

## Programa mais médicos, residência médica e multiprofissional: a formação em vista da integralização na atenção em saúde<sup>1</sup>

Aline Almeida Martins<sup>2</sup>

Mariana Luzia Aron<sup>3</sup>

Erica Pinto Campos<sup>4</sup>

Aparecida Tatiane de Almeida Carneiro<sup>5</sup>

Laís Cristina Fernandes<sup>6</sup>

### Resumo

A ampliação da Atenção Básica à Saúde e a implementação do programa Mais Médicos no Brasil implicam em mudanças estruturais no que diz respeito a formação dos profissionais de saúde. O presente artigo objetiva discutir a integração entre as residências médica e multiprofissional para uma formação que possibilite atuação integral na Atenção Básica à Saúde, concatenando com os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, foi realizada análise de documentos de domínio público em sites do Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Saúde, para que assim fosse possível ter a leitura do conteúdo oficial e dialogar com a prática de residentes de um programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica com ênfase em Saúde da Família. Verificou-se que não há qualquer compartilhamento das horas teóricas e práticas entre as Residências Médica e Multiprofissional, o que restringe a atuação multiprofissional. Para aprimorar a realidade constatada, sugere-se que atividades como atendimento, discussão de casos e visitas domiciliares sejam realizadas em constante interação entre os profissionais de ambos os programas de Residência. Deste modo, seria possível maior grau de articulação entre os profissionais e ações em vista do bem-estar do usuário.

<sup>1</sup> Recibido: 15/julio/2016. Aceptado: 27/octubre/2017

<sup>2</sup> Aline Almeida Martins, psicóloga formada pela Universidade Nove de Julho em 2014. Participou do PET/Saúde - S.O.S. Emergência Uninove/ Ministério da Saúde durante a graduação. Atualmente residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica com ênfase em Saúde da Família Uninove/Ministério da Saúde. E-mail: line\_am@hotmail.com

<sup>3</sup> Mariana Luzia Aron, psicóloga e mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo em 2000 e 2003. Possui experiência em atenção básica em saúde, assistência social, cooperativismo, educação. Atualmente professora, supervisora de estágios e preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica com ênfase em Saúde da Família Uninove/Ministério da Saúde. E-mail: marianaaron@hotmail.com

<sup>4</sup> Erica Pinto Campos, psicóloga formada pela Universidade Nove de Julho em 2014. Atualmente residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica com ênfase em Saúde da Família Uninove/Ministério da Saúde. E-mail: ericacampos18@hotmail.com

<sup>5</sup> Aparecida Tatiane de Almeida Carneiro, psicóloga formada pela Universidade Nove de Julho em 2013. Pós-graduada em Psicopatologia pelo Centro de Estudos e Pesquisa em Psicologia e Saúde. Concluiu aprimoramento em Psicologia Hospitalar pelo Hospital do Servidor Público Estadual. Experiência no atendimento clínico de adultos e crianças. Atualmente, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica com ênfase em Saúde da Família Uninove/Ministério da Saúde. E-mail: aptatiani1234@gmail.com

<sup>6</sup> Laís Cristina Fernandes, psicóloga formada pela Universidade Nove de Julho em 2014. Experiência no trabalho com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade no terceiro setor. Atualmente residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica com ênfase em Saúde da Família Uninove/Ministério da Saúde. E-mail: laisfernandescriis@gmail.com

**Palavras-chave:** Atenção Básica à Saúde; Residência Médica; Residência Multiprofissional; Formação Profissional em Saúde.

## Resumen

La expansión de Atención Básica de la salud y ejecución del programa Más Médicos en Brasil implican cambios estructurales en lo relativo a la formación de los profesionales de la salud. Este artículo tiene como objetivo discutir la integración de las residencias médicas y multidisciplinarias de formación que permite a pleno rendimiento en la atención primaria de salud, la concatenación con los objetivos del Sistema Único de Salud (SUS). Por lo tanto, el análisis de los documentos de dominio público se realizó en sitios del Ministerio de Educación y Cultura y el Ministerio de la Salud, por lo que era posible tener la lectura del contenido oficial y el diálogo con la práctica de los residentes de un programa de residencia multidisciplinaria en atención primaria con énfasis en la salud de la familia. Se encontró que no hay intercambio de horas teóricas y prácticas entre la residencia médica y multiprofesionales, que restringen la actuación multidisciplinaria. Para mejorar la realidad constatada, se sugiere que actividades como atención, discusión de casos y visitas domiciliarias sean realizadas en constante interacción entre los profesionales de ambos programas de Residencia. De esta manera, sería posible un mayor grado de articulación entre los profesionales y las acciones en vista del bienestar del usuario.

**Palabras clave:** Atención primaria de salud; Residencia médica; Residencia multidisciplinaria; Formación profesional de salud.

