

## As residências multiprofissionais no Pará: desafios e potencialidades na formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde

Multiprofessional residences in Pará: challenges and potential in training workers for the Unified Health System

### Gabriela Di Paula Dias Ribeiro

Mestre em Psicologia

Universidade Federal do Pará

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8718-8533>

### Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Doutor em Psicologia

Universidade Federal do Pará

E-mail: [ptarso@ufpa.br](mailto:ptarso@ufpa.br)

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1969-380X>

### Márcio Mariath Belloc

Doutor em Antropologia

Universidade Federal do Pará

E-mail: [mmbelloc@ufpa.br](mailto:mmbelloc@ufpa.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0928-7557>

### Resumo

Parte-se de um questionamento sobre a contribuição das residências multiprofissionais na formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde no estado do Pará, discute-se os caminhos da formação em serviço dos trabalhadores da saúde, inicia-se por um breve histórico das residências no território nacional. Tal histórico leva ao debate acerca da cisão entre residência médica e multiprofissional, bem como o papel das residências multiprofissionais como resistência ao modelo médico hegemônico. Por fim, aborda-se o panorama das residências multiprofissionais no estado, e sua importância para a formação de trabalhadores de saúde na região amazônica brasileira.

**Palavras-chave:** Internato não Médico; Comunicação Interdisciplinar; Saúde Coletiva.

### Abstract

It starts with a question about the contribution of multiprofessional residences in the training of workers for the Unified Health System in the state of Pará, discusses the paths of in-service training of health workers, starting with a brief history of the residences national territory. Such history leads to the debate about the split between medical and multiprofessional residences, as well as the role of multiprofessional residences as resistance to the hegemonic medical model. Finally, the panorama of multiprofessional residences in the state is addressed, and its importance for the training of health workers in the Brazilian Amazon region.

**Keywords:** Internship and Residency; Interdisciplinary Communication; Collective Health.

## Introdução

O presente artigo parte de um questionamento sobre a contribuição das residências multiprofissionais na formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde no estado do Pará. Tais questões fazem parte de uma pesquisa de mestrado desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, apresentada em junho de 2019<sup>1</sup>. Neste manuscrito será discutido a respeito dos caminhos da formação em serviço dos trabalhadores da saúde, iniciará por um breve histórico das residências no território nacional. Tal histórico levará a debater sobre a cisão entre residência médica e multiprofissional – ou em área profissional da saúde –, discutindo o papel das residências multiprofissionais como resistência ao modelo médico hegemônico. Por fim, abordará o panorama das residências multiprofissionais no estado do Pará, e sua importância para a formação de trabalhadores de saúde na região amazônica brasileira.

### As Residências: Médica, Uniprofissional e Multiprofissional em Saúde

A palavra residência na língua portuguesa pode referir-se à morada, domicílio, casa onde se reside, bem como a casa de habitação dada pelo governo, autoridades locais ou corporação, para certos funcionários residirem, enquanto exercem as suas funções na localidade<sup>2</sup>. Esta última definição coaduna com a concepção clássica de residência médica: o

residente médico precisava morar no ambiente hospitalar. A residência médica chega ao Brasil diretamente influenciada pela concepção estadunidense que tinha regime de internato e dedicação exclusiva<sup>3</sup>.

A residência médica existe no Brasil desde a década de 1940. Nos anos 1960 e 1970 a procura cresceu juntamente com a disputa por um aprimoramento, principalmente, de médicos(as) recém-formados(as) que buscavam por uma formação menos fragmentada e mais apropriada às necessidades encontradas nos serviços de saúde. Em decorrência da elevada busca por esse tipo de formação existiram movimentos de residentes em prol da formalização e institucionalização da residência médica<sup>4,5,6</sup>.

Após mobilizações e lutas dos residentes médicos, o Programa de Residência Médica e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) foram criados em setembro de 1977 por meio do Decreto presidencial nº 80.281 e em junho de 1985 o Decreto nº 91.364 determinou a constituição e o exercício da CNRM, vinculando-a com a Secretaria de Ensino Superior (SESU) do Ministério da Educação, assim como o direito a uma bolsa mensal ao longo da vigência da residência<sup>5,7</sup>.

A residência médica foi a pioneira no Brasil, consolidou-se legalmente como uma modalidade de ensino em serviço, perdeu o seu

caráter inicial de internato, todavia sem deixar a requisição por dedicação integral. O êxito da mesma inspirou outras categorias profissionais da Saúde, como a Enfermagem, a criar um programa baseado no funcionamento das residências médicas. Desta forma, nos anos 1960 criou-se no Brasil a Residência de Enfermagem, que inicialmente não era legalizada e nem reconhecida. Somente em 1994, a partir dos primeiros seminários da Comissão Permanente de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem junto ao Conselho de Classe, foram promovidos diversos debates e a criação de documentos pela legalização das Residências em Saúde de Enfermagem, que ficaram conhecidas como residências uniprofissionais<sup>3,8</sup>.

Contudo, foi somente em 1996 com o Anteprojeto de Lei nº 2.264/1996 que a Residência em Enfermagem e a Comissão Nacional de Residência em Enfermagem foram criadas, a despeito de que ao longo dos anos as lutas em torno de uma legislação continuaram. Do mesmo modo que a residência médica influenciou a criação da residência de enfermagem, esta abriu espaços para tencionar a existências de outras residências, permeadas por longos caminhos; tais discussões construíram o campo necessário para construção da residência multiprofissional.

