

III SEMINÁRIO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL  
DE SAÚDE

(3º SNRMS)

Brasília, 13 a 15 de outubro de 2008

13/10/2008

**Mesa 1: Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde: estrutura, ações desenvolvidas, processo e organização do trabalho, desafios e perspectivas**

Dra. Ana Estela Haddad (SGTES/MS)

Dr. José Wellington Alves dos Santos (MEC)

Dra. Maria Cristina Carvalho da Silva (CNRMS e Fórum Nacional de Coordenadores)

Dr. Francisco Batista Júnior (CNS)

Dr. Armando Raggio

Gustavo Rego Müller de Campos Dantas (CNRMS e Fórum Nacional dos Residentes)

Em linhas gerais, foi apresentado um panorama do marco regulatório para a educação na área da saúde e a composição da Comissão Intersetorial de Gestão da Educação na Saúde, instituída por Decreto Presidencial de 20/06/2007 (Ministério da Educação, Ministério da Saúde, CONASS e CONASSEMS).

A concepção proposta de Residência foi de “modalidade de pós-graduação *lato sensu* caracterizada por treinamento em serviço, supervisionado por profissionais capacitados (preceptoria), em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde”. A duração mínima deve ser de 2 anos, com 60 horas semanais de atividades, incluindo 4 horas semanais de sessões de atualização, seminários com a participação ativa dos alunos.

**Residência médica** – Decreto 80.281 (1977) regulamenta a residência e institui a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

**Residência multiprofissional em saúde** – Lei 11.129 (30/06/2005) regulamenta a Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

Portaria Interministerial n.45/2007 – institui diretrizes para o credenciamento de programas e determina a composição da CNRMS.

Portaria Interministerial n.698/2007 – nomeação e instalação da CNRMS, que é vinculada ao Departamento de Hospitais e Residências (DHR) da Secretaria de Educação Superior do MEC e tem a coordenação e apoio administrativo compartilhados entre o DHR e o DEGES (antes as comissões de residência e dos hospitais estavam em departamentos separados, a criação do departamento agilizou e integrou).

Portaria Interministerial n.506/2008 – altera o Art. 1 da Portaria Interministerial n.45/2007, que passa a vigorar com a seguinte redação: “Definir que a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde constituam-se em ensino de pós-graduação *lato sensu* destinado às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais”.

Portaria Interministerial n.593/2008 – dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da CNRMS: Secretaria Executiva, Subcomissões e Câmaras Técnicas.

Eixos orientadores da Portaria 43:

- ❖ Cenários de educação em serviços
- ❖ Concepção ampliada de saúde
- ❖ Abordagem pedagógica
- ❖ Estratégias pedagógicas
- ❖ Integração com os diferentes níveis de formação
- ❖ Articulação residência multiprofissional + residência médica
- ❖ Descentralização e regionalização
- ❖ Integração ensino-serviços-comunidade
- ❖ Integração saberes-práticas
- ❖ Sistema de avaliação dialógica
- ❖ Integralidade
- ❖ Educação permanente
- ❖ Articulação da formação

Alguns desafios:

- ❖ Operacionalização das câmaras técnicas
- ❖ Definição do perfil de competências
- ❖ Política de financiamento
- ❖ Integração com as políticas de saúde
- ❖ Integralidade

As apresentações focaram a importância de tratar das pessoas e não dos sintomas. Assuntos triviais, tidos como não importantes na especialização, quando se considera a realidade da atenção primária, constituem o tema mais importante.

O representante dos residentes abordou temas como: necessidade de controle social, o problema das fundações e da carga horária dos residentes excessiva (60 horas). Fez críticas às políticas de financiamentos do MEC que privilegiam o ensino à distância

## **Encontro de Fóruns e Entidades que compõem a CNRMS:**

### **Encontro FNEPAS**

Presentes: Madalena e Valda (Aben), Nilce (ABENO), Selma (Abenfar), Rossana e Laura (Rede Unida); Ana Vasconcelos; Paulo Marcondes (ABEM); Bete Mângia e Angélica (RENETO); Dreif e Molije (ABEP); Cecília Bonini (SBFa), Tereza (Fono PUC, Avaliadora); Eucenir (Reneto, Avaliadora), Rafael (Presidente da Associação Brasileira de Biomedicina)