## Abstract

The expansion of basic health care and the implementation of Mais Médicos program at Brazil involves structural changes as regards the training of health professionals. This article aims to discuss the integration of medical and multidisciplinary residences for training that enables full performance in basic health care, concatenating with Sistema Único de Saúde (SUS) goals. Therefore, public domain documents analysis was performed on websites of the Ministry of Education and Culture and the Ministry of Health, so that we could have the official content and dialogue with the practice of residents of a Multidisciplinary Residency program in Basic Care with emphasis on Family Health. It was found that there is no sharing of theoretical hours and practices among physicians and multidisciplinary residencys, what restricts the multiprofessional care. To improve the reality, it is suggested that activities such as attendance, case discussion and home visits be carried out in constant interaction between the professionals of both Residence programs. Thus, it would be possible greater articulation between professionals and wellness actions for the patient.

**Key-words:** Basic Health Care; Medical Residency; Multiprofessional Residence; Vocational Training in Health.

## Introdução

A partir da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, do conceito ampliado de saúde e com base na Constituição Federal de 1988, foi criado e instituído o Sistema Único de Saúde – SUS. Este se organiza através de princípios finalísticos: universalidade, equidade e integralidade, que dizem respeito ao sistema que se quer consolidar. Bem como princípios organizativos que compreendem a descentralização, regionalização, hierarquização, participação social e que tratam das políticas projetadas e operacionais para essa consolidação. (Teixeira, 2011).

A organização da estrutura de serviços oferecidos pelo SUS, se dá através da regionalização e hierarquização, dessa forma se divide em três níveis de atenção: atenção básica (AB) ou atenção

primária à saúde (APS), atenção secundária e atenção terciária à saúde, que se distinguem pela caracterização da demanda, complexidade, peculiaridades de atenção e tipo de tecnologia utilizada. (Lei n. 8.080, 1990).

É importante ressaltar que particularmente no Brasil, os termos atenção básica, atenção primária à saúde e atenção primária podem ser equivalentes em significado e são usualmente encontrados em literatura científica e nas políticas públicas. (Mello, Fontanella & De Marzo, 2009). Utilizaremos o termo Atenção Básica neste artigo, compreendendo-o como base de importância não só no cuidado, mas justamente por ser a via do poder público que mais se aproxima da população e procura assistir as desigualdades de um sistema maior. Segundo o pacto pela vida de 2006, a Atenção Básica torna-se a principal estratégia sanitária do país por meio da coordenação do cuidado, avanço na garantia dos direitos relacionados à saúde, conquista dos princípios e diretrizes do SUS e resistência aos interesses neoliberais. (Ministério da Saúde [MS], 2006a).

Concebida como ordenadora do sistema regional, integrando os diferentes pontos que a compõem e definindo um novo modelo de atenção à saúde, a Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção, voltada para promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. (Ministério da Saúde [MS], 2006b).

Diferente de oferecer “cuidados primitivos” ou uma estratégia para a redução de investimento financeiro e sucateamento da saúde, é possível dar à Atenção Básica o papel de estimular o autocuidado da população a fim de, contrariando o biologismo antes vigente no modelo médico hegemônico que atribuía papel passivo ao paciente diminuindo a compreensão sobre o seu próprio corpo. (Menéndez, 1988).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) incorpora o conceito ampliado de saúde como um direito assegurado pelo Estado, decorrente de conquistas sociais compatíveis com o momento histórico vivenciado por uma sociedade. Tal instância compreende as pessoas como fenômenos multifacetários compostos por demandas diversas como: alimentação, habitação, educação, meio-ambiente, lazer, posse de terra, acesso a serviços de saúde, trabalho e renda, demandas que impactam diretamente no processo de saúde e doença da população. (Ministério da Saúde [MS], 1987).

Também é possível estimular a interação familiar e da comunidade, imbuindo-as do papel fundamental que detêm na transformação social e política. Deste modo, incentiva-se a independência dos grupos sociais, que podem se tornarem aptos a questionar o modelo médico hegemônico fortalecendo o protagonismo social, contribuindo para a autonomia da coletividade na sua relação com o Estado. (Menéndez, 1988).

A proximidade com a população permite que sejam construídas em conjunto com a comunidade, estratégias de atuação de promoção à saúde, prevenção e proteção à saúde

adequadas à sua realidade garantindo o direito e contribuindo para a transformação em uma sociedade mais igualitária e equânime. É fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (MS, 2006b).

Alinhada não só aos princípios do SUS, mas também à nova concepção de saúde, cabe aos profissionais da atenção básica grande responsabilidade e desafios em sua atuação, exigindo uma mudança desde a formação desses profissionais. Estão colocadas a esses profissionais complexidades sociais e culturais da população, antes alheios ao olhar da saúde. (Menéndez, 1988).

Para garantir acesso à saúde de qualidade para a população, as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) são preferencialmente instaladas no território onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem. (MS, 2006b).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a proposta de ser acolhedora, resolutiva e responsável pela gestão do cuidado do usuário nos demais equipamentos que compõem a rede, caminhou para abertura de equipes variadas para as diferentes realidades das populações brasileiras, um nível de atenção capaz de responder a complexidade social e cultural encontradas em um território que é reflexo de uma sociedade desigual. (MS, 2006b).