Na década de 1970, já existiam experiências multiprofissionais de formação em serviço. Em 1976, foi criada pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul a primeira

Residência em Medicina Comunitária a fim de suprir as demandas de saúde da população; construiu-se com base no contexto em que estava inserida, com o objetivo de desenvolver profissionais com um conhecimento integrado entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública. Sua ênfase humanista e crítica permitiu a aprendizagem por meio de práticas profissionais condizentes com a realidade psicossocial da população adstrita, o que proporcionou maior eficácia de atuação. Conforme as necessidades de saúde da comunidade, estas residências, dois anos após a sua criação, tornaram-se multiprofissionais<sup>3,6,9</sup>.

Outrossim, no nordeste do Brasil, em 1988 o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC/CCS/UFPB) foi instituído legalmente a partir da Resolução nº 26/96 do Conselho Superior de Ensino e Extensão – CONSEPE e vinculado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Desde então, atua diretamente em prol do fortalecimento e consolidação do SUS, fomenta e desenvolve o campo da saúde coletiva/saúde pública a partir da pesquisa, extensão, cursos de atualização e programas de residências em saúde, a exemplo da Residência em Medicina preventiva e social, criada no final de 1980 e início dos anos 1990, logo após a criação do NESC. Este programa teve a inserção multiprofissional; e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, foi instituída entre o início e a segunda metade da década de 2000<sup>10</sup>.

A despeito das residências multiprofissionais já serem uma realidade no Brasil, como visto acima, somente em meados de 2003, como consequência da Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS, as Residências em Saúde tornaram-se pauta de discussão. Em 2005 foi promulgada a Lei Nº 11.129, que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde, o Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). É a partir da Portaria Interministerial Nº 2.117, de 3 de novembro de 2005 que a Residência Multiprofissional em Saúde é concebida na esfera dos Ministérios da Saúde e da Educação como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, com um enfoque para a educação em serviço e para as categorias profissionais da saúde, excetuada a médica<sup>6,9,11</sup>.

Conforme o inciso 1º e 2º da Lei 11.129 a residência em questão é um programa de cooperação intersetorial para facilitar a entrada qualificada de jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, prioritariamente, em áreas do SUS em regime de dedicação exclusiva e perante supervisão docente-assistencial de responsabilidade das esferas da educação e da saúde. Os programas de Residência Multiprofissional em Saúde, em âmbito nacional, têm uma potencialidade pedagógica e política que precisam ser utilizadas e valorizadas. O seu foco é contribuir com a capacitação de profissionais e, concomitantemente, com a oportunidade de configurar uma transformação tecnoassistencial do SUS<sup>7,9,12</sup>.

Em razão de configurar-se em uma alternativa de educação em saúde por meio da exposição de profissionais ao serviço de saúde, o programa provou-se com as qualidades, entraves e desafios da saúde coletiva. Desta forma, o profissional é impelido a uma relação dialógica entre todos os atores que fazem parte da rede de assistência à saúde, convidando-os para uma prática crítica e reflexiva e para uma construção coletiva de saúde, na qual, todos são parte do processo e precisam estar implicados com o fortalecimento do SUS<sup>7,13,14</sup>

Não obstante, questiona-se a presença do profissional da medicina em uma residência multiprofissional em saúde; afinal, como denominar multiprofissional se não há a presença de um médico. Meneses et al. referem que:

Mesmo tendo sido criados programas multiprofissionais de residência em saúde, os profissionais com formação básica em Medicina não têm sido incluídos. Por uma incompreensão da legislação que, ao criar a residência em área profissional da saúde, não alterou a Lei de Residência Médica e nem seus termos de diplomação especializada, equivalente tanto à pós-graduação acadêmica *lato sensu* quanto à titulação de especialidade médica, conforme regulamentação conjunta do Conselho Federal de Medicina, da Associação Médica Brasileira e da Associação Brasileira de Educação Médica. A não alteração da Lei da Residência Médica não deveria impedir a presença de médicos nas residências multiprofissionais, apenas não lhes asseguraria as prerrogativas da obtenção do título de especialista médico. Sendo o médico um profissional que atua na prática do cuidado integral à saúde, integrando a equipe de saúde e

estando previsto nas equipes mínimas da ESF e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); não há motivo de exclusão desses em relação às residências multiprofissionais, carecendo apenas de regulamentação a sua inclusão pela integração das duas modalidades de residência ou para a obtenção de aperfeiçoamento (não especialidade) profissional que não implique titulação equivalente à especialidade médica regulamentada<sup>6,36</sup>.

É necessário refletir acerca da construção de uma residência em saúde interdisciplinar e em prol de uma assistência integral, com uma melhor atenção para os seus usuários. Sabe-se que um cuidado interprofissional é um aperfeiçoamento essencial para os trabalhadores da saúde e para a população. Pensar esse cuidado sem a presença do médico conforme a produção escrita da legislação, que estabelece a residência multiprofissional como a de todos os profissionais da saúde, carece de lógica. Tendo em vista que a residência médica é um tipo de residência, perde-se o sentido a existência das residências ditas uniprofissionais, tendo em vista que ao se inserir no serviço encontrará e trabalhará com diferentes profissionais de saúde<sup>6</sup>.