Laura, Molije, Rossana e Valda relataram o processo de constituição da CNRMS e seus avanços e dificuldades. Laura relatou sobre como vem se dando o processo de trabalho da Comissão e a organização do seminário. Caracteriza o trabalho da Comissão como militante e com pouco apoio dos Ministérios para a infra-estrutura. Há uma precarização do trabalho e pouca estrutura, uma vez que a Comissão divide o espaço de trabalho com o grupo dos HUs e da Res Médica. Como a Comissão é inter Ministerial, houve dificuldade na definição de como se dá o processo de deliberação. As reuniões ocorrem no MEC, mas a equipe técnica é da SEGETS. A Comissão tem um novo lugar, mas não trata de ação prioritária e isso tem implicações em seu trabalho. Nesse contexto teve que superar um conjunto de obstáculos para conseguir construir o Seminário. Laura acredita que o FNEPAS tem tido um papel importante na Comissão e tem contribuído na discussão dos diferentes modelos de residência.

Molije acredita que o FNEPAS tem a função de garantir a multiprofissionalidade e tem se pautado por não fazer defesas isoladas das categorias. O Seminário pretende amadurecer as propostas de avaliação, que seriam semelhantes aos princípios que regem as diretrizes curriculares para Graduação. Aponta para a importância da discussão das Câmaras Técnicas.

Como deliberar em uma residência que é interministerial?

Destacou-se a importância do FNEPAS, que com experiência acumulada pode contribuir com o processo de articulação das profissões.

A seguir, fizeram alguns esclarecimentos sobre a proposta de no Seminário se trabalhar com grupos temáticos:

*GRUPO – Requisitos mínimos para organização de residências* – pensou-se em construir requisitos mínimos gerais que expressem os princípios da política de saúde (co-gestão, integralidade, articulação das profissões, metodologias ativas etc) Esses requisitos irão compor o primeiro processo de avaliação. Serão avaliados os programas que se credenciaram e que incluem também as residências uniprofissionais. Assim, seriam assuntos para discussão dos grupos:

- ❖ Regulação e credenciamento das residências
- ❖ Articulação instituições formadoras e serviços de saúde
- ❖ Articulação entre profissões
- ❖ Princípios pedagógicos
- ❖ Programas uniprofissionais → questões específicas serão discutidas em um segundo momento

*GRUPO – Campos e núcleos de saberes e práticas: perfil de competências*

- ❖ Diferentes profissões
- ❖ Campo constituído pelas competências gerais comum a todas as profissões da saúde e o núcleo pelas competências e saberes específicos de cada área profissional
- ❖ Temáticas específicas
- ❖ Por onde você olha e por onde você começa
- ❖ Como cada núcleo profissional olha
- ❖ Olhar a saúde da família, o que é comum e o que é um desafio para cada núcleo

- ❖ Campo do cuidado em área temática específica
- ❖ Tecnologias leves → território de construção conjunta

*GRUPO – Integração ensino-serviço-comunidade: estratégias para implantação de residências multiprofissionais (NASF e educação permanente)*

*GRUPO – Câmaras técnicas*

Serão constituídas por áreas temáticas sob a lógica da linha de cuidados e com desenho de composição multiprofissional, avançando em relação à proposta inicial que surgiu no 1º. SNRMS de organização de câmaras técnicas por profissão.

- ❖ Urgência e trauma
- ❖ Saúde mental
- ❖ Atenção básica/Saúde da família
- ❖ Saúde Coletiva
- ❖ Especialidades clínicas
- ❖ Especialidades cirúrgicas
- ❖ Intensivismo
- ❖ Reabilitação Física/Saúde Funcional
- ❖ Serviços de apoio diagnóstico
- ❖ Saúde animal

**14/10/2008**

**Mesa 2: Políticas Nacionais de Educação Permanente, Atenção Básica, Saúde Mental, Urgências e Emergências: orientações, desafios e perspectivas para as RMS e em Área Profissional**

Elizabeth Suzana Wartchow (AB/MS)

Dra. Claunara Schilling Mendonça (AB/MS)

Dr. Sandra Fagundes (SM-MS)

Dr. Cloer Vescia Alves (AE-MS)

Dr. Francisco Batista Júnior (CNS)

Dra. Márcia Hiromi Sakai (SGTES-MS)

Foi apresentado o contexto da educação na saúde, mostrando o incremento de profissionais na atenção básica, em especial no PSF.

Portaria GM/MS n.1996/2007 – diretrizes para a política nacional de educação permanente, baseada no cotidiano dos serviços, levando em consideração o pacto de gestão e modificando o repasse de recursos para as modalidades fundo a fundo.

Portaria GM/MS n. 648/2006 – diretrizes para a política nacional de atenção básica.

A estratégia Saúde da Família está presente em 5.233 municípios brasileiros.

Cerca de 85% dos problemas de saúde podem ser resolvidos na atenção básica.

Políticas da Saúde Mental: Crítica ao modelo hospitalar. Implantação da rede de atenção Psicossocial – o papel dos Centros de Apoio Psico-social como estratégia para a construção da rede de saúde mental. Substituição do manicômio por uma rede que inclui também as residências terapêuticas, a bolsa volta para casa, visitas domiciliares (a rede não pode ficar restrita à criação dos CAPS).

Política nacional de atenção às urgências (Departamento de atenção especializada) → rede de atenção às urgências é composta por atendimento pré-hospitalar fixo, móvel e hospitalar.

O SAMU está presente em 1.183 municípios, dando cobertura a 100329000 habitantes (60% da população brasileira) e apresenta elevada complexidade na formação profissional. O Dr. Cloer representante do MS apresentou à CNRMS as demandas do setor, para formação de especialistas na modalidade de residência.

### **Mesa 3: Formação em serviço, multiprofissionalidade e integralidade da saúde**

Palestrante: Dr. Emerson Mehry (UFRJ)

Coordenação: Maria Alice Pessanha de Carvalho (FIOCRUZ-ENSP-SMS)

Mehry inicialmente colocou a necessidade de estabelecimento de um pacto entre as profissões que enfrentasse o desafio de construir “um comum” que ainda não existe. Partindo de sua própria experiência, afirma sua identificação com esse esforço e admite que a medicina ainda está no espaço do “passado”. Relata que em sua trajetória como docente da UNICAMP

participou do processo de intervenção do Hospital Anchieta de Santos e posteriormente a experiência desenvolvida no Cândido, em Campinas, também na saúde mental. Fala também da experiência do curso de aprimoramento multiprofissional na UNICAMP (1994-1996).

Em todas as experiências foi adotada a perspectiva de construir um espaço comum na rede de formação das profissões. Hoje a residência multiprofissional se propõe esse mesmo trabalho, com uma nova perspectiva da saúde, é uma aposta relevante que implica em ressignificar todo o campo. O desafio chave é que não se pode ficar prisioneiro daquilo que foi construído no campo das profissões para se poder compreender os novos objetos no campo da saúde, saindo do campo biomédico.

É necessário reinventar o campo e sair do paradigma tradicional, de forma a poder ressignificar os núcleos das profissões e não propriamente descartá-los

Pacto entre as profissões para construir um campo comum. Construir um espaço comum nas redes de serviços de saúde

O campo da saúde é o que define as profissões e não o contrário.

Tensão entre o campo da saúde e a nucleação das profissões. Reinvenção do campo-objeto de todos e não de ser capturado por nenhuma das profissões. Campo de saúde – lógica de formação multiprofissional. Possibilidade de colocar todos no mesmo espaço, ainda que cada um olhe de seu lugar.

Educação permanente ou o mundo do trabalho como uma escola.

Perspectiva de suportar dificuldades e diferenças.

Ousadia da produção de um novo. Novos objetos versus o paradigma biologicista

Campo da saúde – lugar de encontro dos diferentes.

“Da inteligência do usuário sobre o campo da saúde às dificuldades do trabalhador nos núcleos das profissões”

Dilema chave do trabalhador de saúde: ele seria usuário do seu próprio trabalho?

Questão: por que como usuário sou inteligente (sei como devo ser cuidado) e como trabalhador fico restrito?

O que interessa ao usuário é a produção da vida. O usuário não quer ser tratado como objeto reduzido a um núcleo de saber

Na condição de usuário, se experimenta a inteligência de quem vive a vida: a sua vida vale a pena. Por outro lado, nucleado no saber das profissões, se experimenta o empoderamento de quem vê o paciente como objeto.

O mundo da produção da vida é uma característica do campo de saúde que não é o que sobra dos núcleos, mas sim o que será definido por ele. É a produção de práticas sem jogar fora o conhecimento dos saberes específicos sem deixá-los dominar.