Um dos programas relacionados à Atenção Básica é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que por meio das UBSs, oferece serviços multidisciplinares às comunidades como, por exemplo: consultas, exames, vacinas e outros procedimentos de baixa complexidade. (Ministério da Saúde [MS], 2012).

Destaca-se na Atenção Básica o princípio da integralidade, que busca considerar o sujeito em sua singularidade. Para atingir tal objetivo prescinde-se que as atividades laborais ocorram de forma interdisciplinar, multiprofissional e em equipe (MS, 2012). Garantir a integralidade da atenção à saúde, significa olhar para esse usuário em seu contexto e complexidade, compreendendo sua forma peculiar de agir no mundo e os determinantes sociais presentes em sua ação, exigindo uma atuação multiprofissional preparada para atuar de forma ordenada e dinâmica garantindo que o usuário, sujeito-social singular, seja o protagonista. O desafio da formação é criar espaços de troca e construção de conhecimento transdisciplinar para responder a essas exigências.

As primeiras Residências Médicas (RM) surgiram em 1879 nos Estados Unidos, preconizadas pelos professores Oslei e Hausted voltadas para as áreas de cirurgia e clínica médica. (Haubrich, Silva, Kruse & Rocha, 2015).

Um grande marco no cenário da medicina foi o relatório publicado em 1910 por Abraham Flexner, que recebeu grande enfoque, pois criticava a heterogeneidade dos cursos de graduação médica ofertados nos Estados Unidos e Canadá, propondo que houvesse uma padronização da educação

médica, resultando no modelo assistencialista curativo, centrado no cuidado intra-hospitalar que conhecemos atualmente. (Haubrich, Silva, Kruse & Rocha, 2015).

No Brasil, os programas de Residência Médica tiveram início na década de 1940 e até a década de 1960, se concentravam basicamente nos hospitais públicos tradicionais e nos hospitais universitários públicos, seguindo o modelo da medicina americana. A partir de então esse tipo de programa ganhou popularidade entre os recém-formados, pois além de inserir o jovem médico no mercado de trabalho, a residência propiciava a experiência de uma visão prática da Medicina e dos problemas que o setor de saúde enfrentava. Dessa forma movimentos em favor da criação de novas escolas e do aumento de vagas para Medicina nas universidades impulsionaram a multiplicação dos programas de Residência pelo Brasil, fundamentando a tendência especializada. (Ribeiro, 2011).

Em 1977 o governo federal instituiu o decreto n. 80.281, que cria a CNRM (Comissão Nacional de Residência Médica), órgão que a partir de então, definiria Residência Médica como uma modalidade de ensino em pós-graduação destinada a médicos sob forma de especialização, caracterizada por treinamento em serviço que ao seu término confere ao médico o título de especialista, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, contando com a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. (MS, 2006b).

De acordo com Ribeiro (2011), existem atualmente em funcionamento cerca de 3.500 programas de Residência Médica credenciados ou a recredenciar. No Brasil todos os estados possuem esse tipo de programa, somando aproximadamente 28.500 vagas disponíveis, sendo a maioria em instituições públicas.

Estudos da Secretaria de Gestão do Trabalho e Ensino em Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, apontam baixa procura por Residência em especialidades como: pediatria, psiquiatria, neurocirurgia, medicina de urgência e de saúde à comunidade (Atenção Básica). (Ministério da Saúde [MS], 2006c).

A Residência Médica em Atenção Básica recebe o nome de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade. A primeira Residência em Medicina Comunitária surgiu na Unidade Sanitária São José Murialdo, pela Secretaria Estadual de Saúde no Rio Grande do Sul, em 1976 e oferecia uma formação integrada composta pelo modelo clínico de saúde, pela saúde pública e saúde mental, propiciando uma visão crítica ao profissional e conseqüentemente uma postura humanizada. Este programa obteve positivos resultados e em 1978 tornou-se uma Residência Multiprofissional (MS, 2006c). Infelizmente anos depois a Residência Multiprofissional foi extinta por algumas divergências como a discrepância entre o salário e a carga horária do médico e demais profissionais, permanecendo apenas a Residência Médica. (Haubrich, Silva, Kruse & Rocha, 2015).

A criação deste modelo de Residência Médica, mostrou-se uma importante estratégia frente aos movimentos sociais que reivindicavam uma reformulação na saúde como um todo, de modo especial do modelo tecnicista e reducionista preconizado pelos médicos, cada vez mais especializados. (MS, 2006c).

A criação do Programa de Saúde da Família em 1993 e sua expansão na rede SUS resultou no aumento da procura por profissionais capacitados para atender de forma integral as demandas de saúde decorrentes do nível de Atenção básica. Neste cenário, os cursos técnicos, de graduação e pós-graduação em saúde foram reavaliados e reformulados pelo Ministério da Educação e Cultura em parceria com o Ministério da Saúde (2006c).

