação do número de vagas, contemplando também as demais categorias profissionais de saúde.

Em discussão pelos autores do texto Ceccim, Armani e Rocha (2002, p.376),

para implementar o SUS, é necessário assegurar políticas para a capacitação e formação profissional”, “que os gestores devam garantir recursos orçamentários para a educação dos profissionais, bem como devam criar núcleos de desenvolvimento de trabalhadores junto à gestão de recursos humanos”, “a manutenção dos programas de residência, sua ampliação para o conjunto das profissões da saúde e a não redução de vagas.

A questão da formação de profissionais e a garantia da educação continuada vem sendo discutida a muitos anos atrás e que cada Conferência de Saúde trazia o foco deste assunto, para estimular as instituições de serviços, a gestão e as instituições de ensino a não deixarem de persistir neste propósito.

Logo após a realização da XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000, que tinha como chamada “Efetivando o SUS: qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”, que tinha como propósitos:

- 1) Articular academia, os serviços de saúde, os centros de formação de Recursos Humanos das Secretarias de Saúde e os Pólos de Educação em Saúde para disponibilizar, periodicamente, cursos de formação para conselheiros de saúde e usuários do SUS em geral;
- 2) Canalizar recursos financeiros para a formação dos recursos humanos para o SUS, definindo o perfil profissional apropriado a partir de necessidades locais concretas.

Foi publicada a quarta versão da NOB-RH-SUS, em 2002, a qual constitui-se em um instrumento produzido a partir de discussões com a participação da sociedade, para garantir a consolidação do SUS, reafirmar a importância do trabalho para o sistema, a valorização profissional na implantação dos modelos assistenciais em saúde e a regulação das relações de trabalho neste setor.

Nesta quarta versão, destacou-se um capítulo, que comenta sobre os **Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS**, com um objetivo estratégico de mudar as condições de trabalho dos profissionais da saúde, oferecer uma melhor qualidade de vida para os mesmos, para então garantir uma satisfação nas atividades realizadas no ambiente de serviço. E assim, proporcionar qualidade nas ações e serviços de saúde oferecidos aos usuários do sistema.

Mas, para se garantir estas mudanças, diversos atores devem estar envolvidos, principalmente os gestores de cada esfera de governo, para com a gestão do trabalho no SUS.

No trecho a seguir é mencionado a importância do envolvimento dos gestores na qualificação profissional:

Considerando-se a necessidade de se implementar o SUS, baseado em novos modelos assistenciais e de gestão, é imprescindível que o modelo de educação permanente seja baseado nas atribuições e competências institucionais dos três âmbitos de gestão do sistema, bem como nas atribuições e competências definidas para os diferentes trabalhadores do SUS e para as equipes de trabalho, conforme sua localização no sistema de saúde, que facilite uma interlocução permanente entre educação, trabalho e regulação (BRASIL, 2002, p. 28).

Com a discussão gerada em torno da Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que trata das questões relacionadas ao Pacto Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, avança-se na implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que passa por grandes transformações no ano de 2007, contando com a aprovação da Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007, dispendo sobre as Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências, reformulando a portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (TORRES *et al*, 2009).

A política de formação e desenvolvimento para o SUS, seja no âmbito nacional, estadual, regional, e mesmo municipal, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde, fazendo a articulação as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento e aperfeiçoamento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde (BRASIL, 2009).

2.3.1 O que já foi feito após a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Muitos programas foram criados com o objetivo de melhorar a formação em saúde e, dessa forma, consolidar o SUS. Dentre esses programas, podemos citar o de Capacitação e Formação em Saúde da Família, Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (Gerus), Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits) e o de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (Promed). Ainda foram criados programas de mestrado profissional e promovidos cursos de formação de conselheiros de saúde e de membros do Ministério Público para fortalecer o controle social no SUS (BRASIL, 2005;).

Cabe a responsabilidade à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em conjunto com o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, construir caminhos para a formação de novos profissionais de saúde, realizar aperfeiçoamento ao pessoal que já está no SUS e garantir para que haja profissionais de saúde comprometidos e em quantidade suficiente em todo o país (BRASIL, 2005;).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde para a organização dos serviços, contribui para um trabalho articulado entre o sistema de saúde em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras (BRASIL, 2004a).

A Gestão da EPS, será feita através de Pólos de Educação Permanente e Saúde, que são instâncias de articulação interinstitucional, como rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde, que são: espaços para diálogos e negociação entre os atores envolvidos nas ações e serviços do SUS e das instituições formadoras entre outras (BRASIL, 2004a).

Os pólos funcionam como dispositivos do SUS para promover mudanças nas práticas de saúde quanto nas práticas de educação na saúde, funcionando como rodas de debate e de construção coletiva. Cabe-lhes ainda, trabalhar com os elementos que conferem à *integralidade da atenção à saúde* (diretriz constitucional) (BRASIL, 2004a).

Ainda o Ministério da Saúde oferece apoio técnico e operacional para as escolas de graduação em saúde que se dispuserem a entrar em um processo de mudança que levem um trabalho articulado com o sistema de saúde e com a população, adotar também metodologias ativas de ensino-aprendizagem e à formação geral, crítica e humanística, sob a perspectiva da multiprofissionalidade e transdisciplinaridade e sob o conceito de clínica ampliada de saúde (BRASIL, 2004a).

Também é desenvolvido o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), que caracteriza a articulação com o movimento estudantil, visa a aprendizagem sobre o SUS junto aos gestores do sistema, viabiliza que os estudantes experimentem, na prática como é organizada toda rede de atenção e proteção da saúde individual e coletiva (BRASIL, 2004a).

E através de um estudo para identificação das necessidades profissionais e de especialistas de todo o país, avaliou-se a necessidade juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, à criação e ampliação de programas de Residências em Saúde da Família, Residências Integradas em Saúde e a redistribuição ou ampliação das bolsas das residências entre áreas das profissões e especialidades na área da saúde para a implementação do SUS (BRASIL, 2004a).

Isso tudo, propicia a formação especializada serviço para a equipe de saúde, e inclui, a instituição de mecanismos compensatórios que possibilitem equilibrar regionalmente a distribuição dos programas de residência e dos recursos especializados em todo território nacional (BRASIL, 2004^a).

2.4 DIFERENTES “EXPERIÊNCIAS” DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

O Ministério da Saúde (MS), tal como já afirmado aqui, vem, desde 2002 garantindo a formação em ensino-serviço no país, o que possibilitou a criação de programas de Residências Multiprofissionais em Saúde em todo país, através de financiamento, com um propósito de investir na potencialidade da formação pedagógica aos profissionais da saúde para uma perspectiva de mudança do contexto de saúde dos serviços do SUS (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), com todo o processo de regulamentação das RMS, foram implantadas em diferentes Estados do Brasil

novas Residências em Saúde, processo que se iniciou em 1998 e que se estende até os dias atuais. No quadro a seguir identificamos as diferentes residências instituídas em diversos locais do País.