Louco = expropriado de qualquer direito, inclusive de ser humano.

Alienado = expropriado da alma e da humanidade.

Sujeito usuário como centro do processo.

Inteligência que podemos produzir como trabalhadores faz de nós constituidores do campo da saúde.

O mundo do trabalho como escola pede reflexão: discernir quais são as boas e as más escolas. Nas más escolas, se vivencia a dificuldade de trabalhar com a diferença e de fazer o novo. O mundo do trabalho hoje já é ocupado pelas profissões, assim tem que ser reinventado.

Desafio: ousar a construção coletiva de profissionais da área da saúde.

O usuário que existe em nós, o diferente que está dentro de nós constitui um dispositivo para produção da tolerância com o diferente.

Explorar a inteligência usuária no modo da produção da vida singular de cada um.

Entre os 6 bilhões de humanos na terra, não há um igual ao outro.

Diante do mesmo código genético, a possibilidade de produzir a vida é infinita, o que pressupõe respeitar os processos de produção da vida na sua singularidade.

As diferenças nos lugares não constituem um problema, mas fazem parte dele. Os aprendizados podem acontecer na relação de poder.

As tecnologias do trabalho vivo em ato estão ligadas à dimensão ético-política.

As Residências devem ser um movimento que cria espaços e possibilidades para o cuidado e trabalho em saúde. Preceptores e facilitadores estão inscritos nas práticas do processo de educação permanente

#### **Mesa 4: Política de financiamento de residências: realidade e desafios**

Palestrante: Dra. Laura Feuerwerker (CNRMS)

Dra. Ana Estela Haddad (MS)



Dr. José Wellington Alves dos Santos (MEC)

Dr. Osmar Terra (CONASS)

Dr. Helvécio Miranda (CONASEMS)

Financiamento é uma questão central para concretizar a decisão política do MS com programas de indução à criação de novos programas de RMS em todas as regiões e para assegurar a continuidade dos programas apoiados pela SGTES-MS que cobrem atualmente 20 Estados, pela apresentação da Dra. Ana Estela o MS ainda não tem financiamento de projetos de RMS em sete Estados da Federação. Foi discutido o financiamento tripartite contando com financiamento das três esferas de governo.

**15/10/2008**

#### **GRUPOS TEMÁTICOS:**

**1, 5 e 9 – Requisitos mínimos para organização de residências**

**2 e 6 – Campos e núcleos de saberes e práticas: perfil de competências**

**3 e 7 – Integração ensino-serviço-comunidade: estratégias para implantação de residências multiprofissionais (NASF e educação permanente)**

**4, 8 e 10 – Câmaras técnicas**

**4, 8 e 10 – Câmaras técnicas**

Objetivo: subsidiar a CNRMS na definição de requisitos técnicos específicos para o desenvolvimento de programas de residência das várias profissões da saúde nas diferentes áreas de especialização, em área profissional ou multiprofissional.

Composição: conselhos profissionais, entidades sindicais, associações de ensino, coordenações de programa e residentes.

Áreas temáticas propostas:

- ❖ Especialidades clínicas
- ❖ Especialidades cirúrgicas
- ❖ Reabilitação física / saúde funcional
- ❖ Intensivismo
- ❖ Urgência / trauma
- ❖ Saúde mental

- ❖ Atenção básica / saúde da família
- ❖ Saúde coletiva
- ❖ Apoio diagnóstico e terapêutico
- ❖ Saúde animal

As profissões podem considerar a possibilidade de se inserir em todas as áreas temáticas que considerem apropriadas.

As Câmaras serão constituídas a partir dos programas existentes multi e uniprofissionais após a consolidação do mapa do cadastro de programas que encerrou em 24 de outubro.

As Câmaras são órgãos consultivos da CNRMS e trabalharão em conjunto com os avaliadores na análise/elaboração de notas técnicas de pedidos de credenciamento de programas de residência, para apreciação e deliberação pela CNRMS.

### **Apresentação de consensos e dissensos**

*Consenso* – Câmaras Técnicas Temáticas; Financiamento tripartite contando com financiamento das três esferas de governo; proposições de emendas para atualização da Portaria de Requisitos Mínimos para Organização de Residências;

*Dissensos* – proposição do fórum de residentes pela redução da Carga Horária de 60 horas semanais, permanecer como estava antes da publicação da atual Portaria que disciplina a matéria que era de 40 a 60 horas/semanais.