Também após a criação do Programa de Saúde da Família, os problemas no sistema e na formação dos profissionais de saúde realçaram-se, com a atuação dos agentes comunitários de saúde a necessidade de integração entre as equipes se tornou pauta. Em 1999 surgiram grupos oriundos de diversas entidades, como o Departamento de Atenção Básica e o Ministério da Saúde, a fim de criar um modelo de Residência Multiprofissional que respeitasse o saber de cada profissão, que acrescentasse, porém, a visão de promoção da saúde, integralidade da atenção e acolhimento. Este movimento conseguiu em parceria com diversos órgãos, publicar em 2001 através do Conselho Nacional de Educação, diretrizes curriculares para os cursos de graduação da área da saúde. (MS, 2006c).

A criação da SGTES deu-se em 2003 e foi criada para valorizar o trabalhador do SUS e realizar ações baseadas na Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. (MS, 2006c).

A SGTES encorajou a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRM) e estimulou grupos por todo o país para que se tornasse possível a inclusão da categoria médica na Residência Multiprofissional. (MS, 2006c).

A Residência Médica, curiosamente tem sua certificação reconhecida pela CNRM, porém o mesmo não ocorre com a Residência Multiprofissional. Ou seja, os profissionais médicos após a conclusão da residência têm assim a sua certificação, os demais profissionais da saúde que concluem a Residência Multiprofissional, obtêm título de especialista comum, não como residência. O Governo financia diversos programas de bolsas de estudos para estes profissionais residentes, porém ao final não os reconhece como tal, o que caracteriza uma incongruência entre pensamento e ações. (MS, 2006c).

No mesmo ano houve no mês de Dezembro o primeiro Seminário de Residência que reuniu diversos profissionais envolvidos direta e indiretamente nos programas de Residência Multiprofissional e Médica, com o intuito de avaliar os programas, repensar os objetivos alcançados

e desafios a serem vencidos como a expansão da multidisciplinaridade para todas as equipes de saúde, incluindo os profissionais que compõem os programas de Residência, a determinação dos componentes CNRMS, a criação de diretrizes nacionais direcionadas de forma padronizada a todos os programas de Residência e por fim, criação de um Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (MS, 2006c). De acordo com os desafios lançados no Seminário de Residência de 2005, verificou-se que de fato há uma padronização nos programas de Residência, encontrados de forma organizada através do site MEC. Entretanto no que diz respeito a multidisciplinariedade não foram observados indícios de que a mesma ocorreu entre as equipes da Residência Multiprofissional e Residência Médica.

O distanciamento que existe atualmente entre residências médicas e multiprofissionais em saúde nos leva ao seguinte questionamento: será que de fato atingiremos o grande desafio de expandir para todas as equipes de saúde a multidisciplinaridade?

Os documentos confeccionados ao término deste simpósio contribuirão diretamente para que os vínculos entre os protagonistas dos movimentos de residência multiprofissionais e órgãos públicos fossem estreitados, resultando na instituição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) responsável pela organização, acompanhamento e estruturação de todos os programas de Residência Multiprofissional no país. (MS, 2006c).

As Residências passaram a integrar as práticas de educação permanente do SUS tendo como principal função ampliar o conceito de saúde, na medida em que propiciam a troca de conhecimento entre residentes e funcionários do SUS, resultando em uma reforma tanto das práticas profissionais quanto do Sistema Único de Saúde. (MS, 2006c).

Em 2009 houve a liberação de 500 bolsas para programas de Residência já financiados pelo Ministério da Educação e Cultura em todo o país, 75% das vagas foram direcionadas ao nível de Atenção Básica / Saúde da Família, com enfoque na multidisciplinaridade e no desenvolvimento de competências para o NASF - Núcleo de Apoio a Saúde das Famílias. Os 25 % das vagas restantes foram direcionados para Residências em atenção clínica especializada em saúde. (Ministério da Educação e Cultura [MEC], 2016).

Em 2015 foram aprovados 56 novos programas de Residência Multiprofissional no Brasil, com maior concentração na região nordeste que contava com 15 programas e 128 vagas. (MEC, 2016).

O documento “Apontamento Sobre Residência Médica no Brasil”, relata sobre a grande quantidade de vagas ofertadas pelos programas de Residência Médica que infelizmente não são preenchidas por falta de procura dos recém-formados. Entre elas destaca-se a área de saúde da família e comunidade. Nota-se que há preferência dos médicos pelas vagas localizadas em regiões do país mais desenvolvidas. (Ribeiro, 2011).

É evidente que ao longo dos anos, muitas conquistas foram obtidas tanto na educação quanto nas práticas de saúde, dentre as quais podemos destacar a parceria entre Ministério da Saúde e da Educação, resultando na aproximação entre prática, ensino e gestão de saúde. Porém existem muitos desafios a serem vencidos, como o modelo da clínica individualizante em seus moldes mais tradicionais ainda hoje preconizado nos cursos de graduação de maneira geral. O questionamento que se faz é: por que não instrumentalizar tecnicamente estes futuros profissionais para que possam integrar mais efetivamente as equipes multiprofissionais de modo a atender a realidade sócio-cultural-econômica e assim atingir as transformações tão necessárias em nossa sociedade, em consonância com os princípios norteadores do SUS?