PERFIL DA RESIDÊNCIA	INSTITUIÇÃO DE IMPLANTAÇÃO	CIDADE/ESTADO/ANO
Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Universidade Federal de Rondônia (UNIR)	Porto Velho/RO, 2004.
Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade	Universidade Federal do Tocantins (UFT)	Palmas/TO, 2006.
Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Instituto de Saúde Coletiva Escola Estadual de Saúde Pública	Salvador/BA, 1997.
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva	Universidade Federal de Sergipe (UFS)	Aracaju/2001.
Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia	Sobral/CE, 1999.
Residência multiprofissional em Saúde da família	Faculdade de Santa Marcelina Casa de Saúde de Santa Marcelina	São Paulo/SP, 2001.
Residência Multiprofissional em Saúde da família	Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp)	Botucatu/SP, 2001.
Residência Multiprofissional em saúde da Família	Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)	Montes Claros/SP, 1997.
Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Universidade Federal do Paraná	Colombo/PR, 2002.
Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Universidade Regional de Blumenau (FURB)	Blumenau/SC, 2002.
Residência Integrada em Saúde da Família	Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	Florianópolis/SC, 2002.
Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Universidade do Estado da Bahia (Uneb)	Salvador/BA, 2003.
Residência multiprofissional em Saúde da família	Universidade do Planalto Catarinense (Uniplac)	Lages/SC, 2006.
Residência Integrada em Saúde Mental	Hospital Psiquiátrico São Pedro	Porto Alegre/RS.
Residência Integrada em Saúde	Fundação Universitária de Cardiologia (FUC)	Porto Alegre/RS, 2004.
Residência Integrada em Saúde (RIS)	Grupo Hospitalar Conceição (GHC)	Porto Alegre/RS, 2004.
Residência Multiprofissional em Saúde da família	Faculdade de Medicina de Marília (Famema)	Marília/SP, 2003.

Quadro 1: Estados brasileiros onde ocorreu a implantação das primeiras Residências Integradas e Multiprofissionais no Brasil com financiamento do Ministério da Saúde

Fonte: Brasil, 2006.

O processo de implantação da RMS abrange diversas etapas até a sua consolidação, não basta apenas à produção de um projeto para sua concretização,

mas necessita a articulação de diversos fatores, instituições, órgãos, recursos financeiros e humanos, o comprometimento por parte da gestão local e inclusive manifestação política, o que torna um empreendimento dinâmico e naturalmente complexo.

Conforme demonstram vários trabalhos sobre implantação das RMS, os cenários e a questão principal que levou a proposta de sua implantação nos municípios que já as possuem, foi à desorganização da rede de serviços, a falta de qualificação dos profissionais da saúde para atuarem em conformidade com a concepção de Atenção Integral à Saúde, o próprio processo de trabalho destes profissionais, a falta de articulação dos gestores as demais áreas, necessidade de modificação dos currículos acadêmicos das instituições de ensino, e entre outros.

Ceccim e Feuerwerker (2004, p.56) afirmam:

As instituições formadoras e os municípios, no caso da formação para a área da saúde, possuem a condição de reconstituírem a si mesmos, pois tradicionalmente um é o campo de exercício do ensino, e o outro o campo de exercício dos serviços. Quanto maior o comprometimento dessas instâncias, maior a imposição ética de mudarem a si mesmas. A educação em serviço reconhece os municípios como fonte de vivências, autorias e desafios, lugar de inscrição das populações, das instituições formadoras, dos projetos político-pedagógicos, dos estágios para estudantes e de mobilização das culturas.

No caso do município de Santo Ângelo, que é citado no trabalho, onde o objetivo deste estudo é analisar as possibilidades e dificuldades encontradas no processo de desenvolvimento das residências, o cenário de saúde é praticamente o mesmo, as realidades dos serviços e a formação dos profissionais não entram em conformidade com o modelo ideal de saúde do SUS “a Atenção Integral a Saúde”.

Santo Ângelo faz parte da região missioneira do estado do Rio Grande do Sul, situando-se a uma distância de 450 km da capital, é o município pólo e de referência para a saúde da região, hoje 25 municípios da região acessam os serviços de saúde do município, aonde vem experimentando um processo de desenvolvimento da atenção básica, com a ampliação das Estratégias de Saúde da Família (ESF) que anos atrás tinha apenas 20% de cobertura (BRASIL, 2012), e atualmente pode contar com 40% de ESF.

Para propor um projeto de saúde, devemos analisar todo o diagnóstico situacional em que se encontra o município em questão, para depois realizar um

desenho e elencar pontos principais de necessidades de acesso aos serviços pela população delimitada e atingida, sempre garantindo o seu bem-estar e qualidade das ações, sendo esta uma das propostas das residências em saúde.

O estabelecimento de financiamento regular para os Programas de Residências Multiprofissionais de Saúde no Brasil e o investimento na sua potencialidade pedagógica e política, tem por objetivo possibilitar tanto a formação de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho tecnoassistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006, p.11)

Desde 2002, com o apoio do Ministério da Saúde (MS) para o financiamento das residências no país, se concretizaram o início de várias residências em diversos estados, todas englobando a Estratégia de Saúde da Família e Comunidade, onde as necessidades de conhecimento, aperfeiçoamento, organização e processos de trabalhos pelos profissionais dos serviços de saúde demonstravam-se um pouco difusos.

Ao longo do estudo realizado, nota-se que a implantação das RMS deu-se primeiramente em municípios que são capitais de estados, sobretudo municípios populosos e com uma capacidade instalada da rede de ensino e serviços de saúde, onde proporcionaram à garantia de continuidade das RMS no município.

Apareceram na maioria dos documentos as RMS com ênfase na Estratégia de Saúde da Família e Comunidade, onde pelo período que começou a sua implantação em 1998, ainda não se tinha muitos programas de pós-graduação nesta área, pois o ESF tinha apenas quatro anos de sua implantação e houve a necessidade de qualificar profissionais para atuar nesta área que até hoje, necessita-se de qualificação dos profissionais de saúde para atuarem em consonância com os objetivos e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

3 CONHECENDO O CONTEXTO DO MUNICÍPIO MISSIONEIRO

Santo Ângelo é um município situado na Região Noroeste do Rio Grande do Sul, tem uma população de 76.275 mil habitantes (BRASIL, 2010) e integra a Região Missioneira. Vale salientar que é município sede da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde que, por sua vez, contempla outras três Regionais de Saúde (9º CRS, 14º CRS e 17º CR), as quais cada vez mais se articulando através de ações conjuntas visando a superação de problemas de interesses coletivos. A 12ª CRS desempenha a função de monitoramento, avaliação e fiscalização dos serviços de saúde e do processo de trabalho e formação dos trabalhadores de saúde de todos os municípios sobre a sua jurisdição. Compete à 12ª CRS o trabalho envolver em sua organização jurídica e sua base territorial de vinte e cinco municípios, totalizando cerca de 300 mil habitantes, sendo considerado um município pólo na Região e tem sua economia baseada na agricultura, pecuária, comércio e turismo.

Hoje, Santo Ângelo possui uma densidade demográfica de 112,09 (hab\km²) e uma área de 681 quilômetros quadrados. Localizado à margem direita do Rio Ijuí, tem Como limítrofes os municípios de Catuípe, Entre-Ijuís, Giruá, Guarani das Missões, Sete de Setembro e Vitória das Missões.

A seguir será visualizado através de dois mapas a Região Missioneira do estado do Rio Grande do Sul e suas respectivas regiões de saúde que a integram, bem como seus municípios pertencentes.