Ao discorrer a respeito de uma equipe de profissionais de saúde cabe evidenciar que o trabalho em equipe envolve três campos: a multidisciplinaridade, que convida os profissionais a ampliarem os seus olhares para além do seu núcleo disciplinar e a aproximarem-se e/ou reconhecerem a relevância de outras disciplinas; a interdisciplinaridade, que expande a conexão entre os saberes e sua interligação, a

partir de um problema chave que determina a divisão dos campos de conhecimento principais e complementares; por último, a transdisciplinaridade, que traz uma não hierarquização dos saberes disciplinares entre si a nível teórico e metodológico: os múltiplos saberes têm um movimento cooperativo e uma intercomunicação sem subjugação e com a possibilidade de construção no decorrer do processo<sup>15</sup>.

Nesse sentido, a transdisciplinaridade “baseia-se na possibilidade de comunicação não entre campos disciplinares, mas entre agentes em cada campo, através da circulação não dos discursos, mas pelo trânsito dos sujeitos dos discursos”<sup>14,17</sup>. Na interdisciplinaridade uma disciplina atua como a integradora e mediadora da circulação dos discursos, bem como a coordenadora das mesmas. Na multidisciplinaridade parte-se do contato entre diferentes campos disciplinares que somam entre si e espera-se a partir desse contato a possibilidade da emergência de uma síntese, como se fosse uma “aposta” inicial para um diálogo entre as “fronteiras disciplinares”, a fim de executar uma intervenção a partir de uma clínica ampliada.

A clínica ampliada é um trabalho em saúde que responde à exigência de integração das disciplinas e das profissões compreendidas como primordiais para práticas de cuidado integrais em saúde, ou seja, demanda por um trabalho em equipe e articulado a partir da noção de integração, de uma mudança de perspectiva em relação à saúde

e à doença no que diz respeito à conceitos de unicausalidade e multicausalidade. Nesse sentido, conseqüentemente, tem-se mudanças nos processos de trabalho baseado na ampliação “dos objetos de intervenção” e de concepções e modos de pensar o trabalho em saúde<sup>17,18,19</sup>.

Considerando que trabalhar ao lado de diversos profissionais de saúde não caracteriza um trabalho em equipe necessariamente, é preciso uma atuação integrada. Para isso, faz-se necessário refletir acerca dos processos de trabalho em saúde e pensar a respeito do conceito de trabalho morto e de trabalho vivo em saúde ao discutir acerca do trabalho em equipe. O trabalho vivo “[...] na condição de lugar de realização de práxis e de atualização da subjetividade do homem, constitui o núcleo entre os eventos da atividade humana”<sup>20:44</sup>. Toda atividade humana, portanto, é um ato produtivo que promove transformação e o agir de forma coletiva, o fazer de um organiza-se a partir do contato com próximo e vice-versa e ambos se constroem e se constituem nesse trabalho e se reconhecem neste<sup>21,22</sup>.

Por outro lado, o trabalho morto é o trabalho no qual a pessoa que o produziu não se reconhece nele ou se perde dele, feito “anteriormente”, que só chega por meio do seu produto. Os processos de trabalho em saúde estão atravessados tanto pelo trabalho morto quanto pelo vivo, ou seja, o cuidado em saúde em ato é um movimento de alternância entre estas duas possibilidades, que se misturam e dão forma a uma práxis em saúde integrada e coletiva<sup>22</sup>.

A prática cotidiana nos espaços de saúde deveria impelir os profissionais de saúde para um trabalho coletivo, uma produção de saúde atravessada pela transdisciplinaridade, que nos remete a que cada gesto de cuidado seja preenhe do campo da saúde coletiva. Cada gesto como um movimento político marcado pela construção conjunta do SUS e pela ampliação do olhar sob os determinantes do processo saúde e doença que inclui a perspectiva social como “categoria analítica”<sup>23,24</sup>.

Com a concepção do SUS em 1990, por meio da Lei Orgânica da Saúde, e com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, para atuação em saúde, exigiu-se se que o processo educativo fosse mais integrado à realidade dos serviços<sup>25</sup>. O profissional que atua na área da saúde coletiva precisa de uma formação para atuação dentro de um conceito ampliado de saúde e conseqüentemente para trabalhar com os princípios do SUS: uma saúde que prioriza a prevenção, a assistência da pessoa como um todo, deve primar pela integralidade e a equidade do cuidado, prezar por uma vida com qualidade e não somente pela ausência de doença. O SUS ao oferecer acesso aos serviços e aos bens de saúde, responsabiliza-se por conhecer e suprir as necessidades do usuário, as quais extrapolam a oferta unicamente técnica de um cuidado<sup>26</sup>.

Envolve resgatar uma dimensão cuidadora que gere uma atenção integral da saúde pautada em uma prática clínica que amplia os seus referencias para dar conta das dimensões que envolvem o cuidar em saúde<sup>27</sup>.

### **Residência Multiprofissional: resistência ao modelo biomédico?**

A Residência Multiprofissional em Saúde é uma modalidade de pós-graduação e se apresenta com uma das possibilidades de consolidação do SUS por meio de uma educação em serviço, envolvendo profissionais que possam atuar em uma equipe multidisciplinar, com base no princípio da integralidade e que tenham como foco a demanda do usuário de modo individual e coletivo<sup>10,11</sup>. Possui como eixo principal o ensino em serviço e é delineada no sentido da educação permanente, que preconiza que os processos de aprender e ensinar devem ocorrer concomitantemente nas instituições e serviços envolvendo os atores presentes nesse processo formativo<sup>7,25</sup>.