## Objetivo

Visto que, dentre os objetivos do Programa Mais Médicos destaca-se “fortalecer a prestação de serviços de Atenção Básica em saúde, aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação” (Presidência da República, 2013), o presente artigo objetiva discutir a integração entre as residências médica e multiprofissional para o atingimento de uma formação que possibilite atuação integral em Atenção Básica, concatenando com os objetivos do SUS.

## Método

Foi realizada análise de documentos de domínio público (Spink, 1999) em *sites* do Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Saúde, para que assim pudéssemos ter a leitura do conteúdo oficial e dialogar com a prática de quatro residentes de um programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica com Ênfase em Saúde da Família.

## Discussão

Os programas de Residência Médica e Multiprofissional tem recebido grande destaque no âmbito da saúde, ampliando-se em todo o país, articulando-se as demais políticas de saúde como o programa Mais Médicos e a educação permanente. Um campo de saber que possibilita a reflexão sobre diagnóstico, intervenção, criação e avaliação de políticas públicas é a Psicologia Política, que se caracteriza por sua transversalidade, dinamicidade e abertura a mudanças. (González-Suarez, 2009; Souza, 2015).

As Residências são integrantes das políticas de educação permanente, entendidas como um poderoso instrumento capaz de propiciar a mudança estrutural na rede de saúde, através da troca de conhecimento entre residentes e funcionários do SUS. Tal ação favorece a reformulação das

práticas tradicionais, resultando na ampliação da assistência de saúde, que passa a ocorrer de forma integral, atendendo o usuário em todas as suas demandas de saúde. É discutido se na prática tal transformação na rede SUS tem ocorrido, visto que os programas de residência no Brasil existem há aproximadamente 76 anos.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (MS, 2012), é fundamental e norteador do trabalho:

*“IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção (...)” PNAB 2012 pp. 21-22*

Observa-se que embora esta seja uma diretriz tanto do Ministério da Saúde quanto da Educação e Cultura, não foram localizadas referências, para a integração entre as diversas áreas da saúde e a Medicina nos Programas de Residência.

Assim, embora argumente-se na Política Nacional de Atenção Básica (MS, 2012) em favor da maior integração entre as diversas áreas da saúde – entende-se que a medicina é uma delas – é laborioso consolidar tal ideia uma vez que isto não se faz presente nem mesmo nos objetivos dos programas de residência. Deste modo, desde a graduação, as formações nas diversas profissões da saúde primam por um especialismo, proporcionando a manutenção de práticas que não visam a integralidade e sim o trabalho individual. Tal condição poderia ser de certa forma alterada na formação continuada, entretanto, do modo como estão estabelecidos os Programas de Residência Médica e Multiprofissional, não há convergência para a multidisciplinaridade efetiva.

Por meio de tabela expositiva foi realizada comparação entre as residências Médica e Multiprofissional:

### Quadro comparativo de estrutura das residências Médica e Multiprofissional

<b>Início</b>	1944	1978
<b>Regulamentação</b>	1977	2005
<b>Profissões Envolvidas</b>	Medicina	Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (resolução do CNS de 1998).
<b>Parceria entre Ministério da Saúde e da Educação</b>	Sim	Sim
<b>Duração</b>	2 anos	2 anos
<b>Carga Horária Semanal</b>	60 h	60 h
<b>Carga Horária Prática</b>	80 a 90%	80 %
<b>Carga Horária Teórica</b>	10 a 20%	20%
<b>Remuneração</b>	R\$3.330,43	R\$3.330,43
<b>Nomenclaturas dos Programas</b>	Residência Médica; Residência em área Profissional de Saúde; Residência Uniprofissional.	Residência Multiprofissional em saúde.
<b>Processo Seletivo</b>	Prova escrita obrigatória e única versando sobre conhecimentos de Medicina - com peso mínimo de 90%; Prova oral, entrevista ou avaliação curricular, a critério da instituição, com peso máximo de 10%.	A critério de cada instituição, definidos no edital, do processo seletivo (etapas, tipos de provas e peso). Podendo ser composto por Prova escrita, avaliação curricular, entrevista.

FONTE: Ministério da Educação e Cultura<sup>6</sup>.

Após análise da tabela, foi constatado que do ponto de vista estrutural, as Residências Médica e Multiprofissional têm forma e objetivo com muitas semelhanças, a diferir o ano de início e área profissional envolvida no programa.

Não foi possível fazer comparação entre as grades curriculares da Residência Médica e multiprofissional, pois não foram encontrados dados compatíveis, existindo maior registro para as residências médicas, talvez por serem estas mais consolidadas. As informações mais proeminentes dizem respeito ao Programa Mais Médicos referenciando o programa de Residência Médica.