Macrorregião Missioneira

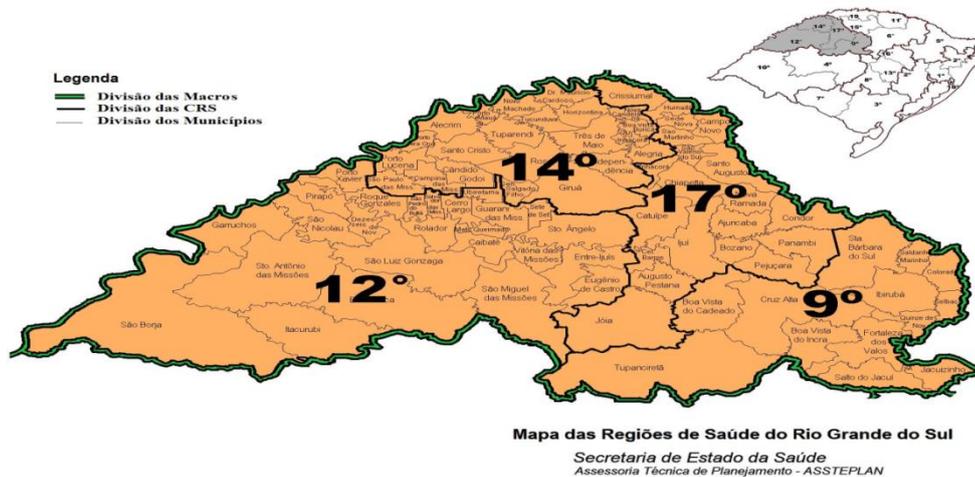


Figura 1: Mapa Regiões de Saúde

Fonte: Assteplan/RS, 2011

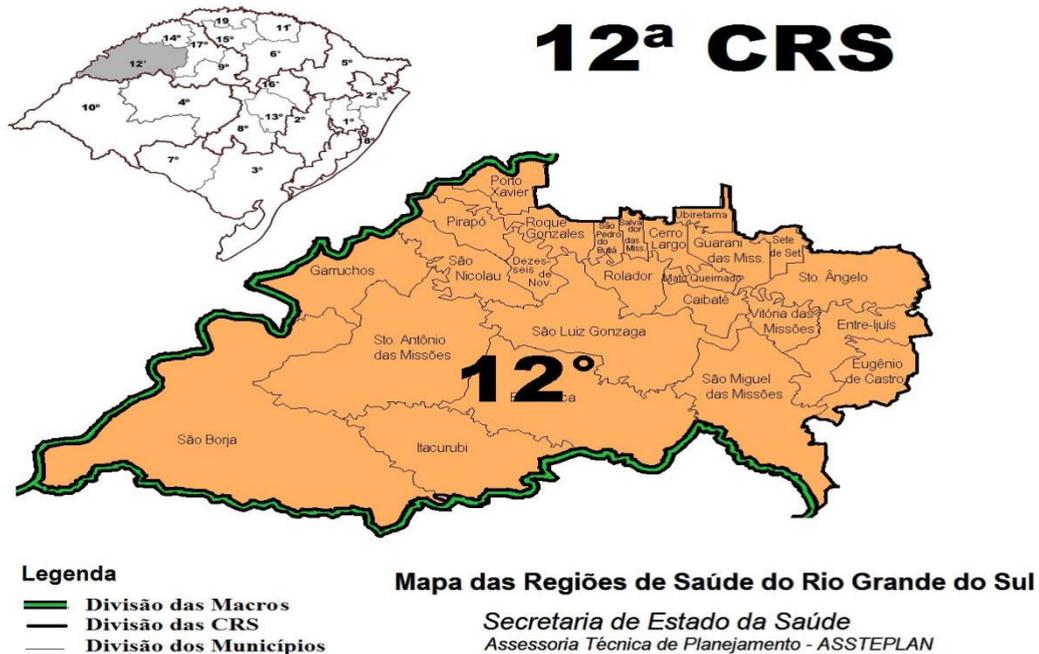


Figura 2: Mapa Região 12ª Coordenadoria Regional de Saúde

Fonte: Assteplan/RS, 2011

O município de Santo Ângelo ocupa a 290ª posição no ranking estadual em relação à saúde (Índice FIRJAN-2012)² com um índice de 0,8828, o qual é considerado um alto índice de desenvolvimento na área da saúde.

Atualmente, o município de Santo Ângelo possui uma universidade, a Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), que conta com 23 cursos de graduação, sendo quatro cursos na área da saúde: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Psicologia. Além dessa instituição de ensino superior, há o Instituto Cenecista de Ensino Superior de Santo Ângelo que conta com seis cursos, dentre os quais, dois cursos na área da saúde: Biomedicina e Fisioterapia. São instituições privadas e os alunos são oriundos de toda a região Missioneira.

² Para contribuir com gestão pública, a Federação das Indústrias do Rio de Janeiro (FIRJAN) desenvolveu o Índice FIRJAN de Gestão Fiscal (IFGF), uma ferramenta de *accountability* que tem como objetivo estimular a cultura da responsabilidade administrativa, por meio de indicadores que possibilitem o aperfeiçoamento das decisões quanto à alocação dos recursos públicos, bem como maior controle social da gestão fiscal dos municípios. Composto por cinco indicadores: Receita Própria, Pessoal, Investimentos, Liquidez e Custo da Dívida, o Índice tem como base de dados as estatísticas oficiais disponibilizadas anualmente pela Secretaria do Tesouro Nacional, constituídas por informações orçamentárias e patrimoniais prestadas pelos próprios municípios (FIRJAN, 2012).

O município possui um Hospital de Caridade, que é considerado um hospital-escola, em função dos convênios firmados entre as instituições de ensino para a realização de estágios. No ano de 2012 a Unimed inaugurou um hospital o qual irá atender os conveniados.

O município apresenta uma rede de serviços na atenção básica e tem atualmente, 30% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esse percentual indica que o município possui baixa cobertura de ESF. O município conta com o atendimento de oito Equipes de Saúde da Família, três equipes em Unidades Básicas de Saúde (UBS), dois Pronto-Atendimentos, sendo um atendimento hospitalar e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), tem rede de atenção à saúde mental com referências no Centro de Assistência Psicossocial (CAPS), possui Comunidades Terapêuticas para internação de pessoas com dependência-química.

Os programas que existem hoje no município são os seguintes: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Primeira Infância Melhor (PIM), Pastoral da Criança, Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Atenção à Saúde da Criança, Programa DST/AIDS, SAE (Serviço de Atendimento Especializado, realizando desde 2012 Teste Rápido de HIV e sífilis), Programa Saúde do Idoso, Saúde Bucal, Hiperdia, Saúde do Trabalhador.

Segundo dados da SES (Secretaria Estadual de Saúde) de 2012, o município realizou a adesão em vários programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, onde proporciona a alocação de mais recursos para o município, dentre eles estão: PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), Rede Cegonha, Telessaúde, PETvigilância em saúde, PROVAB entre outros.

Vale salientar, igualmente, alguns indicadores de saúde do município, conforme dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Nascimento (SINASC) (BRASIL, 2011), informações essa que podem ser averiguadas na tabela a seguir.

2011	RS - 2011	12 CRS (2011)	Santo Ângelo (2011)
Nascidos Vivos	137605	3.338	998
Baixo peso	13031	318	105
Muito Baixo Peso	1921	31	10
7 + Consultas de Pré Natal	97233	2.326	736
Mortalidade Infantil	1574	42	13
Óbitos < 7 dias	764	24	5
Óbitos 7-28 dias	309	6	4
Óbitos < 28 dias	501	12	4
Óbitos Fetais	1213	30	6

Tabela 1: Situação de Nascimento e Mortalidade do RS/12ª CRS/Santo Ângelo

Fonte: SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos), 2011

Percebe-se que, em relação à saúde materno-infantil do município, apresentada através dos dados da tabela acima, ainda necessita de constantes transformações e melhoria do atendimento e acesso aos serviços de saúde. Além disso, é necessário que haja a garantia de atendimento qualificado pelos profissionais de saúde, para que a classificação de riscos durante a gestação seja iniciada precocemente proporcionando assim uma melhoria na qualidade do pré-natal no município.