O representante da Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde do MEC, Dr. José Wellington e a assessora da diretoria Profa. Jeane Michel em reunião com representantes dos HU's e depois para a plenária final, anunciou a proposta em construção de Programa de Financiamento de Residências Multiprofissionais para os Hospitais Federais de Ensino, que são 45 no País, com bolsas do MEC. Este informe foi muito bem recebido.

### **2 e 6 – Campos e núcleos de saberes e práticas: perfil de competências**

Residência Multiprofissional visa criar oportunidades de formação e desenvolvimento de competências que respondam às necessidades da população e dos serviços segundo o SUS. Deve levar os residentes a aprender a trabalhar em equipe, a construir projetos terapêuticos compartilhados com

foco tanto na necessidade do usuário com em sua autonomia para cuidar da saúde. O cuidado sendo da ordem da produção da vida não pertence a uma categoria específica, nem é exclusivo das profissões de saúde.

Desafios para as residências multiprofissionais:

- construir estratégias de aprendizagem que possibilitem a construção do campo do cuidado com foco nas tecnologias leves;

- levar todas as áreas a produzir a integralidade, novos modos de organizar o trabalho e a formação em saúde;

As residências por áreas que funcionam isoladamente em uma mesma instituição formadora ou em um mesmo território precisam articular-se para integrar seus programas, construir o campo comum ou mesmo criar novos programas multiprofissionais

## **OFICINA DOS AVALIADORES**

**Objetivo:** Capacitar profissionais selecionados como avaliadores de residências para visita de credenciamento de programas de residência multiprofissional e em área profissional

**12/10/2008**

### **Mesa 1: Abertura**

Dra. Ana Estela Hadad (SGTES-MS)

Dr. José Wellington Alves dos Santos (MEC)

Dra. Maria Cristina Carvalho da Silva (CNRMS)

Gustavo Rego Müller de Campos Dantas (FNR)

### **Mesa 2 :**

Palestra 1: A Residência Multiprofissional como Eixo Estruturante da Educação Permanente

Palestrante: Dra. Ângela Carneiro (CNRMS/CONASEMS)

Palestra 2: A residência como Estratégia de Formação do Trabalho em saúde: como construir competências coletivas

Palestrante: Laura Macruz Feuerwerker (CNRMS/ FNEPAS)

Coordenação Mônica Lima de Jesus (CNRMS/FNEPAS)

**13/10/2008** (manhã)

Atividades em grupo com acompanhamento de facilitadores

Tema: Concepções e estratégias de avaliação e o perfil do avaliador

Nos dias 13 (tarde), 14 e 15 os avaliadores participaram do III Seminário Nacional da Residência Multiprofissional e em área Profissional. Dessa forma os avaliadores trabalharam em pequenos grupos apenas no dia 13 (manhã). No encontro os grupos discutiram a concepção de avaliação, competências do avaliador e estratégias de avaliação

No dia 16 (manhã) foi realizada a apresentação dos resultados das discussões dos grupos e a plenária geral com a discussão do processo de trabalho dos avaliadores; revisto o roteiro para a visita de avaliação de programas de residência multiprofissional e em área profissional em saúde e discutido os

princípios gerais que devem nortear a avaliação (documento final com todos os consensos e dissensos).

Prevaleceu a idéia de que, tendo em vista a necessidade de consolidação das residências e de construção de parâmetros e indicadores, é necessário que a postura o avaliador tenha o propósito de contribuir com o processo de implantação e aperfeiçoamento da residência avaliada.

O perfil do avaliador: olhar externo, com ampla capacidade de diálogo e de escuta

Avaliação não punitiva, contributiva para o processo

Foi sugerido neste roteiro que durante a visita fossem feitas entrevistas não só com o coordenador do programa, preceptores e dirigentes/gestores dos serviços e das instituições formadoras, mas também com grupos de trabalhadores / controle social.

Um roteiro para entrevistas foi reelaborado considerando os Programas voltados para saúde da família e outros programas.

## **Encerramento**

Oficina fez seu encerramento com duas músicas: Subdesenvolvido (Carlinhos Lyra) e Maria Maria (Milton Nascimento) acompanhadas ao violão por Marco Aurélio da Ros.