Ambos os programas parecem caminhar paralelamente, não havendo uma convergência para a atuação integral em saúde, apesar da semelhança estrutural. Deste modo a saúde que se quer parece estar num interstício não ocupado pelas já reconhecidas profissões de saúde.

Infelizmente muitas questões perpassam esta relação entre residente e funcionário do SUS, questões que dificultam a concretização da mudança na rede, das quais podemos pontuar: os gestores tradicionais contrários as reestruturações no sistema, as tensões que emergem da relação residente e funcionário SUS, em que cada um entende seu saber como verdade absoluta, que impede a real troca e construção de saberes.

As políticas de educação permanente visam preencher as lacunas que existem na formação tecnicista aprendida pelos funcionários do SUS, formação que não contempla a totalidade das demandas dos cuidados em saúde, porém no momento em que se insere o residente no SUS com a função de atuar como agente de mudança será que não estamos anulando a riqueza de saber obtido nas práticas de saúde pelos funcionários?

De fato, é o que ocorre em muitos casos, pois só a residência não garante que o profissional esteja preparado para desenvolver novas práticas de saúde, indiretamente faz-se uma distinção entre os que supostamente sabem muito (gestores e residentes) versus os tecnicistas que precisam mudar suas práticas (funcionários do SUS), mantendo a hierarquia e imposição do saber de forma vertical, aos funcionários é imposta uma mudança que não garante que de fato tornem-se agentes de mudança. (Haubrich, Silva, Kruse & Rocha, 2015).

É questionável o grandioso investimento do governo nos programas de residências, pois parece tratar-se de um custo-benefício pouco eficaz que precisaria ser melhor estruturado. É evidente que não estamos invalidando as inúmeras conquistas que os Programas de Residência tiveram ao longo dos anos, mas sim chamando a atenção para a urgência de uma reformulação em tais programas, visando em seus objetivos a integralidade.

Mostra-se imprudente impor aos residentes, em geral profissionais recém-formados, advindos de uma graduação precursora de práticas tradicionais a responsabilidade por todo um processo de mudança no SUS, faz-se necessário que as políticas de educação permanente na rede sejam ampliadas.

Considerando ser a Residência espaço para integração e troca de saberes para a construção de um conceito ampliado de saúde, por que será que há um abismo entre Residência Médica e Residência Multiprofissional? Tal distanciamento entre médico e os demais profissionais de saúde ocorre somente nos programas de Residência?

Fica claro que historicamente foi destinado a medicina um lugar de destaque em relação as demais disciplinas, algo que entendemos estar atrelado a uma importante reformulação na identidade e nas práticas do médico a partir do relatório de Flenex em 1910 (Haubrich, Silva, Kruse & Rocha, 2015), pautada na concepção da medicina como uma prática assistencialista curativa, que tem como principal forma de atuação o cuidado intra hospitalar. Assumindo no imaginário popular, a representação do médico como um ser superior capaz de curar tudo e todos.

Considerando as angústias do homem contemporâneo acerca da finitude / morte podemos pensar que o modelo biomédico se mostra capaz de abarcar tais angústias, pois oferece à sociedade o alento de que toda e qualquer enfermidade possa ser curada, logo destitui-se o conceito de morte e finitude.

Por tanto, manter a medicina em um nível de igualdade com as demais áreas de saúde transpassa questões culturais muito delicadas e arraigadas as concepções de homem contemporâneo.

É evidente que existem inúmeras diferenças entre as Residências Médicas e multiprofissionais, decorrente não só da formação tradicional ofertada na graduação a todos os profissionais, mas também aos fatores históricos e culturais. Ao médico é conferido o pesado fardo de dispor de um saber absoluto além da quase missão, de curar todos os seus pacientes.

Nos programas de Residência Médica este fardo não é substituído, desde a publicação das vagas há certa distinção entre médicos e demais profissionais. Há diferentes editais, além de cursos preparatórios para prestar as provas, compostas por uma média de 100 questões, além de grande concorrência entre os candidatos, haja visto as predileções dos recém-formados por vagas voltadas para as especialidades e localizadas em regiões do Brasil bem desenvolvidas. Todos estes fatores enfatizam a responsabilidade e as expectativas sociais que permeiam a figura do médico.

A Residência Médica mantém sua grade curricular voltada para a especificidade, não propiciando ao médico a obtenção de aportes para ampliar sua atuação no âmbito multidisciplinar. Ou seja, reforça um modelo que não favorece os princípios de promoção e prevenção de saúde, mas reforça o assistencialismo curativo.

É necessário desenvolvimento de propostas mais humanizadas e integrativas em saúde, de forma a atingir os objetivos propostos na Política de Atenção Básica, para tanto é interessante propiciar troca de saberes entre todos os profissionais de saúde, retirando as características do modelo médico hegemônico.

Se fossem amplamente abordadas e discutidas nas graduações da área de saúde as disciplinas: saúde coletiva, saúde pública, SUS, Atenção Básica em saúde, haveria maior probabilidade de os sujeitos em formação terem a possibilidade de sensibilizarem-se com a realidade da maioria das pessoas e atuarem em conjunto com outros parceiros profissionais de saúde, promovendo, através de sua prática a atenção à saúde integral. Assim, a teoria une-se à prática na construção de sujeitos mais politizados e engajados.