É importante conhecer a série histórica do município (2009-2011), em relação aos indicadores do Pacto Pela Saúde³, onde todos os anos os municípios pactuam suas metas de saúde, os valores atingidos e os valores alcançados.

³ Conjunto de reformas institucionais pactuados entre as três esferas de governo (União, estados e municípios) do SUS, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de compromisso de Gestão, que é renovado anualmente.

INDICADORES PACTUADOS	META ALCANÇADA 2009	META ALCANÇADA 2010	META ALCANÇADA 2011
Taxa internação fratura fêmur	14,56	27,14	29,01
Razão mamografias realizadas	0,10	0,14	0,16
Taxa mortalidade infantil	12,44	10,70	13,01
Número de óbitos infantis	12	10	13
Taxa mortalidade neonatal	11,40	8,56	9,01
Número de óbitos neonatais	11	8	9
% óbito mulher idade fértil	-	100%	100%
Incidência sífilis congênita	2	1	1
% Cura casos novos hanseníase	66,67	100%	83,33
% Cura casos novos de tuberculose	-	90,91	60,00
% Casos hepatite B confirmados	91,67	-	33,33
Taxa incidência aids (<5 anos)	-	-	21,60
% população cadastrada ESF (Estratégia Saúde da Família)	20,67	21,29	21,46
% Nascidos vivos com 7 ou + consultas de pré-natal	76,06	81,82	73,77
Taxa internação diabete melitus	14,29	9,04	6,13
Taxa internação AVC	13,96	6,78	10,33
% Famílias bolsa acompanhada	99,97	94,01	79,04
Cobertura Equipe de Saúde Bucal	13,72	18,09	22,62
Média de escovação dental supervisionada	1,86	0,68	1,33
Notificação saúde do trabalhador	2	2	4
Taxa cobertura CAPS	1,99	4,59	4,59
% óbito causa definida	96,86	88,02	83,69
Cobertura vacinal tetravalente	92,77	91,40	86,94
Índice de alimentação regular do CNES	-	66,67	100%

Tabela 2: Série histórica dos indicadores do Pacto pela Saúde do município de Santo Ângelo\RS

Fonte: DATASUS (Ministério da Saúde)

Em relação à tabela anterior, ao analisar os dados e metas alcançadas, é possível perceber que não há variações consideráveis em relação aos indicadores de saúde, eles permanecem estáveis, sem grandes mudanças. Mostram, também, a realidade do município que, pelo aspecto positivo, não sofre queda no percentual de atividades realizadas para essas metas tendo em vista que as ações de saúde desenvolvidas contribuem consideravelmente para manter os seus objetivos a medida do possível e ao longo dos anos.

Ao estudar a proposta da RMS, com expectativas de mudanças nas práticas profissionais, qualificação dos recursos humanos e um novo modelo de atenção à saúde, também deve levar-se em consideração as possibilidades de reorganização da rede de saúde do município, garantindo um trabalho intersetorial e com maior participação do controle social nas tomadas de decisões, proporcionando um atendimento aos usuários com mais qualidade e um cuidado humanizado.

4 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado por meio de revisão bibliográfica e documental, a partir da consulta de artigos e trabalhos de conclusão (teses, dissertações, monografias) que relatam a experiência de implantação da RMS em serviços e/ou municípios do Brasil.

As pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 1996). A pesquisa qualitativa responde a questões particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ela trabalha com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 1994).

A consulta de dados foi realizada através do acesso à base de dados de Scientific Electronic Library Online (SciELO), Repositório Digital da UFRGS (Lume) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde foram pesquisados textos e documentos relacionados às RMS. O período analisado foi de 1998 até os dias atuais, pois somente a partir desse período é que as RMS passam a ganhar forças para a sua implantação. Por sua vez, a partir de 2002, passam a ser financiadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

A maioria dos documentos encontrados foi extraída do livro produzido pelo Ministério da Saúde, no ano de 2006, que tem como título “Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios” (BRASIL, 2006).

Após a coleta das informações, as mesmas foram analisadas seguindo análise de conteúdo proposta por Bardin (2004, p.27), o qual define como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações”. Não se trata, segundo a autora, de um instrumento único, mas de um leque de apetrechos, adaptável de acordo com a disparidade de documentos e objetivos dos investigadores. A análise de conteúdo é uma construção que tem como ponto de partida a realidade concreta dos sujeitos e dos dados coletados, assim como a sua história. Para a sua realização, decorrem três fases diferentes: a pré-análise (em que se organiza o material empírico, a fim de sistematizar as idéias iniciais e criar as categorias de análise), a exploração do material (em que, após a definição das categorias de análise, são realizadas as operações de busca e separação do material empírico) e, por fim, a fase de

tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação (em que os “materiais brutos” são tratados de maneira a serem significativos e válidos aos interesses da investigação realizada).

5 RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se à pesquisa bibliográfica realizada em diferentes documentos (artigos, monografias, dissertações e teses) sobre a construção das RMS no país. Considerando-se os aspectos positivos e negativos, elementos/fatores facilitadores ou dificultadores, perspectivas e desafios de sua implantação.

Como a RMS foi recentemente expandida no país, em 2002, pelo financiamento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), não foram encontrados muitos documentos que tratem especificamente da implantação, dos desafios e das vantagens de se ter uma RMS em funcionamento, pois ainda não são poucos os trabalhos produzidos sobre esse propósito. Na procura pelos descritores “residência multiprofissional em saúde”, “implantação das residências” e “formação em serviço”, nas bases de dados já citados logo acima, foram encontrados 31 documentos entre artigos, dissertações e teses produzidas em todo o território nacional.

A saber, apresentam-se em categorias, os resultados encontrados como desafios e possibilidades de implantação das RMS no Brasil. Vale lembrar que a lista de documentos encontrados está exposta no apêndice I, deste trabalho. A maioria dos documentos encontrados foi extraída do livro produzido pelo Ministério da Saúde, no ano de 2006, que tem como título “Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios”. São trabalhos publicados na maioria por profissionais que trabalharam junto à construção das residências nos seus respectivos municípios e instituições, os quais igualmente os quais igualmente são trabalhadores atuantes nas RMS em funcionamento em todo país. O restante de documentos encontrados são produções realizadas em Trabalhos de Conclusão de Curso, como monografias, dissertações e teses. No entanto não relatam a experiência de implantação das RMS em si, mas as grandes transformações que a residência pode trazer para os serviços de saúde, atenção à saúde do usuário, e a mudança das práticas e processos de trabalhos voltados ao atendimento mais humanizado.

5.1 DESAFIOS ENCONTRADOS NA IMPLANTAÇÃO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE (RMS)

A análise meticulosa do conteúdo encontrado nos documentos publicados possibilitou a construção de três categorias:

a) A desorganização da rede de serviços de saúde e o modelo de atenção à saúde vigente

Muitos documentos analisados relatam a falta de organização da rede de serviços locais de saúde como um empecilho e um grande desafio no momento da implantação da RMS. Sem uma rede de serviços estruturada e interligada, acabam em dificultar o trabalho dos profissionais de saúde e, principalmente, a formação dos residentes, pois, no pensar em processo de trabalho e trabalhar a atenção à saúde integralmente, esta mesma fica fragmentada, e não há garantias de uma atenção integral ao usuário.

No município de Juiz de Fora (Minas Gerais), juntamente com a Universidade Federal de Juiz de Fora, constata-se essa dificuldade em relação à implantação da residência “baixo nível organizacional no que diz respeito à rede de serviços públicos de saúde, dificultando pleno acesso dos usuários ao SUS”.

Para Henk (2010, p.21), “é fundamental oferecer condições físicas e organizacionais para qualificar a aprendizagem de todos e fortalecer a equipe”. Já para Bourget *et al* (BRASIL, 2006, p.113), “problemas cotidianos em suas múltiplas dimensões cognitivas, operacionais e organizacionais no âmbito da estratégia de saúde da família e em outros cenários da saúde em âmbito locorregional”. A falta de organização da rede de serviços da saúde gera transtornos no desenvolvimento das ações em saúde, não garantindo a sua continuidade e também perde sua credibilidade diante dos usuários do sistema.

O direito à saúde, hoje, faz parte dos direitos humanos, onde todos os cidadãos têm direito ao seu acesso, igualitário e universal, às ações de saúde oferecidas pelos serviços, onde acarreta uma luta constante pelo fortalecimento da saúde como um bem público para a população.

Em 2006, foi criado o Pacto pela saúde, que é um conjunto de normas institucionais a serem firmadas entre as três esferas de governo (municipal, estadual e federal) que garante uma maior autonomia dos municípios em administrar seus recursos e serviços para proporcionar uma melhor qualidade na assistência à saúde da população. Entretanto, na atualidade são poucos municípios que manifestaram interesse em aderir a essa estratégia. Muitos, devido ao não entendimento dos gestores e desinteresse em responsabilizarem-se pelos recursos e a rede de atenção à saúde municipal, que apresentam atividades complexas para administrar e organizar.

A desorganização dos serviços de saúde não afeta apenas a não comunicação intersetorial em nível local, mas toda a estrutura de atendimento à população, à garantia de uma formação continuada aos seus profissionais, ao processo de trabalho em si e à implantação de programas como as RMS, que necessitam de espaços de trabalho, diálogo, comunicação com profissionais e gestores e, principalmente, espaço no controle social.

Com isso, demonstra-se a necessidade de esforços repetitivos e lutas cotidianas por um novo modelo de atenção à saúde que priorize a promoção da saúde, e que possa dar conta da demanda por atendimento à doença com mudanças sociais e institucionais inovadoras que reorientem as políticas de saúde e a organização dos serviços públicos (ASSIS, VILLA & NASCIMENTO, 2003).

b) Falta de qualificação dos profissionais dos serviços de saúde

Um dos desafios, que foi merecidamente citado nos documentos, é a falta de qualificação dos profissionais da saúde, “há falta de profissionais qualificados para transformar as práticas na atenção básica, orientadas por um modelo técnico-assistencial, centrado no usuário, acolhedor, humanizado e com a garantia do vínculo entre usuário-profissional” (OLIVEIRA in BRASIL, 2006).

Podemos observar, no documento de Verdi *et al* (BRASIL, 2006, p.303), “a falta de pessoal qualificado para promover a constante expansão dos projetos, a inexistência dos profissionais de todas as áreas dificulta a continuidade do funcionamento das RMS”.

Outra citação nos mostra o que falta nos profissionais:

falta qualificação diferenciada dos profissionais de saúde, pela atuação em diversos cenários da saúde e numa formação crítica por meio do desenvolvimento de competências técnico-sócio-política, ético-humanística que possam contribuir para a mudança nos modos de pensar e fazer a saúde individual e coletiva, considerando a concepção ampliada de saúde (SCHAEDLER, 2010, p. 91).

Com a implantação das RMS, ocorre uma desestabilização das práticas cristalizadas nas equipes e a necessidade de abertura para o novo. Portanto faz-se necessária a busca de capacitação por parte dos profissionais que realizam a preceptoria, principalmente (BALDISSEROTTO, 2003). Isso é apresentado no documento da RIS-GHC, onde indica que os profissionais sentem a necessidade de qualificarem-se para desenvolver a tarefa de ser preceptor nos programas de residências. Os profissionais demonstram a preocupação em se qualificar, e sentem-se impotentes diante dos residentes. Isso tudo pelo vasto conhecimento que os residentes trazem aos locais de atuação das residências.

Historicamente, os profissionais de saúde têm recebido uma formação baseada em metodologias de ensino aprendizagem conservadoras (tradicionais), com uma visão segmentada e reducionista (COTTA *et al*, 2012). Por isso que hoje existem ainda poucos profissionais formados para o SUS, dentro das perspectivas dos princípios e diretrizes do sistema brasileiro de saúde.

A falta, também, da garantia de uma educação permanente, aos profissionais de saúde já inseridos nos serviços, proporciona uma formação insuficiente em decorrência do tempo de formação que estes já possuem. Dessa forma, à não compatibilidade de horários para a realização de cursos, a não liberação do profissional pelo gestor local, todos esses fatores direcionam para uma formação profissional deficiente e sem continuidade.

Feuerwerker e Ceccim (2004, p.45), em seu trabalho o “Quadrilátero da formação para a saúde”, comentam que:

uma ação estratégica para transformar a organização dos serviços e processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas implicaria trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras. Colocaria em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço; educação permanente em saúde; agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social.

Com isso, percebe-se a necessidade das universidades públicas em participar articuladamente na construção das políticas que visem à reordenação da formação dos profissionais de saúde, na forma de efetivar o seu comprometimento social, respaldo que se encontra na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH – SUS).

De acordo com a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS), a qualidade da atenção à saúde está relacionada com a formação de pessoal específico, que disponha do domínio tanto de tecnologias para a atenção individual de saúde, quanto para a saúde coletiva (BRASIL, 2002). Nesse contexto, exige-se cada vez mais uma formação de profissionais capazes de atuar nesse sistema de saúde (BONETTI, KRUSE, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (2004, p. 4);

a formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado as várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. A melhor síntese para esta designação à educação dos profissionais de saúde é a noção de integralidade, pensada tanto no campo da atenção, quanto no campo da gestão de serviços e sistemas.

Nada pode ser construído solitariamente não apenas a formação dos profissionais de saúde implica em todo esse processo que envolve a RMS, mas a própria organização do trabalho dos serviços e das equipes das unidades de saúde e, também como a própria gestão se organiza frente a esse contexto.

c) Projeto Político Pedagógico das RMS

Nesta categoria é encontrado outro desafio, ou seja, as dificuldades encontradas nos programas de residência. Que os programas de residência. Tudo isso está relacionado ao processo pedagógico de cada RMS: a concepção do modelo pedagógico, mudanças de estratégias pedagógicas ao longo do processo de desenvolvimento da residência, o apoio pedagógico nas áreas é feita de maneira diferente, a inserção de preceptores com diferentes aproximações com a proposta pedagógica entre outros.

A concepção metodológica da RMS é norteada pela concepção pedagógica baseada na participação, no diálogo e na problematização da realidade vivenciada pelos profissionais da área de saúde (MOREIRA, 2006, apêndice I). Além disso, é orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, pelo trabalho nos serviços de saúde públicos. Inclusive, é centrado na concepção do trabalho em equipe, no acolhimento aos usuários das ações em saúde e garante a formação de trabalhadores para o SUS.

Segundo os autores Carvalho, Garcia e Seidl (2006, p.157), “há a necessidade de se melhorar o processo pedagógico no cenário de aprendizagem procurando romper o pensamento dicotômico entre teoria e prática”. Muitos programas de residência trabalham com abordagem pedagógica baseada na problematização, na qual o aluno é estimulado em toda sua vivência a investigar a realidade ativamente, devendo aplicar as diferentes formas de conhecer no contexto de saúde-doença.

Projetos pedagógicos não se restringem ao âmbito profissional, eles atingem, sobretudo, as relações humanas, o acolhimento e a própria qualidade de vida dos trabalhadores, pois se refletem em seu prazer, sua saúde, sua auto-estima, seu caráter, seu humor, seus hábitos; vão além do ambiente de trabalho ou da sala de aula, extrapolando para o mundo da vida. O ensino e a assistência deveriam se voltar às várias instâncias de produção da vida, pois o que produz a existência é a busca de cada vez mais saúde no processo de viver (CECCIM, 1998 *apud* CECCIM E FERLA, 2009, p.451).

No que diz respeito à metodologia pedagógica, tem-se grande sentido a preocupação de como os profissionais, que trabalham nas residências, mantenham o compasso no seu processo de ensinar, fazer preceptorial e tutoria. Todos devem “falar a mesma língua”, ter apenas um propósito na formação dos residentes. As várias pedagogias adotadas, por vezes, podem não absorver o que lhe está sendo proposto aos residentes e, conseqüentemente, ocasionar o não aproveitamento das situações que deveriam acarretar mais ênfase.

5.2 POSSIBILIDADES E VANTAGENS DA IMPLANTAÇÃO DAS RMS

Com a análise dos documentos encontrados, garantiu-se a construção de três categorias:

1) Reorganização do processo de trabalho e mudança no modelo de atenção à saúde

É relevante a questão do processo de trabalho, e de como esse assunto é abordado nos documentos encontrados. A maioria cita que a RMS contribuiu para uma nova prática de atenção à saúde e, conseqüentemente a isso, a mudança no processo de trabalho das equipes de saúde.

Os autores Freitas, Araújo e Barbosa (2006, p. 42), relatam a experiência da RMS no Estado do Tocantins, onde colocam que “houve a facilitação de transformações nas práticas profissionais e na organização do trabalho e sistemas de serviço em saúde à luz da problematização das experiências cotidianas do cuidado”. Para os autores Brito e Santos (2006, p. 73), garantiu-se a “ressignificação das práticas das ações em saúde”. Também Fabron Jr. *et al* (2006, p. 106), também relata sobre a implantação da RMS da Faculdade de Marília (SP), com a RMS “tem grande potencialidade para introduzir mudanças mais permanentes no modelo de atenção à saúde”.

Os relatos da implantação das residências, nos documentos analisados, mostram muitas vantagens em se ter uma RMS, transformando modelos e processos de trabalho nas equipes de saúde, abrindo caminhos para o novo. Além disso, promovendo o desapego do modelo centrado na doença e trabalhando na lógica de fazer saúde para o usuário, proporcionando satisfação de atendimento, qualidade de vida e atenção integral à saúde.

2) Organização da rede de serviços de saúde: parceria política, institucional e social

Muitos dos documentos estudados apresentam a questão positiva sobre a vantagem da residência proporcionar a organização da rede de cuidados em saúde,

e, com isso, garantindo a integração do ensino-serviço, parceria entre os gestores e controle social.

A importância das parcerias intersetoriais, a compreensão dos gestores locais, o envolvimento dos profissionais de saúde, o apoio do controle social, a participação das instituições de ensino formam um laço de cooperativismo e a garantia da implantação e concretização da RMS. Em outras palavras, o objetivo é proporcionar uma formação voltada aos princípios do SUS, formar um profissional crítico e pensante sobre as situações que ocorrem nos locais de serviços, bem como proporcionar resolutividade das ações prestadas aos usuários.

O SUS é complexo demais para ser concretizado por poucas pessoas, poucas áreas profissionais ou poucas instituições. A transdisciplinaridade, a intersetorialidade e a interinstitucionalidade são vitais para a consecução plena dos princípios doutrinários e organizativos do sistema (SCHMITZ, 2006, p. 38)

As parcerias interinstitucionais necessitam serem apoiadas pelo Sistema Único de Saúde que garanta uma articulação interinstitucional para a educação permanente, com uma gestão colegiada, que possibilite a mudança do fazer da verticalidade única e hierarquizada nos fluxos de organização e venha avançar na racionalidade gerencial hegemônica (SCHMITZ, 2006).

No processo de implantação da RMS, no município de Sobral, Fortaleza (2006), foi citado que um dos aspectos que favoreceu o desenvolvimento da residência, isto é foi “a organicidade com o sistema local”, pois para implantar uma residência não é uma tarefa fácil, pela multiplicidade de conhecimentos, competências e de visões que precisam ser organizadas e compatibilizadas entre os diversos atores envolvidos nesse processo.

Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 56), afirmam que a “mudança somente repercutirá na formação e na atenção quando todas as instâncias estiverem centralmente comprometidas”. Isso porque “todas as instituições têm poder igual e, assim, as instâncias de gestão exercem sua própria transformação, desenvolvendo compromissos com a inovação da gestão democrática e horizontal e contextualizadas na realidade concreta onde estão inseridas”.

Todos podem contribuir para as mudanças, organização das redes de serviço, mudança do modelo de atenção à saúde. Entretanto, todos os envolvidos, quer sejam as instituições, os gestores, quer os profissionais, devem fazer sua parte e se

comprometer com o proposto. Sucintamente, sem alianças nada é possível caminhar e se concretizar.

3) Desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde

Na análise dos documentos encontrados, notadamente há a citação, comentário e a relação de vantagem para a implantação das RMS à Educação Permanente em Saúde (EPS). Os achados relatam: a concepção de Educação Permanente em Saúde por todos os profissionais da rede de saúde; compromisso da rede com a EPS; construir uma nova experiência de formação em saúde. A EPS auxilia no desenvolvimento de práticas transformadoras como uma importante vantagem no seu desenvolvimento e concretização.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem assumido um papel ativo na reorientação da atenção à saúde e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem sido capaz de instigar importantes mudanças nas estratégias e modos de ensinar e aprender (BRASIL, 2004a).

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, e ainda garante um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras (BRASIL, 2004a).

A ideia é usar a educação permanente para melhorar a formação e, conseqüentemente fortalecer o SUS. A educação permanente possibilita, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na Saúde e o desenvolvimento das instituições. Além disso, ela reforça a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social (BRASIL, 2005e, p. 8).

É satisfatório perceber que a EPS é bem vista como uma estratégia benéfica aos serviços de saúde e para a formação dos profissionais da rede. Isso porque ela mesma mantém um elo diretamente aos propósitos que o SUS demanda e os objetivos que a formação ensino-serviço que a RMS possibilita. Se não há uma rede de serviços estruturada e com a EPS desenvolvida e atuante nos locais de serviços não há garantia de uma continuidade nos propósitos de concretização de uma RMS.

Sendo assim, como podem ocorrer as mudanças que tanto almejamos em relação aos processos de cuidar em saúde? Hoje, é entendido que o primeiro passo para provocar mudanças nos processos de formação é compreender que as propostas não são mais construídas individualmente, e sim coletivamente, com a escuta das opiniões em vigor (BRASIL, 2005e).

Os profissionais e outros atores envolvidos e atuantes nos serviços de saúde devem ter a capacidade de questionarem sua maneira de agir, o trabalho desenvolvido em equipe, a qualidade da atenção individual e coletiva e a organização do sistema como rede única (BRASIL, 2005e).

Num trabalho articulado entre o Sistema de Saúde e as instituições de ensino, a educação permanente será capaz de reorganizar, simultaneamente, os serviços e os processos formativos, transformando as práticas educativas e as de saúde (BRASIL, 2005e, p. 9).

A introdução da EPS é uma estratégia fundamental para transformação das práticas de formação, atenção, gestão, formulação das políticas e o controle social no setor da saúde. Além disso, estabelece ações intersetoriais com o setor da educação, provocando também processos de mudanças na graduação, nas residências, na pós-graduação e na educação técnica, garantia da permeabilidade das necessidades\direitos de saúde dos usuários e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde (CECCIM, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir esta pesquisa, e após análise de vários documentos que relataram a RMS, constatamos que não só o processo de implantação foi alcançado, como também as barreiras superadas. Dessa forma, foi possível conquistar o propósito almejado, ou seja, implementar a RMS nos municípios. Sabíamos que tal feito não será impossível. Todavia, tínhamos a consciência de que esse processo não seria nada fácil. Isso porque, para gerar uma formação e qualificação de profissionais mais condizentes com os propósitos do Sistema Brasileiro de Saúde, certamente geraria, no mínimo, um desconforto aos profissionais e, com isso, uma transformação no processo de trabalho dos serviços.

Para tanto, lembramos a pergunta inicialmente formulada: Como podemos garantir e propor mudanças nos serviços de saúde, proporcionar uma formação mais próxima com os princípios do SUS e a transformação dos processos de trabalho dos serviços de saúde?

Em resposta a essa indagação e após o estudo dos documentos selecionados, podemos afirmar que uma das vantagens da implantação das RMS é a importância e as possibilidades que as Residências têm em proporcionar uma mudança no contexto geral dos serviços de saúde, de transformar as práticas profissionais, gerar reflexões sobre o processo de trabalho das equipes e da gestão envolvida.

Entretanto, conforme demonstraram os estudos analisados, as RMS garantem a qualificação dos profissionais já atuantes do sistema de saúde, formam profissionais para atuar em consonância com o SUS, proporcionam um pensamento crítico das ações desenvolvidas e praticadas pelos profissionais de saúde, bem como a potencialidade de reorganização das estruturas dos serviços de saúde.

A saber, não podemos deixar de destacar que as RMS proporcionam o “trabalho em rede”, contribuindo com a comunicação entre os atores envolvidos. Ainda, a residência provoca mudanças nos serviços, ocorrem novas adaptações, novos olhares direcionados à saúde. Portanto, essa é uma das principais vantagens que a residência pode trazer com a sua implantação ou implementação.

Inclusive, é importante salientar sobre as possibilidades de implantação da RMS no município de Santo Ângelo, que é o foco desse trabalho. Depois de toda a

análise relacionada aos desafios e possibilidades de implantação das residências em municípios brasileiros, destaca-se, nesse momento em que se encontra o município, a inviabilidade dessa implantação, considerando-se a atual estrutura da rede de serviços e, a baixa cobertura de estratégias de saúde da família.

Porém, se pensar sobre as possibilidades de implantação e refletir sobre os desafios, isso poderá ser enfrentado com a vinda da residência. Dessa forma, os desafios poderão ser superados com diversas ações, tais como a reestruturação e reorganização da rede de serviços em saúde, a educação permanente dos profissionais, dos residentes/preceptores/tutores, a mudança no modelo de atenção à saúde, o cuidado integral e mais humanizado à população usuária do nosso sistema brasileiro de saúde, conforme a Constituição Federal de 1988, a qual afirma “saúde é um direito de todos” e dever do estado e dos municípios.

Por fim, o objetivo da realização desta pesquisa foi mostrar quais são as vantagens e os desafios que os municípios brasileiros experimentaram na implantação das RMS, dar subsídios a gestores de saúde municipais, bem como promover uma reflexão aos gestores do município de Santo Ângelo, RS, mais especificamente. Espera-se que esse estudo possa ajudar na divulgação e importância que a RMS tem de transformar a formação dos profissionais atuantes nos serviços do SUS, inclusive proporcionar a continuidade de estudos e pesquisas sobre a mesma, pois, hoje, no país, ainda são poucos os estudos realizados sobre esta temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, VS. In: A Integração Ensino-Serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da saúde. **Rev Bras de educação Médica**, 32(3):356-362, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições Setenta, 2004.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n. 3, p. 815-823, 2003.

BASSO, Kárin Ferro. **Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**: iniciando a jornada. Monografia [Especialização] Pós-Graduação – Especialização em Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc.Enf.** USP, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BONETTI, Osvaldo Peralta; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. A formação que temos e a que queremos: um olhar sobre os discursos. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) v. 57, n. 3, p. 371-379, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão de Educação em saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009.

_____. **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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 de nov. 2009a.

_____. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n. 698, de 19 de julho de 2007**. Institui a nomeação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, seção 2, 20 de julho de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde**. Brasília, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **SUS: avanços e desafios**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Medida Provisória n° 238/05**. Diário Oficial da União, 2 fev. 2005a.

_____. **Lei n° 11.129, 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 da Juventude e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 jun. 2005b.

_____. **Portaria Interministerial n° 2.117, de 3 de novembro de 2005**. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 nov. 2005c.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto MultiplicaSUS**: curso básico sobre o SUS, (Re)Descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos. Brasília-DF, 2005d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A Educação Permanente entra na roda**. Brasília, 2005e.

_____. Ministério da Saúde. **Educar SUS**. Notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004. Série C. Programas e Relatórios. Brasília, DF: Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para a NOB-RH-SUS**. Quarta versão. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Educação. **Lei n° 9.394 de 20 de dezembro 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação brasileira (LDB). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 23 Dez, 1996. Seção 1. p, 27.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br>>. Acesso em: jun. 2012.

_____. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Secretaria de Assistência à Saúde/DAB – DATASUS. Regional de Saúde. Acesso em jul de 2012.

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

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n 6.932 de 07 de junho de 1981**. Dispõe sobre as atividades do médico residente, e da outras providências. Brasília, 1981. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br>>. Acesso em 11 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto Federal n 80.281 de 05 de setembro de 1977**. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, DF, 1977.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-45, 2001.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert; ROCHA, Cristianne Famer. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro (RJ), n.7, v. 2, 373-383, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de Integralidade da Atenção à Saúde. In: **Construção da Integralidade: Cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERF, IMS, ABRASCO, 2003.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de Saúde: as perspectivas entre – disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005.

_____. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Rev Interface-Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu (SP) v.9, n.16, p. 161-77, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Rev Trab. Educ. Saúde**, v. 6, n.3, p.443-456, 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8º, 1986. Brasília. **Reformulação do Sistema Nacional de Saúde**. Relatório Final, Brasília.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 3, p. 787-796, 2012.

FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Fammer; PASINI, Vera Lúcia. **Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde.** Ed Everaldo Manica Ficanha. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, 2010.

FERREIRA, Silvia Regina; OLSCHOWSKY, Agnes. Residência integrada em saúde: a interação entre as diferentes áreas de conhecimento. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2009 mar;30(1):106-12.

FERREIRA, Silvia. **Residência Integrada em Saúde: Uma Modalidade de Ensino em Serviço.** Dissertação [Mestrado] - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

FEUERWERKER, L.; KALIL, M. E.; BADUY, R. A Construção de Modelos Inovadores de Ensino-Aprendizagem: As lições aprendidas pela rede UNIDA. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, nº 22, p. 49-62, dez. 2000.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa.** 3. ed. São Paulo(SP): Atlas; 1996.

HADDAD, Jorge; ROSCHKE, María Alice Clasen; DAVINI, María Cristina. **Educación Permanente de Personal de Salud.** Organización Panamericana de la Salud, 1994.

LARGURA, Marília; VECTIRANS, Anda Zigrida; OLIVEIRA, Ivany. Enfermeira residente: método de especialização. **Rev Paulista de Hospitais**, São Paulo, v.10, n.3, p.24-26, out.1962.

MERHY, Emerson E.; QUEIROZ, Marcos S.. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, June 1993 . Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14 mai. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** 8. ed. Petrópolis(RJ): Vozes, 1994.

NUNES, Everaldo Duarte. Saúde Coletiva: história e paradigmas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.** São Paulo, v. 2, n. 3, p. 107-116, ago. 1998.
ROSA, Karen Romero Kanaan Kracik. **Residência Multiprofissional em Saúde: um mosaico de saberes.** Monografia – [Especialização] Pós-Graduação – Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SCHAEDLER, Lucia Inês. **Por um Plano Estético da Avaliação nas Residências Multiprofissionais:** construindo abordagens avaliativas SUS - implicadas. 2010. 187p. Tese [Doutorado em educação] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SCHMITZ, Carlos André Aita. **Decifra-me e devoro-te:** a história de como nasceu e morreu a idéia de uma Residência Integrada em Saúde no interior do Estado. Monografia [Trabalho de Conclusão de Curso], UFRGS, 2006.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **O médico e seu trabalho:** Limites da Liberdade. São Paulo (SP): Hucitec; 1993.

TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma Sanitária:** em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989a.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Política de Saúde na transição conservadora. **Rev. Saúde Debate.** n. 26, p. 42-43, 1989b.

UEBEL, Ana Cristina; ROCHA, Carolina Medero; MELLO, Vania Roseli Correa de. Resgate da Memória Histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo-CSEM. **Boletim da Saúde,** v. 17, n.1, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE I: Tabela com a relação dos textos encontrados sobre a Implantação das RMS

Tipo	Autores	Título	Disponível em:
Artigo	Monique Marie Marthe Borget <i>et al.</i>	RMS da Família: a experiência da Faculdade e Casa de Saúde Santa Marcelina	Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios, 2006.
Artigo	Antonio Fabron Junior <i>et al.</i>	Programa de RMS da Família e Comunidade da Faculdade de Medicina de Marília	Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios, 2006
Artigo	José Reginaldo Feijão Parente <i>et al.</i>	A trajetória da RMS da Família de Sobral	Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios, 2006
Artigo	Angelita K. Freitas Raquel de M. S. Araújo Shirlaine V. A. Barbosa	I RMS da Família e Comunidade do Estado do Tocantins	Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios, 2006
Artigo	Ainda Celeste de Brito Claudia Menezes Santos	Residência Multiprofissional: em foco uma experiência de formação do Centro de Educação Permanente de Saúde do Município de Aracaju no modelo todo dia.	Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios, 2006
Artigo	Ana Luiza Queiroz Vilasbôas	RMS da Família: a experiência da parceria entre o Instituto de Saúde Coletiva e Escola Estadual de Saúde Pública na Bahia	Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios, 2006
Artigo	Kátia Fernanda Alves Moreira Jorge Luiz Coimbra de Oliveira	Narrativa da Residência Multiprofissional em Saúde: desafios para a Universidade Federal de Rondônia (UNIR)	Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios, 2006
Artigo	Marilda Siriane de Oliveira <i>et al.</i>	Inserção da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade no contexto da graduação dos cursos da área de saúde.	Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios, 2006
Artigo	Antonio Phiton Cyrino Cristina Maria Garcia de Lima Parada	A construção da Residência Multiprofissional em Saúde de Família na Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp).	Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios, 2006
Artigo	Maria Teresa Bustamante Teixeira <i>et al.</i>	. Residência em Saúde da família da UFJF: contribuindo na formação de profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde.	Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios, 2006
Artigo	João Batista Silvério	Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o caso do Município de Montes Claros.	Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios, 2006
Artigo	Lilian Deisy Gonçalves Wolff Maria Marta Chaves Nolasco Edevar Daniel	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família: a experiência da Universidade Federal do Paraná	Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios, 2006
Artigo	Marta Verdi <i>et al.</i>	Programa de Residência Integrada em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina: o desafio de uma construção interdisciplinar coletiva.	Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios, 2006

Artigo	Izabella Barison Matos	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Uniplac: avanços, recuos e esperanças.	Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios, 2006
Artigo	Julio Baldisserotto <i>et al.</i>	Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição RIS/GHC: uma estratégia de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS.	Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios, 2006
Artigo	Maria Alice Pessanha de Carvalho Margareth Rose Gomes Garcia Helena Seidl	Curso de Especialização em Saúde da Família nos moldes da Residência Ensp/Fiocruz: desenvolvendo competência para a atenção básica.	Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios, 2006
Artigo	Elza Machado de Melo <i>et al.</i>	A Residência Multiprofissional de Saúde da Família na UFMG: tijolo por tijolo de um desenho mágico.	Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios, 2006
Artigo	Carla Ferreira Rodrigues	Processo Coletivo de Avaliação: a experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Blumenau.	Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios, 2006
Artigo	Simone Schandler Frichembruder Maria Cristina Carvalho Silva Regis Antonio Campos Cruz	Curso de Aperfeiçoamento Especializado em Saúde Mental em nível de residência.	Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios, 2006
Monografia	Carlos André Aita Schimitz	Deciframe ou Devoro-te: A história de como nasceu e morreu a ideia de uma Residência Integrada em Saúde no interior do Estado.	Repositório Digital da UFRGS - LUME
Dissertação	Leonardo Sales Lima	A construção de um projeto de Residência Multiprofissional em Saúde da Família: reflexões acerca de uma experiência no Estado do Piauí.	< http://www.sus.datasus.gov.br >
Dissertação	Fernanda Rocco Oliveira	Residência multiprofissional em saúde da família: limites e possibilidades para mudança na formação profissional.	< http://www.sapientia.pucsp.br >
Dissertação	Cathana Freitas de Oliveira	A Residência Multiprofissional em Saúde como possibilidade de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde.	< http://www.tede.pucrs.br >
Tese de doutorado	Lucia Inês Schaedler	Por um Plano Estético da Avaliação nas Residências Multiprofissionais: construindo abordagens Avaliativas SUS - implicadas	< http://www.hdl.handle.net >
Artigo	Soraia Diniz Rosa Roseli Esquerdo Lopes	Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-Graduação <i>Lato Sensu</i> no Brasil: apontamentos históricos	< http://www.revista.epsjv.br >
Monografia	Agda Henke	Supervisão em Atenção Primária à Saúde: experiência junto a um programa de Residência Multiprofissional em Saúde	< http://www.hdl.handle.net >
Dissertação	Carla Daiane Silva Rodrigues	Competências para a preceptoria: construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde.	< http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br >
Dissertação	Luciana Coutinho Simões Wanderley	O processo de formação dos Cirurgiões-dentistas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de	< http://www.teses.usp.br >

		Saúde Santa Marcelina: percepção do egresso.	
Artigo	Monica Lima Silvia Santos	Formação de Psicólogos em Residência Multiprofissional em Saúde: transdisciplinaridade, núcleo profissional e Saúde Mental.	< http://www.scielo.br >
Dissertação	Andréa Cristina Fortuna de Oliveira	Incorporação da dimensão Subjetiva do Trabalho em Saúde e dos princípios da Humanização no Processo de Formação dos Enfermeiros nos Programas de Residência e Especialização Oncológica do INCA.	< http://www.arca.fiocruz.br >
Dissertação	Daniela Dallegrave	No olho do furacão, na ilha da fantasia: A invenção da Residência Multiprofissional em Saúde.	< http://www.lume.ufrgs.br >