A educação permanente baseia-se também no uso de metodologias ativas que devem promover uma aprendizagem significativa; as metodologias ativas propõem-se a ensinar o aprendiz a partir de uma perspectiva centrada no aluno, que propicie autonomia, protagonismo, implicação e corresponsabilidade com o seu processo de aprendizagem, assim como atuar a partir de questões baseadas na vida real, problemas individuais e coletivos, que possibilitem a criatividade, o contato com o problema e uma reflexão-crítica para construir de modo coletivo intervenções vinculadas ao contexto vivenciado e significativas para o estudante movendo-o em direção a busca interessada pelo conhecimento<sup>28,29</sup>.

A aprendizagem significativa pauta-se na apreensão do conhecimento a partir de vivências que propiciem a integração entre teoria e prática, considerando que a experiência vivida pelo aprendiz traz consigo um conhecimento que tem a possibilidade de ser apreendido com sentido na experiência do aprendiz e pode vir a ser transformado em um novo conhecimento. Todavia, para isso faz-se necessária disponibilidade para aprender e o conteúdo ensinado precisa ser apresentado de modo interessante, permeado de sentido dentro do contexto vivenciado pelo aprendiz<sup>30</sup>.

Aproximar o discente da sua futura prática profissional facilita a sua aprendizagem na direção de um profissional resolutivo, criativo, com capacidade crítica e reflexiva acerca do problema enfrentado nos espaços de saúde - diferentemente de modelos tradicionais de ensino que se baseiam na transmissão mecânica de conhecimento, em uma perspectiva pedagógica “bancária” do conhecimento, sem a possibilidade de integrar teoria e prática, destituída de uma visão ampla de homem e acrítica; o aprendiz precisa memorizar o conhecimento sem necessariamente refletir acerca do mesmo<sup>28,30</sup>. Como ilustração de um modelo tradicional de ensino tem-se o modelo biomédico que se utiliza de uma prática clínica e de um ensino com uma perspectiva centrada na doença ou na sua investigação, fragmentada e com o foco nos dados biomédicos que se sobrepõem a pessoa adoecida<sup>31</sup>. Este modelo se apresenta:

[...] como um conjunto de conceitos e práticas que aborda o processo saúde-doença predominantemente com base na Biologia, na Física e na Química (Bonet, 1996), de maneira que pouco apreende as dimensões humanísticas (sociais, psicológicas, históricas etc.) das pessoas em seu adoecimento e respectivo tratamento. O recorte biológico (traço de universalidade, generalização e reprodutividade) que assim se processa nesse modelo permite o melhor enquadramento da Medicina dentro das Ciências Naturais, com isso produzindo e sendo produto da primazia da anatomopatologia na leitura e enunciação dos adoecimentos, em detrimento da consubstancialidade do corpo com as dimensões humanas do emocional, do subjetivo e do interativo. Em termos críticos, é clara e incontestada a existência de uma redução biomédica nesse modelo de compreender os adoecimentos. O modelo biomédico, construído na Modernidade, em tempos mais atuais, é alvo de críticas e remodelagens [...]. Nos vários cenários de ensino observados, pudemos ver na prática clínica o exercício do modelo biomédico na atenção à saúde e circunstâncias em que revela suas “insuficiências”, que, em realidade, se apresentam como limites da prática médica atual, quais sejam, os limites das transformações que este saber pode operar, em razão do tipo de aproximação praticada relativamente aos adoecimentos, científica e tecnicamente [...] <sup>31:8-10</sup>.

O modelo biomédico traz consigo também uma linguagem particular que distancia e/ou atrapalha a comunicação e o relacionamento médico-usuário, médico-equipe, médico-família, visto que, no campo das relações interpessoais é preciso habilidades e competências que exigem a consideração da dimensão subjetiva e humanista, campo este que não é aprendido a partir de uma transmissão passiva de

conhecimento, explicações e técnicas, a partir de uma intervenção verticalizada. Requer do profissional de saúde atitudes e habilidades que perpassem por uma visão holística e uma expansão de consciência individual e coletiva <sup>28,31</sup>.

As relações interpessoais, a produção de subjetividade e os encontros diários produzem relações intersubjetivas no trabalho em saúde; e este produz atos de saúde, na forma de procedimentos, acolhimentos e responsabilização. O trabalho em saúde possui diferentes dimensões tecnológicas que se relacionam para compor seu fazer, como: a tecnologia dura que foca nos procedimentos, exames laboratoriais, nas máquinas e ferramentas utilizadas como recursos para fins curativos e diagnósticos; a tecnologia leve-dura que está relacionada com a mobilização intensa de saberes profissionais de forma estruturada e consistente e, por fim, a tecnologia leve que está relacionada diretamente com o trabalho vivo em ato, com os encontros diários de subjetividades, com as relações intersubjetivas no agir em saúde <sup>22,32</sup>.

Observa-se que a prática dos profissionais de saúde é necessariamente intersubjetiva, dado que a saúde é um constructo multifatorial que envolve também aspectos sociais, econômicos e políticos. É a partir da configuração dessas três tecnologias, citadas acima, distintas e complementares entre si, que o sistema de saúde de qualidade pode ser ofertado ao usuário. Cabe ressaltar que a seara das tecnologias leves não é uma área específica de

nenhum profissional e que a atuação médica em uma perspectiva assistencial usuário centrada “deve ser” tecnologia leve dependente, comprometido com uma gestão mais coletiva dos processos de trabalho no interior das equipes de saúde, de uma maneira multiprofissional e interdisciplinar, pautado por resultados em termos de benefícios gerados para os seus usuários [...]”<sup>33:109</sup>

Para uma assistência usuário centrada faz-se necessário que a formação do profissional de saúde ofereça espaços para a aquisição de habilidades e competências que facilitem as relações interpessoais, a formação de vínculos, responsabilidade e capacidade de escuta clínica, além da aprendizagem estritamente técnica.

Nesse sentido, a educação da pessoa para o sistema de saúde, muitas vezes, acontece no dia a dia dos serviços. De acordo com Merhy<sup>28</sup> o trabalho provoca processos formativos que ativam as mudanças necessárias para a realização de novas práticas de cuidado em um determinado contexto, tais transformações ocorrem a partir do cotidiano dos afazeres. Há vários atravessamentos que precisam ser explicitados. Essencialmente, no que diz respeito ao modelo médico hegemônico<sup>34</sup>, que é um marco nas diretrizes das várias profissões da área de saúde. Buscar compreender o papel da residência multiprofissional é um desafio fundamental para revermos práticas profissionais que se aproximem de uma concepção de saúde pautada em um modelo humanizador das relações profissionais,

transformador das práticas de cuidado e transdisciplinar, no que se refere ao acúmulo que a população tem sobre o seu corpo e outros domínios e saberes que se negam objetivar no que pode se resumir na palavra paciente.

### As residências multiprofissionais no estado do Pará

Uma das características da residência é a valorização de cada localidade, posto que, a política de educação permanente se compromete com a regionalização, que tem o objetivo de se aproximar da população a partir da compreensão e do contato com a sua realidade e com a demanda regional. As ações e serviços são voltados para a especificidade de cada região com o objetivo de facilitar o acesso à saúde. Ademais, a residência como um espaço educativo inserido no SUS propicia transformações no processo de trabalho e nas práticas de cuidado em saúde, tal como traz para o usuário vivências significativas de um cuidado a partir de um conceito de saúde ampliado<sup>8,35</sup>.

O surgimento do programa de residência no Estado do Pará não foi diferente do contexto nacional; a primeira residência a ser instituída foi a médica, em 1977, na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA) em conjunto com a Universidade Federal do Pará (UFPA).

A primeira residência multiprofissional em saúde no Estado do Pará foi desenvolvida somente em 2009, com início em 2010, no Hospital Universitário João de Barros Barreto

(HUJBB) em parceria com o Hospital Público Ophir Loyola (HOL), o Hospital Universitário Betina Ferro de Sousa (HUBFS) e Unidades Básicas de Saúde vinculadas à UFPA. Foram ofertadas 20 vagas, 10 para a área de concentração em Oncologia, envolvendo as seguintes categorias profissionais: Psicologia, Biomedicina, Nutrição, Farmácia, Enfermagem e Odontologia e 10 para o programa Saúde do Idoso que abrangeu Psicologia, Farmácia, Enfermagem e Fisioterapia<sup>36</sup>.

E em 2011 foi criada mais uma residência multiprofissional em saúde no estado, vinculada à Universidade do Estado do Pará (UEPA), que teve início em 2012, em parceria com quatro hospitais da rede pública estadual: Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (HCGV), Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), Hospital Público Ophir Loyola (HOL) e Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE). O programa ofertou no início 66 vagas e compreendeu seis áreas de atenção à saúde: Estratégia Saúde da Família dirigida pela UEPA; Atenção à Saúde da Mulher e da Criança associada e executada pela FSCMPA; Oncologia/Cuidados Paliativos direta do HOL; Urgência e Emergência no Trauma vinculada ao HMUE; Atenção à Saúde Mental e a Atenção à Saúde Cardiovascular conduzida pelo HCGV<sup>37</sup>.

No ano seguinte ocorreu a ampliação de vagas a partir da área de concentração em Nefrologia vinculada ao HCGV que ofertou 3 vagas para este programa de residência multiprofissional.

Além disso, no mesmo ano de 2012 ocorreu a interiorização da área de concentração atenção à Urgência e Emergência no Trauma com a oferta de 9 (nove) vagas, na cidade de Santarém e 8 vagas na cidade de Altamira; desse modo, contabilizam-se 77 vagas ofertadas<sup>37</sup>. No Estado é a Coordenação de Educação em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA) que participa do desenvolvimento de todos os tipos de residências em saúde por meio da Gerência de Educação Permanente (GEP), que acompanha e monitora a formação de especialistas a partir das residências em saúde no Pará<sup>38</sup>.

De acordo com o monitoramento das residências em saúde do Estado do Pará, realizado no ano de 2018, a formação de especialistas provenientes das residências excedeu a expectativa, considerando que a meta estipulada foi de 957 especialistas formados a partir dos programas de residência em saúde e formou-se 1088 especialistas, que estão divididos em programas de residência multiprofissional, uniprofissional e médica, isto em decorrência da ampliação de vagas e abertura de novos programas de residência<sup>39</sup>.

Há atualmente 17 programas de Residência Multiprofissional em Saúde localizados em 03 municípios do Estado do Pará: 14 na cidade de Belém, 01 (um) em Bragança e 02 (dois) em Santarém. Ademais foram expandidas mais 02 (duas) vagas para nutrição e 02 (duas) vagas para a educação física, no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental

(UEPA/HCGV) no município de Belém e na cidade de Santarém, vinculada à Universidade do Oeste do Pará (UFOPA). No mesmo período, começou a funcionar a Residência Multiprofissional em Estratégia Saúde da Família para populações do Baixo Amazonas com 03 (três) vagas: 01 (uma) de enfermagem, 01 (uma) de odontologia e 01 (uma) de farmácia<sup>37</sup>. Como pode ser visualizado no Quadro 1 (anexo).

Conforme o relatório anual de gestão<sup>39</sup> o quantitativo total de residentes multiprofissionais em formação no SUS em 2018 foi de 398, somando os residentes do primeiro ano e os do segundo e abrangeram as seguintes categorias profissionais: enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, serviço social, educação física e biomedicina.

Observa-se, no Quadro 1, que a Universidade do Estado do Pará com 106 vagas em 2018 é a que mais dispõe de vagas em Programas de Residência Multiprofissional e a categoria profissional que mais oferece vagas é a Enfermagem, com 50 vagas para residentes do primeiro ano, com um total de 199 vagas no Programa. Ademais, a maioria dos programas estão concentrados no município de Belém, visto que, é a cidade onde há a maior concentração de instituições de ensino superior e de cursos de graduação da área da saúde. E sabe-se que para a criação de um programa de residência multiprofissional ou em área

profissional da saúde é preciso um vínculo com uma instituição de ensino superior<sup>39</sup>.

Outra modalidade de programas de residências é a de Área Profissional da saúde ou residência uniprofissional, que são programas constituídos por apenas uma profissão da saúde. No Pará (quadro 2), têm-se 08 programas de residência uniprofissional, sendo que 05 (cinco) ocorrem em Belém e 03 (três) na cidade de Castanhal, com um total de 32 vagas para residentes do primeiro ano<sup>39</sup>.

Por fim, os programas de Residência Médica em 2018 ofertaram um total de 311 vagas para residentes do primeiro ano, sendo distribuídas em 03 (três) municípios: 271 vagas na cidade de Belém, 10 vagas em Bragança e 30 vagas em Santarém. A maior quantidade de programas de residência médica está concentrada em Belém e está voltada prioritariamente para a alta e média complexidade. No caso da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade têm-se apenas 04 (quatro) programas em funcionamento que oferecem 30 vagas: 20 em Belém e 10 em Santarém; nota-se uma maior formação de médicos especialistas em relação à formação de médicos generalistas, a citar: médicos de família e comunidade<sup>38</sup>.

Evidencia-se que em 2013, a partir da promulgação da Lei Nº 12.871/2013 pelo Governo Federal, o Programa Mais Médicos foi instituído a fim de contribuir com a formação de profissionais na área médica para o SUS, com a

finalidade de reduzir a insuficiência de médicos em territórios de saúde subvalorizados, como Norte, Nordeste e Centro-Oeste e, desse modo, incentivar o fortalecimento da prestação de serviços na atenção primária em saúde no País; garantir a formação de médicos nas regiões mencionadas acima; aumentar o contato de médicos com as comunidades; expandir sua inserção durante a formação em unidades de atendimento do SUS e incentivar experiências de trocas com equipes multiprofissionais e intervenções interdisciplinares<sup>39,40</sup>.

No Estado do Pará, os programas de residências médica, uniprofissional e multiprofissional têm como espaços de formação principalmente os hospitais e apresentam uma perspectiva eminentemente curativa, com foco maior na doença do que em intervenções e ações de saúde com o foco para a prevenção ou para a atenção básica de saúde. Há uma formação altamente especializada que prejudica uma interação multiprofissional, da mesma maneira como dificulta uma formação orientada pelos princípios do SUS. A residência multiprofissional, similar à residência médica, é majoritariamente direcionada para a alta e média complexidade<sup>37,38</sup>.

## Considerações Finais

Observa-se que as residências multiprofissionais no Pará são majoritariamente voltadas para a atenção em saúde terciária, em detrimento dos outros níveis de atenção à saúde. Sendo assim, também os serviços majoritariamente onde se estabelecem os campos dessas residências, tem um forte contexto de hegemonia biomédica tanto na prática do cuidado quanto nas modalidades de formação, tendo em vista a precessão de programas de residência médica nesses espaços. Tais aspectos nos convocam a pensar sobre a potencial resistência ao modelo biomédico hegemônico dos programas multiprofissionais. De antemão já se estabelecem desde um desafio nada pequeno. Necessitam constituir-se com uma força suficiente para incidir sobre o pensar e agir em saúde desses serviços, para não sucumbir à lógica flexneriana da formação médica, e realmente produzir saúde integral. Além disso, frente à hiperespecialidade reinante da lógica biomédica, também se coloca como desafio a própria construção do conhecimento, diretamente ligado a cada gesto de cuidado, no trabalho vivo, fundamentado em um processo de educação permanente que envolva trabalhadores, preceptores, residentes e usuários.

## Referências

1. Ribeiro GDPD. A residência multiprofissional em saúde: sentidos atribuídos por psicólogas egressas [dissertação de mestrado]. Belém: Universidade Federal do Pará; 2019.
2. Dicionário do Aurélio Online. [S.l.]; 14 abr. 2018. Residência [acesso em 2018 Jul 9]. Disponível em: <https://dicionariodoaurelio.com/residencia>
3. Ferreira SR, Olschowsky A. Residência: uma modalidade de ensino. In: Fajardo AP, Rocha CMF, Pasini VL, organizadores. Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010. p. 23-34.

4. Feuerwerker LCM. A formação de médicos especialistas e a residência no Brasil. *Saúde debate*. 2001 jan; 25(57): 39-54.
5. Ribeiro MAA. Apontamentos sobre residência médica no Brasil [documento da internet]. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2011 [acesso em 2018 abr 12] Disponível em: [http://www2.camara.leg.br/a-camara/documentos-e-pesquisa/estudos-e-notas-tecnicas/areas-da-conle/tema11/2011\\_123\\_.pdf](http://www2.camara.leg.br/a-camara/documentos-e-pesquisa/estudos-e-notas-tecnicas/areas-da-conle/tema11/2011_123_.pdf).
6. Meneses JR, Ceccim RB, Martins GC, Meira IFF, Silva VM. Residências em saúde: os movimentos que as sustentam. In: Ceccim RB, Meneses LBA, Soares VL, Pereira AJ, Meneses JR, Rocha RCS, et al., organizadores. Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva. [Série Vivências em Educação e Saúde]. Porto Alegre: Rede Unida; 2018. p. 33-48.
7. Ferla AA, Rocha CMF, Fajardo AP, Dallegrave D, Rossoni E, Pasini VL, et al. As conexões entre as residências e ensino na saúde: produção de tecnologias educacionais e o aprender no mundo do trabalho a partir de um mosaico de experiência. In: Ferla AA, Rocha CMF, Fajardo AP, Dallegrave D, Rossoni E, Pasini VL, et al, organizadores. Residências e a educação e ensino da saúde: tecnologias formativas e o desenvolvimento do trabalho [Série Vivências em Educação e Saúde]. Porto Alegre: Rede Unida; 2017. p. 9-17.
8. Martins GDM, Caregnato RCA, Barroso VLM, Ribas DCP. Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica. *Rev. gaúch. enferm*. 2016 set; 3(37): 1-8 [acesso em 2018 set 21] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n3/0102-6933-rgenf-1983-144720160357046.pdf>
9. Ceccim RB. Prefácio. In: Fajardo AP, Rocha CMF, Pasini VL, organizadores. Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010. p. 17-22.
10. Ceccim RB, Meneses LBA, Soares VL, Pereira AJ, Meneses JR, Rocha RCS, et al., organizadores. Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva [Série Vivências em Educação e Saúde]. Porto Alegre: Rede Unida; 2018.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios [Série B. Textos Básicos de Saúde]. Brasília, DF, 2006 [acesso em 2015 jul 29]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf)
12. Machado LDS, Tamboril ACR, Machado MFAS, Maia ER, Lopes MSV. Representações de profissionais residentes acerca das estratégias pedagógicas utilizadas no processo formativo da residência multiprofissional. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2018 nov; 52; 1-8 [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/1980-220X-reeusp-52-e03386.pdf>
13. Moreira KFA, Oliveira JLC. Narrativa da Residência Multiprofissional em Saúde: desafios para a Universidade Federal de Rondônia (Unir). In: Brasil. Ministério da Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios [Série B. Textos Básicos de Saúde]. Brasília, DF; 2006. p. 17-34 [acesso em 2018 jul 29]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf)
14. Brito AC, Santos CM. Especialização Integrada em Saúde Coletiva - Modalidade Residência Multiprofissional: em foco uma experiência de formação do Centro de Educação Permanente da Saúde do Município de Aracaju no modelo saúde todo dia. In: Brasil. Ministério da Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios [Série B. Textos Básicos de Saúde]. Brasília, DF; 2006. p. 61-96 [acesso em 2018 jul 29]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf)
15. Luz MT. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde Soc*. 2009; 18(2): 304-11.
16. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Colet*. 1997; 2(1-2): 5-20.
17. Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 419-26.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada [Série B. Textos Básicos de Saúde]. Brasília, DF; 2012.
19. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 5, de 15 de março de 2011. Brasília, DF; 2011 [acesso em 2018 ago 5]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=7692-rces005-11-pdf&category\\_slug=marco-2011-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7692-rces005-11-pdf&category_slug=marco-2011-pdf&Itemid=30192)
20. Hamraoui E. Trabalho vivo, subjetividade e cooperação: aspectos filosóficos e institucionais. *Cad. psicol. soc. trab*. 2014; 17(1): 43-54 [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: [http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/80631/pdf\\_4](http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/80631/pdf_4)
21. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da Educação Profissional

em Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 278-84.

22. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Franco TB, Merhy EE, organizadores. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 68-94.

23. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2000; 5(2): 219-30 [acesso em 2019 abr 5]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>

24. Baptista TWF, Borges CF, Matta GC. Contribuições da arqueologia do saber para estudos da saúde coletiva. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV, organizadores. Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. p. 146-171.

25. Cunha YFF, Vieira A, Roquete FF. Impacto da residência multiprofissional na formação profissional em um hospital de ensino de Belo Horizonte. *Anais do X Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*; 2013; Belo Horizonte. Belo Horizonte; 2013 [acesso em 2018 ago 9]. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos13/15318312.pdf>

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS Política Nacional de Humanização: documento para discussão: versão preliminar [Série B. Textos Básicos de Saúde]. Brasília, DF; 2003 [acesso em 2018 jul 29]. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>

27. Cavalcante Filho JB, Vasconcelos SEM, Ceccim RB, Gomes LB. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. *Interface comun. saúde educ.* 2009 out; 13(31): 315-28.

28. Silva LS, Cotta RMM, Costa GD, Campo AAO, Cotta RM, Silva LS, et al. Formação de profissionais críticos-reflexivos: o potencial das metodologias ativas de ensino aprendizagem e avaliação na aprendizagem significativa. *Rev. CIDUI.* 2014; (2): 1-16 [acesso em 2018 out 8]. Disponível em: <https://www.cidui.org/revistacidui/index.php/cidui/article/view/541/522>.

29. Freitas CM. Uso de metodologias ativas de aprendizagem para a educação na saúde: análise da produção científica. *Trab. educ. saúde.* 2015 dez; 13(supl. 2): 117-30 [acesso em 2018 ago 10]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406756987007>.

30. Mello CCB, Alves RO, Lemos SMA. Metodologias de ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura. *Rev. CEFAC.* 2014 nov; 16(6): 2015-28.

31. Rios IC, Schraiber LB. Humanização e humanidades em medicina: a formação médica na cultura contemporânea. São Paulo: Unesp; 2012.

32. Merhy, E. E. Educação Permanente em Movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. *Rev. saúde redes.* 2015; 1(1): 7-14 [acesso em 2018 ago 9]. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/index>.

33. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT, organizadores. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. Belo Horizonte: Xamã/VM; 1998. p. 103-20.

34. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2003; 8(1): 185-207 [acesso em 2019 Jun 26]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>

35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer [Série C. Projetos, Programas e Relatórios; Educação na Saúde]. 2ª ed. Brasília, DF; 2005.

36. Moraes JL, Castro ESA, Souza AM. A inserção do psicólogo na residência multiprofissional em saúde: um relato de experiência em oncologia. *Psicol. rev.* 2012 dez; 18(3): 389-401 [acesso em 2018 fev 11]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v18n3/v18n3a04.pdf004>

37. Silva AGI. Histórico da residência multiprofissional em saúde da Universidade do Estado do Pará e hospitais associados. Belém (PA): [s.n.]; 2013.

38. Santos RCC, Sena TCB. O cenário das residências em saúde no estado do Pará em 2015: os avanços e desafios para a formação permanente para o Sistema Único de Saúde. Belém: Universidade Federal do Pará; 2017.

39. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Relatório Anual de Gestão – 2018. Belém: Gerência de Educação Permanente GEP; 2018.

40. Pinto HA, Andrezza, R, Ribeiro RJ, Loula MR, Reis AAC. O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. *Interface comun. saúde educ.* 2019 maio; 23(supl. 1): 1-4 [acesso em 2019 maio 21]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/icse/v23s1/es\\_1807-5762-icse-23-s1-e180615.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/v23s1/es_1807-5762-icse-23-s1-e180615.pdf)

## Anexos

**Quadro 1.** Demonstrativo de vagas (R1) por categoria profissional ofertada pelas instituições de ensino superior em programas de residência multiprofissional 2018.

| Categ. Profissional | CESUPA | UEPA | UFOPA | UFPA | Total por categoria |
|---------------------|--------|------|-------|------|---------------------|
| Biomedicina         | -      | 02   | -     | 06   | 08                  |
| Enfermagem          | 08     | 28   | 01    | 13   | 50                  |
| Educação Física     | -      | 02   | -     | -    | 02                  |
| Farmácia            | -      | 06   | 01    | 08   | 15                  |
| Fisioterapia        | 08     | 18   | -     | 12   | 38                  |
| Fonoaudiologia      | -      | 03   | -     | -    | 03                  |
| Nutrição            | 04     | 08   | -     | 06   | 18                  |
| Psicologia          | -      | 11   | -     | 08   | 19                  |
| Serviço Social      | -      | 09   | -     | 09   | 18                  |
| Odontologia         | -      | 06   | 01    | 06   | 13                  |
| Terapia Ocupacional | -      | 13   | -     | 02   | 15                  |
| TOTAL               | 20     | 106  | 03    | 70   | 199                 |

Fonte: GEP. Relatório Anual de Gestão<sup>39</sup>.

**Quadro 2.** Demonstrativo de programas de Residência Multiprofissional no Pará em 2018.

| Programas de Residência Multiprofissional                    | Belém | Bragança | Santarém |
|--|-------|----------|----------|
| Estratégia Saúde da Família para população do Baixo Amazonas | -     | -        | 01       |
| Neurologia   | 01    | -        | -        |
| Atenção à Saúde Mental                                       | 01    | -        | -        |
| Nefrologia   | 01    | -        | -        |
| Atenção à Saúde Cardiovascular                               | 01    | -        | -        |
| Urgência e Emergência no Trauma                              | 01    | -        | -        |
| Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia                | -     | -        | 01       |
| Oncologia e Cuidados Paliativos                              | 01    | -        | -        |
| Saúde da Mulher e da Criança                                 | 01    | -        | -        |
| Atenção a Clínica Integrada                                  | 01    | -        | -        |
| Atenção Integral em Oncologia                                | 01    | -        | -        |
| Atenção Integral à Saúde do Idoso                            | 01    | -        | -        |
| Atenção Integral em Atenção ao Paciente Crítico              | 01    | -        | -        |
| Atenção em Hematologia e Hemoterapia                         | 01    | -        | -        |
| Atenção Básica/ Saúde da Família                             | 01    | -        | -        |
| Atenção Integral Saúde da Mulher e da Criança                | -     | 01       | -        |
| Estratégia Saúde da Família                                  | 01    | -        | -        |
| TOTAL  | 14    | 01       | 02       |

Fonte: GEP. Relatório Anual de Gestão<sup>39</sup>.

**Submissão: 15/02/2020**  
**Aceite: 28/05/2020**