Praxedes (2002), alerta para o risco de, ao ensinarmos dada teoria, ainda que originalmente, de base social, corre-se o risco de apenas fortalecermos os opressores, sem, contudo, oportunizar voz aos já oprimidos.

Cohn (2011) discute o ensino de Antropologia nos cursos da área de saúde, não só a implementação, mas a escolha do conteúdo a ser desenvolvido com os estudantes.

Pinheiro, Nóbrega-Therrien, Almeida & Almeida (2009) apontam para a necessidade de se construir um percurso teórico-prático precoce no que diz respeito às humanidades, uma vez que quanto mais o aluno avança no curso, mais firmemente vai estabelecendo suas prioridades de modo

a reproduzir o *status quo*, quando não negar sua própria identidade, origem e territorialidade ao distinguir-se e de certa forma distanciar-se da comunidade da qual emergiu.

Pensar sobre as possibilidades de atuação para além do consultório (Fleury, 2006), de uma visão individualizante, reducionista e mercadológica, pressupõe um ensino contextualizado diante do sujeito e da realidade social que nos cerca. Um dos desafios do processo ensino-aprendizagem é construir uma visão crítica sobre a realidade neoliberal atual e um posicionamento ético-político na futura atuação profissional (Sawaia, 2001). Tal percurso precisa ser construído por todos: docentes, discentes, instituições de ensino, poder público e sociedade civil.

Em certa medida é natural que a academia leve algum tempo para estruturar e formalizar o que se passa no 'mundo real', extra-acadêmico, a já famosa dialética *práxis-teoria*. Entretanto, devemos atentarmo-nos para o fato de que a transformação social que de fato queremos, depende da construção curricular que contemple aspectos passíveis de suportarem uma formação crítica dos novos profissionais.

A inserção de disciplinas e ou discussões sociais críticas no processo formador pode encontrar obstáculos diante dos próprios docentes e dirigentes, que possui vivência profissional e foi hegemonicamente formado pela e para a atuação clínica.

Os Programas de Residência passam por problemas estruturais que refletem na manutenção desta atuação clínica, visto que não só os residentes tenham internalizado tal modelo, mas muitos de seus preceptores e tutores da Residência que poderiam fornecer-lhes subsídios para uma mudança na atuação, mantêm tal modelo.

Embora haja algumas definições do Ministério da Educação com relação a tutoria e preceptoria, das quais podemos pontuar a exigência de que hajam quantidade adequada para suprir as demandas dos residentes e que disponham de no mínimo três anos de experiência e mestrado, na prática percebe-se realidade bem diferente. A insuficiência de profissionais para orientação dos residentes os deixa a mercê das práticas tradicionais por serem amplamente conhecidas ao longo da graduação.

Enfim, somos levados a questionar se de fato a mudança que se coloca a cargo dos programas de Residência de fato ocorrem, pois a problemáticas vivenciadas na sua estrutura associado ao modelo clínico preconizado nas graduações nas diferentes profissões que compõem a saúde incluindo a medicina, nos leva a pensar que na prática muitos programas de residência acabam funcionando como mão-de-obra tecnicista que mantêm a concepção de saúde pela ótica da cura, que apenas amplia a oferta de saúde no SUS, mas que permanece aquém de cumprir os objetivos preconizados pelo Sistema, não provocando movimentos significativos de mudança na Atenção Básica e no Sistema Único de Saúde como um todo.

## Considerações finais

Observa-se um entrave para alcançar a saúde pública que se quer, pois há de se considerar a saúde que se tem, e de que forma caminha-se para a que se almeja. Aparentemente há um ciclo, pois ao não se propiciar uma formação consistente em Atenção Básica, os alunos egressos das diversas formações não são atraídos para esta atuação. Sendo assim, poucos são os que dão continuidade a pesquisas nesta área. Outrossim, não se constitui grande contingente de docentes especializados nesta área para lecionar nas graduações. Encerrando-se assim um sistema que pode ser cindido com os Programas de Residência em saúde.

O programa de Residência Multiprofissional em saúde surge a partir de uma reivindicação social e seria de grande valia a integração e troca efetiva de conhecimentos entre os diversos profissionais de ambas as residências. Deste modo seria possível alcançar a almejada visão integrada sobre o indivíduo, tal qual se propõe a Psicologia Política. (Souza, 2015).

Mesmo com a diversidade existente na prática profissional dos residentes, ressaltaremos algumas experiências de êxito e troca entre médicos residentes e as psicólogas residentes multiprofissionais em algumas oportunidades. A partir de uma discussão de caso e objetivando a construção de um Projeto Terapêutico Singular Multiprofissional, pensou-se nos profissionais inicialmente necessários para oferecer suporte ao caso. Foi possível a realização de uma visita domiciliar multidisciplinar, com uma médica, uma nutricionista, uma psicóloga e um enfermeiro. Esta vivência se mostrou extremamente relevante e uma amostra prática do quão efetivo para o paciente e produtivo para os profissionais de saúde pode ser a atuação integrada almejada. O destaque se dá, pois usualmente a equipe multiprofissional na residência não conta com profissional médico.

Noutra oportunidade, dentro de um projeto integrado que visa o acolhimento de famílias, criado e estruturado pela Residência Multiprofissional, um residente de medicina da família pôde participar em conjunto com os demais profissionais de um dia de atendimento. Consultas compartilhadas entre todos os profissionais ocorreram e uma elucidativa discussão dos casos após os atendimentos, mais uma vez demonstrou de fato a resolubilidade de uma equipe contendo diversos profissionais da saúde, inclusive médicos. Além do claro benefício das várias visões profissionais presentes e da riqueza na troca de conhecimentos, qualquer demanda médica levantada no momento já pôde ser resolvida total ou parcialmente, evitando a burocracia e o encaminhamento desordenado do paciente sem ter vista a resolubilidade, que comumente ocorrem no serviço de saúde. Assim, o olhar multiprofissional de fato pode trazer efetivamente um ganho em qualidade, não apenas para o usuário do serviço, mas também para toda a equipe, que desta forma se aprimora.

Uma possibilidade de alteração desta realidade seria o compartilhamento parcial das horas teóricas e principalmente das práticas das Residências Médica e Multiprofissional, em atividades

como atendimento, discussão de casos, visitas domiciliares pelos profissionais de ambos os programas de Residência, possibilitando alto grau de articulação entre os profissionais e ações em vista do bem-estar do paciente. O processo se torna então centrado no usuário, ampliando a capacidade de cuidado de toda equipe de forma integral e conjunta.

## Referências

- Cohn, C. (2011). O ensino de Antropologia da Saúde na graduação: uma experiência. *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, 20(1): pp.41-49.
- Fleury, S. (2006). A Psicologia deve ir muito além do consultório. *Revista Psicologia Ciência e Profissão: Diálogos*, Brasília: Conselho Federal de Psicologia, n.4, dez., pp.6-9.
- González-Suarez, M. (2009). Psicología Política para la democracia, los derechos humanos y el desarrollo académico: compartiendo las experiencias desde Costa Rica. *Psicología Política*. Vol. 9. N° 18. pp. 237-257. Jul.- Dez.
- Haubrich, P. L. G., Silva, C. T., Kruse, M. H., Rocha C. M. F. (2015). Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como locus privilegiado da educação permanente em saúde. *Revista Saúde em Redes*. 1 (1):pp.47-56.
- Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. (1990, Setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília, DF. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>
- Mello, G. A., Fontanella, B. J. B., De Marzo, M. M. P. (2009). Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, São Carlos, v. 12, n. 2, pp. 204-213, abr/jun.
- Menéndez, E. L. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires, Argentina. pp. 451-464.
- Ministério da Educação e Cultura (MEC). (2016). Dúvidas Frequentes. Recuperado de <http://portal.mec.gov.br/conaes-comissao-nacional-de-avaliacao-da-educacao-superior/191-secretarias-112877938/sesu-478593899/17220-perguntas-frequentes>.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. (2006b). Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília, DF.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 110 p.: il. Série E. Legislação em Saúde.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (2006c). Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília, DF. Textos Básicos de Saúde. 414 p.: il. Série B.
- Ministério da Saúde. (1987). Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 430 p. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Coordenação de apoio à gestão descentralizada. (2006a). Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, DF. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)
- Pinheiro, F. M. C., Nóbrega-Therrien, S. M., Almeida, M. E. L., Almeida M. I. (2009). A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a prática da profissão. *Revista Gaúcha de Odontologia*, Porto Alegre, v. 57, n.1, pp. 99-106.
- Praxedes, W. L. A. (2002). A solidão do professor universitário. *Revista Espaço Acadêmico*. Ano II, n 14.
- Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. (2013, 22 de Outubro). Lei nº 12,871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. Brasília, DF. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm)
- Ribeiro, M. A. A. (2011) Apontamentos sobre Residência Médica no Brasil. In Câmara dos Deputados Praça 3 Poderes Consultoria Legislativa Anexo III – Térreo. Brasília, DF.
- Sawaia, B. B. (2001). O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In Sawaia, B. (org.) *As artimanhas da exclusão : análise psicossocial e ética da desigualdade social*. (3a ed.) (pp. 98-118). Petrópolis: Vozes.
- Souza, T. R. P. (2015). Políticas Públicas no enfoque da Psicologia Política. In Silva, A. S. & Corrêa, F. (orgs.) *No interstício das disciplinaridades: a Psicologia Política*. (pp. 219-237) Curitiba: Prismas.
- Spink, P. (1999). Análise de documentos de domínio público. In Spink, M. J. P. (org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. pp.123-151. São Paulo, SP: Cortez.
- Teixeira, C. (2011). Os princípios do Sistema Único de Saúde. Salvador. Recuperado de [http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf)