

RECOMENDAÇÃO Nº 038, DE 07 DE NOVEMBRO DE 2024.

Recomenda ao Ministério da Educação e ao Ministério da Saúde que observem o Parecer Técnico nº 317/2024, no qual constam recomendações técnicas sobre a Política Nacional de Residências em Saúde.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Sexagésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 06 e 07 de novembro de 2024, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e

Considerando o disposto no Art. 5º da Constituição Federal de 1988, segundo o qual “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...] §3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais”;

Considerando o previsto no Art. 7º da Constituição Federal de 1988, que indica que são direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança (inciso XXII); e adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei (inciso XXIII);

Considerando as demais disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e da Lei nº 8.142, de 12 de setembro de 1990, que definem a saúde como um direito fundamental de todo ser humano e dever do Estado, a ser provida por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), uma política de Estado que visa à promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos os brasileiros e brasileiras;

Considerando o disposto na Convenção nº 135 da OIT sobre a Proteção de Representantes de Trabalhadores (concluída em Genebra, em 23 de junho de 1971; aprovada pelo Decreto Legislativo nº 86, de 14 de dezembro de 1989; depositada a Carta de Ratificação da Convenção em 18 de maio de 1990; entrada em vigor, para o Brasil, em 18 de maio de 1991, na forma de seu artigo 8º, parágrafo 3; e promulgada em 22 de maio de 1991);

Considerando o disposto na Convenção nº 140 da OIT sobre Licença Remunerada para Estudos (concluída em Genebra, em 24 de junho de 1974; aprovada pelo Decreto Legislativo nº 234, de 16 de dezembro de 1991; depositada a Carta de Ratificação em 16 de abril de 1992, entrada em vigor internacional em 23 de setembro de 1976, para o Brasil, em 16 de abril de 1993, na forma do seu artigo 13; e promulgada em 29 de setembro de 1994);

Considerando o disposto na Convenção nº 155, da Organização Internacional do Trabalho, sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores e o Meio Ambiente de Trabalho, concluída em Genebra, em 22 de junho de 1981, promulgada pelo Decreto nº 1.254, de 29 de setembro de 1994;

Considerando o disposto na Convenção nº 161 da OIT relativa aos Serviços de Saúde do Trabalho (concluída em Genebra, em 7 de junho de 1985; aprovada pelo Decreto Legislativo nº 86, de 14 de dezembro de 1989; depositada a Carta de Ratificação da Convenção em 18 de maio de 1990; entrada em vigor, para o Brasil, em 18 de maio de 1991, na forma de seu artigo 18, item 3; e promulgada em 22 de maio de 1991);

Considerando a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências; e a Lei nº 12.514, de 28 de outubro de 2011 que dá nova redação ao Art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente; e trata das contribuições devidas aos conselhos profissionais em geral;

Considerando a Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014 do Conselho Nacional de Educação, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências;

Considerando a Resolução CNE/CES nº 4, de 16 de julho de 2021, a qual altera o Art. 11 da Resolução CNE/CES nº 1, de 6 de abril de 2018, que estabelece diretrizes e normas para a oferta dos cursos de pós-graduação lato sensu denominados cursos de especialização, no âmbito do Sistema Federal de Educação Superior, conforme prevê o Art. 39, § 3º, da Lei nº 9394/1996, e dá outras providências;

Considerando a Portaria Interministerial nº 9, de 13 de outubro de 2021, que altera o valor mínimo da bolsa assegurada aos médicos residentes e aos residentes na área profissional da saúde;

Considerando a Recomendação CNS nº 017, de 14 de junho de 2024, que recomenda a inclusão de indicações então apresentadas em projeto de Decreto Interministerial;

Considerando a Recomendação CNS nº 018, de 14 de junho de 2024, que recomenda medidas que devem ser adotadas no âmbito das residências em saúde, de modo intersetorial pelos gestores públicos da saúde e da educação, frente a situações epidemiológicas, situações de desastre, situações de

desassistência à saúde, estados de calamidade e de emergências em saúde pública;

Considerando o papel da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHT/CNS), criada pela Resolução CNS nº 11, de 31 de outubro de 1991, e reinstalada pela Resolução CNS nº 225, de 08 de maio de 1997, com a missão de definir os aspectos conceitual e de articulações intersetoriais, as obrigações legais de ordenação da formação de recursos humanos em saúde, inclusive quanto à formalização e execução da política de regulamentação das especializações na forma de treinamento em serviço;

Considerando a Resolução CNS nº 593, de 09 de agosto de 2018, que designa à CIRHRT/CNS o acompanhamento permanente do controle/participação social na formalização e execução da política pública de Residências em Saúde e o encaminhamento dos estudos necessários à elaboração de proposta de regulamentação do Art. 30 da Lei nº 8.080/1990; e

Considerando as atribuições conferidas ao Presidente do Conselho Nacional de Saúde pela Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008, Art. 13, Inciso VI, que lhe possibilita decidir, ad referendum, acerca de assuntos emergenciais, quando houver impossibilidade de consulta ao Plenário, submetendo o seu ato à deliberação do Pleno em reunião subsequente.

Recomenda

Ao Ministério da Educação e ao Ministério da Saúde:

Que observem o Parecer Técnico nº 317/2024, em anexo, no qual constam orientações técnicas sobre a Política Nacional de Residências em Saúde.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Trecentésima Sexagésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 06 e 07 de novembro de 2024.

**ANEXO
PARECER TÉCNICO Nº 317/2024**

A proposta de uma Política Nacional de Residências em Saúde (PNRS) apresentada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), foi apreciada pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde (CIRHRT/CNS), e por sua Câmara Técnica/Eixo 3 – Pós-graduação e Residência em Área Profissional da Saúde, na 221ª Reunião Ordinária desta comissão, realizada nos dias 23 e 24 de setembro de 2024.

O produto do debate coletivo consistiu em um Parecer Técnico, organizado em 13 blocos de análise, contendo elementos do debate e sugestões de redação às futuras normativas do MS e Ministério da Educação (MEC). Os 13 blocos consistem em: 1. Mérito, relevância e pertinência; 2. Residência como política, regulação e modelo de referência à formação de especialistas; 3. Nome da Comissão; 4. Distribuição equitativa; 5. Cenário de prática, de formação, de aprendizagem, de vivência e rede assistencial ou de atenção, gestão e educação em saúde; 6. Formação especializada, matriz curricular, prática pedagógica e prática gerencial; 7. Cadastro Nacional de Especialistas e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; 8. Instituição ofertante ou proponente; 9. Financiamento das residências em saúde; 10. Qualificação e valorização por ofertas educacionais; 11. Da valorização das residências em saúde e da integração com a gestão do trabalho; 12. Promoção da Saúde Mental; 13. Da valorização do aperfeiçoamento especializado.

Cumpre registrar que há, na concepção da Política Nacional de Residências em Saúde, apresentada à CIRHRT no dia 24 de setembro de 2024 pela Coordenação-Geral de Residências em Saúde do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CGRES/DEGES/SGTES), palavras ou termos, que requereriam definição preliminar. Sobre os termos sob esta condição, pode-se arrolar a definição de “corpo docente-assistencial” como, por exemplo, o corpo docente de qualquer programa de residência em saúde, incluindo coordenador, supervisor, tutor, preceptor e orientador. Já os termos “Cenário de práticas” e “Rede Assistencial” requereriam, respectivamente, redimensionamento para “Cenário de aprendizagem” e “Rede de Atenção, Gestão e Educação na Saúde”.

1. Mérito, relevância e pertinência

A proposta da PNRS apresentada é abrangente e reúne as Residências Médicas e as Residências em Área Profissional da Saúde, o que é elemento de elevada consideração e prestígio na proposta, tendo sido objeto de consenso a necessidade de tal política.

A proposta possui mérito social e político, é considerada de alta relevância às políticas nacionais “de saúde” e de “educação e desenvolvimento de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde”. A pertinência é indiscutível, sendo motivo de comemoração por todas as entidades representadas. A apresentação da proposta ao debate nas instâncias apropriadas do controle social em saúde foi altamente reconhecida e valorizada, bem como sua disponibilização para consulta pública, de modo a ampliar a participação social no debate e construção da PNRS.

2. Residência como política, regulação e modelo de referência à formação de especialistas

A apresentação da PNRS, como estratégia de preparação e regulação da qualificação de especialistas e ainda como o “modelo de referência” para a formação de especialistas, tal como clara e explicitamente declarado e afirmado ao longo de toda a sua concepção foi a principal contrariedade discutida no âmbito da CIRHRT. A “formação de especialistas”, na proposta, constitui-se como argumento central, o que difere epistemológica e politicamente da escolha histórica do Movimento Nacional de Residências em Saúde. As residências em saúde não representam a formação de especialistas e nem se configuram por “área de especialidade”. Justamente aí reside a definição e distinção das residências não médicas. A definição é a de residências por “área profissional da saúde”, não “por especialidade”, sendo esse o eixo central da Lei nº 11.129/2005. Tampouco se definem por profissão, por isso foi constituída uma Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde, ainda que devesse ser denominada no plural (“Residências Multiprofissionais”) considerando a diversidade de Programas.

A divergência da noção de “formação de especialistas” é formal, explícita e declarada em toda a produção intelectual da área designada “multiprofissional”. A divergência é para com as “especialidades profissionais”, formulação divergente da especialização como nível de escolarização pós-graduada. A especialidade profissional é designada pelos conselhos de fiscalização do exercício profissional e como exemplo deste argumento, pode-se citar a resposta ao Processo-Consulta nº 57/2016 – Parecer nº 5/2017, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que apresentou “informações sobre a carreira de Medicina no Brasil e o papel das especializações para exercer a profissão no país” e cuja ementa “dispõe sobre os tipos de pós-graduações médicas lato sensu no Brasil”.

A formação pós-graduada possui os degraus de lato e stricto sensu. No lato sensu são enunciadas as modalidades de “aperfeiçoamento” e “especialização”. A Resolução nº 1, de 6 de abril de 2018, do Conselho Nacional

de Educação (CES/CNE), com base na Câmara de Educação Superior, estabeleceu diretrizes e normas para a oferta dos cursos de pós-graduação lato sensu denominados cursos de especialização, no âmbito do Sistema Federal de Educação Superior, em conformidade com aquilo que prevê a Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Contudo, o CNE se pronunciou em 2021, especificamente quanto às residências em saúde, claramente as excluindo de regulação educacional, tanto assim que o título de egresso da residência é “equivalente” ao de pós-graduação lato sensu, nível de especialização, mas não especialização acadêmica:

Art. 15. Excluem-se desta Resolução:

- I - os programas de residência médica ou congêneres, em qualquer área profissional da saúde; e
- II - os cursos de pós-graduação denominados cursos de aperfeiçoamento, extensão e outros.

O caso da exclusão das residências diz respeito à forte regulação das especialidades profissionais, que definem titulação, inclusive por prova de título, sem curso; punição, inclusive passível de cassação do título; critério de exclusividade no provimento de cargos e funções ou critério de enquadramento funcional para credenciamento de ações e serviços.

O item 8.4, do Anexo à Portaria MEC/GM nº 21, de 21 de dezembro de 2017, que dispõe sobre o sistema e-MEC, sistema relativo ao gerenciamento de informações no âmbito da regulação, avaliação e supervisão da educação superior no sistema federal de educação superior, é explícito ao afirmar que:

8.4. [...] As especializações ofertadas a partir de 2012 devem constar do Cadastro e-MEC, exceto as residências, que devem ser registradas em sistemas próprios.

8.4.1. Residência médica: programa de pós-graduação lato sensu, especialização na área médica, caracterizado como treinamento em serviço. É mantido e registrado em sistemas próprios.

8.4.2. Residência multiprofissional em saúde: programa de pós-graduação lato sensu, especialização nas áreas de saúde distintas da medicina, caracterizados como treinamento em serviço. É mantido e registrado em sistemas próprios.

A Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, que “dispõe sobre diretrizes gerais para os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde”, fala em Área

Temática e Área de Concentração, e nomina o projeto pedagógico de residência como “Projeto Pedagógico – PP”, afirma que a formação deve se dar:

[...] segundo a lógica de redes de atenção à saúde e gestão do SUS; deve contemplar as prioridades locorregionais de saúde; deve utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar; deve fomentar a participação dos residentes, tutores e preceptores no desenvolvimento de ações e de projetos interinstitucionais em toda a extensão da rede de atenção e gestão do SUS.

Essa Resolução afirma as necessidades da docência em residências e cita que os programas de residência devem “promover a elaboração de projetos de mestrado profissional associados aos programas de residência”. A residência em área profissional se articularia com os mestrados profissionais. Observe-se que os mestrados profissionais não possuem nomes unificados. Pertencem à uma área de avaliação na Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (CAPES), mas não possuem nomes comuns, equivalentes ou únicos. Todas as circunstâncias da pós-graduação caminham na oposição da especialidade, destinando-se ao aprofundamento especializado do conhecimento. Essa diferença é de compreensão fundamental, uma vez que a expectativa com as residências em saúde é de conhecimento especializado no SUS, no trabalho no SUS, na atuação em equipe no SUS, na habilitação e prontidão para a atenção integral, a gestão descentralizada da gestão, a participação popular e o matrículamento interprofissional. Essas formulações se distanciam da formação de especialistas, podendo-se falar em formação especializada, o que corresponderia ao nível de educação pós-graduada e regulação de “área profissional em saúde” ou “área de atuação em saúde”, mas não exatamente regulação de especialidade ou formação de especialistas.

Com exceção da tradição médica, a totalidade de profissões da área da saúde aceita, acata, credencia e legisla sobre especialidades e certificação de especialistas sem necessidade da frequência a programas de residência, podendo-se formar e titular especialistas em menos de 2 (dois) anos, com menos de 5.760 horas. Impor a residência para a formação de especialistas em todas as categorias profissionais promoveria uma distorção sem precedentes na empregabilidade e na regulação do trabalho. O SUS se ressente da falta de sistemas de habilitação, certificação e regulação de práticas especialistas, de provimento de especialistas e de formação de especialistas. A solução para tal problema complexo não parece ser a residência em área profissional da saúde,

que possui exigências de tempo, lugar e docência que não se encontram previstas em várias categorias profissionais. Categorias como a de assistente social, por exemplo, recusam a titulação em especialidade: para a categoria não existe “especialização” em área profissional, apenas a especialização acadêmica e o aperfeiçoamento profissional. Já outras categorias têm rol de especialidades profissionais bastante precisos, a exemplo da Cirurgia Bucomaxilofacial, que, pode-se lembrar, tem duração de 3 (três) anos por definição do Conselho Federal de Odontologia. A Residência em Enfermagem Perioperatória reivindica igual duração desde 2012, só não conquistou a meta por não haver resolução da especialidade no Conselho Federal de Enfermagem (Cofen).

O Cofen assim se manifesta:

Os Programas de Residência em Enfermagem deverão abranger Áreas de Conhecimento da Enfermagem, atendendo às necessidades das populações, às áreas de prioridades definidas pela CNRMS e o perfil epidemiológico de cada região brasileira. Parágrafo Único. As Áreas de Conhecimento de que trata esse artigo serão: I - as definidas por eixos curriculares das Instituições de Ensino Superior [não serviços, redes, sistemas, hospitais de ensino, Escolas de Saúde Pública, institutos de pesquisa, ciência e tecnologia]; II - as especialidades reconhecidas pelo Sistema COFEn/Conselhos Regionais; III - as Áreas de Conhecimento emergentes, justificadas por demandas do mercado de trabalho e por avanços tecnológicos que acompanhem a evolução da Enfermagem (Resolução COFEn nº 459, de 21 de agosto de 2014).

Merece destaque a clareza da citada Resolução CNRMS nº 2/2012, que determina residências segundo a lógica de redes de atenção, prioridades locorregionais, cenários de aprendizagem como itinerário de linhas de cuidado, metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar; participação de residentes, tutores e preceptores em projetos interinstitucionais em atenção e gestão do SUS.

Nesse diapasão, na futura redação da normativa que venha a ser editada pelo MS e/ou MEC regulando a temática, sugere-se, à título de exemplo, que:

Onde se lê:

Art. X As residências em saúde devem contemplar as necessidades, as prioridades e as políticas de saúde com vistas ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Se escreva, por medida de clareza,

Art. X As residências em saúde devem contemplar necessidades, prioridades e políticas com vistas ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente suas políticas de atenção, gestão, participação e formação.

Da mesma forma, onde se lê:

Art. XX São eixos estruturantes da PNRS para alinhar as residências em saúde com as necessidades, prioridades e políticas do SUS:

- I – Regulação da formação de especialistas na saúde;
- II – Gestão das residências em saúde no SUS;
- III – Financiamento das residências em saúde; e
- IV – Qualificação e valorização das residências em saúde.

Se escreva, por medida de clareza,

Art. XX São eixos estruturantes da PNRS para alinhar as residências em saúde com as necessidades, prioridades e políticas do SUS:

- I - Construção da formação de especialistas na saúde;
- II - Formação de profissionais especializados e de aperfeiçoandos para subáreas ou domínios estratégicos específicos das áreas de conhecimento;
- III – Gestão das residências em saúde no SUS;
- IV – Financiamento das residências em saúde; e
- V – Qualificação e valorização das residências em saúde.

Nas residências multiprofissionais, a “área profissional” (suposta “área de especialização”) pode ser muito diversificada, diferindo-se das residências médicas que possuem denominações clássicas e reconhecidas socialmente. Nas residências multiprofissionais, dizemos saúde mental ou saúde mental indígena ou saúde mental com ênfase em violências ou saúde mental em emergências, sendo estes alguns exemplos da variedade de denominações. Diz-se Saúde da Mulher, e não Ginecologia, por exemplo. Muitas residências têm 3º ano como Aperfeiçoamento Especializado, em gestão ou educação, por exemplo, cujo ingressante pode ter feito qualquer programa de residência

anteriormente, não se tratando de aprofundamento de especialidade ou na mesma área da residência anterior; trata-se de um aprofundamento em “domínios do conhecimento”. Analogamente, pode-se considerar como possível o 3º ou 4º anos em residência para médicos de especialidades gerais que fariam aperfeiçoamento multiprofissional em saúde mental, saúde indígena, saúde rural (campos, florestas e águas), denominações de programas embasados na necessidade de provimento de postos de trabalho.

3. Nome da Comissão

A proposta da PNRS refere “Comissão Nacional de Residência em Área Profissional de Saúde”, mudando o nome previsto pela Lei n.º 11.129, de 30 de junho de 2005. Conforme a Lei (Art. 14), ficou “criada, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja organização e funcionamento serão disciplinados em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde”. A lei prevê que os Ministérios da Educação e da Saúde, em ato conjunto possam disciplinar sua organização e funcionamento, mas não alterar o nome da Comissão, o que incidirá em todos os documentos da própria Comissão e todas as normativas sob a base na lei federal. Como todas as leis e normativas preveem residências uniprofissionais e multiprofissionais, talvez sinalizar a flexão multi e uniprofissional seja bastante prudente e responsável para com o contingente de recém-formados que, em muitas categorias profissionais, não têm familiaridade com essa modalidade de formação. Nesse sentido, a futura normativa que regulamente a PNRS poderia “indicar” o uso do termo “Comissão Nacional de Residência Multi/Uniprofissional em Saúde (CNRMS)”, mantidos a sigla e o sentido da lei.

4. Distribuição equitativa

A proposta de PNRS indica a “distribuição territorial equitativa da oferta dos programas e das vagas de residência em saúde”. Contudo, essa é uma formulação sobre a qual definitivamente, segundo pesquisadores da saúde coletiva “não existe consenso, tampouco fórmula universal sobre o conjunto ideal de variáveis a ser utilizada nas mais distintas realidades das populações”. Não há um debate coletivo sobre como dimensionar necessidades em saúde ou indicadores adequados para sugerir a implantação de programas de formação em residências.

Um trabalho realizado pela Universidade Estadual de Feira de Santana, declara que “dada a dificuldade de mensurar as necessidades populacionais de saúde de modo preciso, uma série de experiências têm utilizado variáveis socioeconômicas, epidemiológicas e demográficas”, cabe perguntar quem

negociará e pactuará esses indicadores, sua análise e a tomada de decisão para que representem evidência suficiente de associação positiva com as necessidades de saúde. O estudo, por exemplo, declara que esses indicadores constituem importante problema seja quanto à disponibilidade seja quanto à confiabilidade para oferecer dimensões justas, precisas e acertadas. Será usado o IDH, IDHM, medidas para dimensionar necessidades em saúde ou indicadores para mensurar desigualdade sociais e de saúde? Estas medidas podem ser de muito difícil interpretação para sugerir a implantação de programas de formação em residências. Pode-se dispor de dados sobre a realidade socioeconômica, mas esse dado não expressa o fato de que o concurso para certas categorias profissionais não tem procura ou que o provimento não se confirma por motivo de baixa remuneração. Como será considerado o número de vagas de graduação (estimativa de candidatos) por categoria profissional e locorregião, o que será feito com vagas de residência oferecidas, mas não preenchidas e o que se fará com a falta de preceptores e/ou tutores por não liberação da carga horária nas instituições de ensino ou de serviço? É adequado ordenar os municípios em forma crescente de população e pelo IDHM? Vai ser utilizada a proporção acumulada dos repasses federais realizados para os municípios?

Uma distribuição equitativa é um conceito relevante em matemática e economia, dizendo respeito à divisão de provisões de uma maneira que seja justa e igualitária. Essa expressão reflete muito mais um equilíbrio quantitativo, que dê condições a inovar e qualificar por força das necessidades de mudança da realidade. Que indicadores “equitativos” seriam utilizados para o desenvolvimento e inovação? Sugere-se outra formulação para este artigo: em lugar de “distribuição territorial equitativa”, que se use “distribuição de acordo com as necessidades de inovação locorregional, criação e expansão de estratégias assistenciais ou de gestão do SUS, incorporação de tecnologias e inversão de modelos assistenciais ou gerenciais em ações, serviços e sistemas de saúde, a serem expressas na solicitação de programas e/ou vagas”.

Serão necessárias Câmaras Técnicas de qualidade na instância da Comissão Nacional, para a construção de fluxos à apresentação de propostas que incluam justificativas técnicas e análise de mérito nas instâncias descentralizadas de gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Uma outra sugestão de redação da normativa que regule a PNRS seria:

Onde se lê:

Art. X Estimular a criação de programas e ampliação de vagas de residência em saúde de acordo com as necessidades do SUS;

Art. XX Fortalecer o financiamento tripartite para as residências em saúde;

Art. XXX Fomentar ações de qualificação e valorização de residentes, do corpo docente-assistencial e da gestão dos programas de residência;

Art. XXXX Promover o reconhecimento da importância das residências em saúde pelas diferentes esferas de gestão do SUS;

Art. XXXXX Qualificar a formação de especialistas para uma prática interprofissional, resolutiva, ética e promotora da equidade [...].

Se escreva, por medida de clareza,

Art. X Estimular a criação de programas e ampliação de vagas de residência em saúde de acordo com as necessidades locorregionais do SUS, necessidades estratégicas em termos de saúde e ambiente, saúde e eventos climáticos ou áreas de vulnerabilidade urbana e rural, populações específicas e padrões de equidade em vida e saúde;

Art. XX Construir o financiamento tripartite para as residências em saúde;

Art. XXX Fomentar ações de qualificação e valorização de residentes, do corpo docente-assistencial e da gestão dos programas de residência, investindo na Educação Permanente em Saúde;

Art. XXXX Promover o reconhecimento da importância das residências em saúde pelas diferentes esferas de gestão do SUS, pelas instituições de ensino, quando de concursos docentes, e no preenchimento de todos os postos de trabalho no ensino, pesquisa, atenção e gestão da saúde;

Art. XXXXX Qualificar a formação especializada para as práticas interprofissionais, o matriciamento colaborativo interprofissional, a atenção e gestão resolutivas, éticas e promotoras da equidade [...].

Por fim, sobre a questão da distribuição equitativa, sugere-se que a Política torne registrado seu compromisso com a promoção da equidade por meio do fortalecimento de ações afirmativas, que possam fomentar a diversidade e a pluralidade humana desde o ingresso até a permanência nos Programas.

5. Cenário de prática, de formação, de aprendizagem, de vivência e rede assistencial ou de atenção, gestão e educação em saúde

A proposta de PNRS usa a linguagem “cenário de prática”, enquanto a Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, que “dispõe sobre diretrizes gerais para os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde”, usa “cenário de aprendizagem”. Tal aspecto se faz importante comentar porque, primeiro, a residência é um programa de formação, não um programa de desenvolvimento da prática. Esse é um ponto central na luta dos residentes, a afirmação da residência como política de ensino e não política de trabalho. A citada Resolução refere utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar, ficando explícita a distinção dos dois conceitos. Um cenário para praticar é diverso de um cenário para aprender e isso é central ao conceito de residência para o SUS, para a formação humanística e ética.

Importa destacar que ao se usar da expressão “treinamento em serviço” se alude ao artigo 30 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata do “treinamento em serviço sob supervisão” nos espaços das redes de atenção e gestão da saúde, assim como os artigos 39 e 40 da Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que trata da educação profissional superior em ambientes do trabalho.

Lei nº 8.080/1990

Art. 30 As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes (Lei 8.080/90).

Lei nº 9.394/1996

Art. 39 A educação profissional e tecnológica, no cumprimento dos objetivos da educação nacional, integra-se aos diferentes níveis e modalidades de educação e às dimensões do trabalho, da ciência e da tecnologia.

§ 1º Os cursos de educação profissional e tecnológica poderão ser organizados por eixos tecnológicos, possibilitando a construção de diferentes itinerários formativos, observadas as normas do respectivo sistema e nível de ensino.

§ 2º A educação profissional e tecnológica abrangerá os seguintes cursos:

I – de formação inicial e continuada ou qualificação profissional;

II – de educação profissional técnica de nível médio;

III – de educação profissional tecnológica de graduação e pós-graduação.

Art. 40. A educação profissional será desenvolvida em articulação com o ensino regular ou por diferentes estratégias de educação continuada, em instituições especializadas ou no ambiente de trabalho.

Quanto aos artigos 39 e 40, da Lei nº 9.394/1996, convém agregar o Decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004, que regulamenta os artigos 39 e 40, uma vez que aportam clareza de sentido quanto à formação: em ambiente do trabalho, por áreas profissionais e como cenário de aprendizagem:

Decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004

Art. 2º A educação profissional observará as seguintes premissas:

- I - organização, por áreas profissionais, em função da estrutura sócio-ocupacional e tecnológica;
- II - articulação de esforços das áreas da educação, do trabalho e emprego, e da ciência e tecnologia;
- III - a centralidade do trabalho como princípio educativo; e
- IV - a indissociabilidade entre teoria e prática.

A formação envolve cenários de prática, mas também de participação social, de grupos de estudo, de engajamento em lutas por direitos e outros. Todos deveriam ter ênfase na formação, considerada a educação interprofissional e as práticas colaborativas interprofissionais. Assim, uma sugestão de redação à futura normativa que regulamente a PNRS seria:

Art. X Articulação e integração do processo de trabalho dos residentes médicos e em área profissional da saúde entre si e com os demais profissionais e educandos que atuam nos mesmos cenários de prática.

Se escreva, por medida de clareza,

Art. X Articulação e integração do processo de trabalho dos residentes médicos e em área profissional da saúde entre si e com os demais profissionais e educandos que atuam nos mesmos cenários de aprendizagem, com ênfase à educação interprofissional e às práticas colaborativas interprofissionais.

Ao longo de toda a proposta da PNRS revela-se sua delimitação ao campo da rede assistencial, quando, contudo, as residências em área profissional da saúde abarcam as áreas profissionais da gestão, das vigilâncias em saúde, da informática e informação em saúde, da educação e comunicação

popular em saúde, da saúde ambiental e de outras subáreas. Onde consta “rede assistencial”, sugerimos substituição por “rede assistencial, gerencial e de formação”. Alternativamente, como nas Diretrizes Curriculares de Medicina, citar os três eixos da formação profissional: Atenção (Atenção às Necessidades Individuais de Saúde e Atenção às Necessidades de Saúde Coletiva), Gestão (Organização do Trabalho em Saúde) e Educação (Identificação de Necessidades de Aprendizagem Individual e Coletiva, Ação-chave de Promoção da Construção e Socialização do Conhecimento, Ação-chave de Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos). A sugestão de redação seria:

Onde se lê:

Art. X A definição dos territórios e regiões prioritários para o SUS considera as necessidades assistenciais baseando-se em:

I - Capacidade instalada e indicadores da rede assistencial.
Art. XX Cabe a gestores de cenários de prática das residências em saúde:

I - Planejar os serviços e estabelecimentos de sua rede assistencial para compor os cenários de prática dos programas de residência em saúde;

II - Disponibilizar as instalações, os equipamentos e os insumos de sua rede assistencial para o desenvolvimento das atividades dos programas de residência em saúde.

Se escreva, por medida de clareza,

Art. X A definição dos territórios e regiões prioritários para o SUS considera as necessidades de atenção, gestão e educação na saúde baseando-se em:

I - Desenvolvimento da capacidade instalada e da melhoria de indicadores da rede de atenção, gestão e educação na saúde.

Art. XX Cabe a gestores de cenários de prática das residências em saúde:

I - Planejar os serviços e estabelecimentos de sua rede de atenção, gestão e educação na saúde para compor os cenários de aprendizagem dos programas de residência em saúde;

II - Disponibilizar as instalações, os equipamentos e os insumos de sua rede de atenção, gestão e educação na saúde para o desenvolvimento das atividades dos programas de residência em saúde.

6. Formação especializada, matriz curricular, prática pedagógica e prática gerencial

A ideia de uma “matriz de competências” é sucedânea da Pedagogia das Competências. Sem dúvida, essa concepção é útil para o treinamento profissional, mas não demarca um processo educativo crítico, histórico, problematizador e criador, como se espera de um país que aprovou junto com a participação da sociedade uma Política Nacional de Educação Popular para o Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) e uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Outras pedagogias, como a da experimentação, a dos encontros, a da problematização de base foucaultiana e a da problematização de base freiriana preenchem dissertações e teses sobre residências em saúde no Brasil. No Brasil, despontam a matriz dos afetos, a matriz da aprendizagem significativa, a matriz ascendente dos conhecimentos e práticas gerais, específicos e populares, a matriz da implicação com o território e o cotidiano.

A principal consequência de ser central em uma política nacional de formação é a adoção, em larga escala, de uma política de ensino profissionalizante em detrimento de uma formação social, humanística e crítica. Para Paulo Freire, “educar é impregnar de sentido cada ato do cotidiano”, não dissocia teoria e prática, não dissocia formação e intervenção, não dissocia letramento e cotidiano.

A “matriz de competência” representa uma vertente aplicada da “pedagogia para o trabalho”, não uma pedagogia desde ou com o trabalho e suas matrizes de crítica dos modelos clínicos, modelos racionais gerenciais, modelos da participação consultiva e modelos do ensino pela transmissão e treinamento. Outras matrizes se apresentam e se conectam com outras pedagogias, como a pedagogia da alternância (tempo ensino/tempo trabalho) e a pedagogia da experimentação (contato ético com as relações que instauram mundos), além de competências falamos em práticas confiabilizadas (uma construção), práticas certificadas (passíveis de atestação), perfil do egresso (o constructo que inaugura toda a vertente das metodologias ativas), matriz curricular por campo e especialidade (ou área profissional). A matriz de competências se instaura em uma formação docente crescentemente prescrita por cursos instrumentais por EaD. A noção de competência em nada favorece o debate sobre o grau de apropriação de saberes conceitualizáveis, o grau de apreensão das dimensões propriamente históricas da situação e o debate de valores a que se vê convocado todo indivíduo num meio de trabalho. Na proposta de PNRS à redação, como se vê, usa das terminologias “matrizes de competência” e “cenários de prática” em lugar de “perfil de egresso segundo conhecimentos e habilidades por área de

especialidade médica ou área profissional da saúde" e "cenário de aprendizagem. Veja o texto da proposta:

"Formação de especialistas amparada por projetos pedagógicos e **matrizes de competências** que priorizem conteúdos alinhados às necessidades, prioridades e políticas do SUS e **cenários de prática** inseridos nas redes de atenção à saúde do SUS e que articulem ensino-serviço-comunidade".

Assim, a redação da futura normativa de regulamentação da PNRS precisa ser cuidadosamente revista com as demais proposições do presente Parecer Técnico. Quando se observam termos como "matrizes de competências" e "educação baseada em competências", vê-se que é o cotejamento por justaposição de vertentes e concepções, não uma proposta de apreensão histórica e crítica, como uma resposta ao debate de valores numa educação em meio ao trabalho e à inovação no mundo do trabalho. O apalavrado nas três propostas de redação abaixo possui alinhamento epistêmico na pedagogia das competências.

Art. X Formação amparada por projetos pedagógicos e que priorizem conteúdos alinhados às necessidades, prioridades e políticas do SUS e cenários inseridos nas redes de atenção que articulem ensino-serviço-comunidade;

Art. XX Práticas pedagógicas das residências em saúde como promotoras da cidadania e da integralidade em saúde;

Art. XXX Participação de residentes e demais atores das residências em saúde no controle social do SUS.

As sugestões de nova escrita seriam:

Art. X Formação especializada amparada por projetos pedagógicos e perfil de egresso segundo conhecimentos e habilidades por área de especialidade médica ou área profissional da saúde, que priorizem conteúdos alinhados às necessidades, prioridades e políticas do SUS e cenários de aprendizagem inseridos nas redes de atenção, gestão e participação, que articulem ensino-serviço-gestão-comunidade;

Art. XX Práticas pedagógicas das residências em saúde como promotoras da cidadania, da integralidade e

humanização do cuidado, da gestão e da educação em saúde;

Art. XXX Presença de residentes e demais atores das residências em saúde no nas instâncias de controle social do SUS.

7. Cadastro Nacional de Especialistas e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Os diferentes sistemas de informação, muitas vezes denominados como “Cadastros”, podem servir para apoiar o dimensionamento profissional ou tornarem-se repositório de dados para exigências normativas dos Programas de Residências em Saúde. Independente da finalidade de sua criação, por medida de transparência reivindica-se que sejam de fácil acesso e permitam os principais filtros para estudos e análises. A proposta é mais um sistema fragmentado de informação? Este na SGTES? Não é o CNES que precisa resolver esse problema de conhecimento desse dado? Não é tarefa óbvia para uma secretaria da informação e saúde?

Um Cadastro de Egressos pode permitir conhecer a evasão do primeiro e do segundo ano, o não provimento de vagas e até a falta de vagas (taxa de procura e densidade por vaga). Um banco de dados permite, portanto, não apenas a gestão da política, mas a pesquisa com base em informação, a análise com base em informação e avaliação. Toda essa informação não se esgota com o dado sobre residentes, fazem-se necessárias informações sobre tutores e preceptores.

Já quanto aos “especialistas”, essa informação não é típica e própria das residências, exceto entre médicos, onde é a principal e majoritária fonte de reprodução dos especialistas. Para as outras profissões esse dado seria irrealista ou nulo. Por exemplo, há formação de especialistas em enfermagem obstétrica por meio de cursos em universidades e escolas de saúde pública, as especialidades em psicologia são quase totalmente decorrentes de curso de universidades ou centros formadores especializados, inúmeros deles privados e não universitários, mas que incidem fortemente no reconhecimento especialista da profissão (psicanálise, psicoterapias, psicotécnicos etc. possuem renomados certificadores). Há categorias que não têm necessidade de regular especialidades, muito menos por meio de residências, como o caso da Biologia, que dispõe de programas de especialização, mestrado e doutorado igualmente qualificados.

Quaisquer parâmetros carecem de envolver critérios da necessidade de especialistas e/ou profissionais com certificação e/ou curso de especialização com habilitação para práticas especializadas. Vale lembrar que um cadastro de

egressos de residências multiprofissionais não indicaria disponibilidade de profissionais especializados, apenas profissionais concluintes.

Entende-se como possível o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) contemplar o registro de 100% dos residentes atuantes em serviços de saúde, com vieses em relação a cursos e carreiras não passíveis de cadastramento (a exemplo da Medicina Veterinária). Assim, comprehende-se que o melhor registro não seria de especialista, seria de egresso especializado de residência e, também, outras formas de obtenção do título de especialidade profissional.

Por outro lado, caberia às Residências colaborarem na certificação de especialistas com habilidades desenvolvidas em outros sistemas formativos. Caberia conhecer informações relativas a especialistas e/ou profissionais com certificação ou curso de especialização com habilitação para práticas especializadas no SUS que atuam como coordenadores, supervisores, tutores, preceptores e orientadores em programas de residência, conforme sejam Programas de Residência Médica ou de Residência em Área Profissional da Saúde.

Registramos aqui a preocupação com os serviços onde se justificam residências que podem não possuir registro no CNES, quando próprios da Saúde Ambiental, Educação Popular em Saúde, Saúde Mental Coletiva e Saúde dos Campos/Florestas/Águas, entre outros. Hoje é crucial a Residência em Saúde Ambiental, contudo não se fala nada sobre a inclusão de Agrônomos, Ambientalistas, Agroecologistas, Ecologistas etc. Os serviços onde estes profissionais oferecem ações profissionais são utilizados e não constam do registro previsto no CNES. Esses profissionais precisam ser incluídos nos sistemas de informação de residentes, tutores, preceptores e orientadores.

A proposta apresentada prevê o registro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde apenas para os “profissionais de saúde” que atuam nos “cenários de prática” como “residente” e como “preceptor”. Restam como indagações: qual o critério para “profissionais de saúde”? Além de residentes e preceptores, como se registrariam os demais personagens de atuação nas residências? Importa registrar que os cenários de aprendizagem não se resumem a serviços de saúde, fato que criaria vieses importantes no uso do CNES, além de permanecer a falta de informações detalhadas e sofisticadas ao planejamento e gestão, à avaliação e ao monitoramento, aos estudos e pesquisas, entre outros projetos de políticas públicas.

8. Instituições ofertantes ou proponentes

Ao longo da proposta de PNRS aparece a designação “ofertante”, o que é contraditório com a Resolução nº 7, de 13 de novembro de 2014, que

regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Esta Resolução dispõe sobre a avaliação, supervisão e regulação dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde e usa de uma única terminologia: instituição proponente e assim declara já no artigo 1º: “§2º Entende-se por instituição proponente aquelas que oferecem programa de residência”. Defende-se a manutenção desta nomenclatura, uma vez que resultante de um documento com dois anos de debate sobre “definição de termos”. A mudança de termo requererá um parágrafo elucidativo, pois todos os regulamentos atualmente vigentes entre os entes federados e todas as instâncias de regulação das comissões de residência.

9. Financiamento das Residências em Saúde

No âmbito dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, entende-se que o financiamento precisa dialogar com as políticas de atenção, gestão, provimento e fixação necessariamente, e que pode ser proveniente de diversas políticas, não sendo recursos exclusivos do setor da saúde ou da educação na saúde.

Sugere-se planejar o aporte de recursos extras para áreas profissionais prioritárias, a exemplo a área profissional da Atenção Básica (AB) e correlatas para a atuação nas equipes de suporte multiprofissional (e-Multi) e na própria AB; a área de saúde mental para a atuação na rede de atenção psicossocial e na própria coordenação das políticas de saúde mental; e a área de gestão de sistemas e serviços de saúde para a atuação na coordenação e organização de ações, serviços, políticas e redes.

A proposta de PNRS sugere moradia ou auxílio moradia destinado a residentes ativos nos programas de residência em saúde por meio de oferta temporária de moradia ou de auxílio em pecúnia. A posição construída pelo Movimento Social Residências em Saúde é a oferta de local de descanso/reposo e a oferta refeição nos ambientes de formação e cenários de aprendizagem com permanência a partir de 12 horas. O tema da moradia e alimentação não é questão apenas de incentivo financeiro, é também de assistência estudantil. É preciso desenvolver uma política de assistência estudantil ao residente para sua permanência, inclusão e equidade (indígenas, PCD ou transtornos psíquicos, quilombolas de área rural, pobres etc.). É necessário pensar em assistência estudantil, provimento formativo, incentivos de difícil acesso, difícil preenchimento de vagas, deslocamento em caso de residências multicampi e regionais, áreas de formação que requerem atração etc. A residência não preenche todas as suas vagas (40% de sobra) e não tem permanência de 100% dos residentes. Entre os motivos está o desconhecimento

e a falta de fatores de atração e permanência. A própria SGTES criou o AfirmaSUS para a graduação, cujo financiamento deveria ser do MEC para o conjunto de estudantes quaisquer careiras, já as Residências são do e para o SUS.

10. Qualificação e valorização por ofertas educacionais

A proposta da PNRS alude a “ofertas educacionais”, se dirigindo aos residentes ou ao corpo docente-assistencial. No caso dos residentes, se interpõem algumas questões: como se regularia a Dedição Exclusiva? Seriam aceitas equivalências com o currículo da carga horária teórica? Há um incentivo à presença de residentes nas instâncias de controle social, mas depois são mencionadas “ofertas” múltiplas.

Nas ofertas são valorizados os “aperfeiçoamentos”. Por que não incorporar na Política os aperfeiçoamentos, uma “modalidade complementar em ano(s) adicional(is) e como incentivo às áreas de domínio especializado complementar”? A lista oferecida interessa ao aperfeiçoamento e interessa à carga horária teórico-prática, mas aparece solta, como um enxerto a ser utilizado.

Art. X As ofertas educacionais, promovidas no âmbito desta política, visam à formação e à qualificação de residentes, corpo docente-assistencial, coordenadores, gestores e profissionais de saúde.

Art. XX As ofertas educacionais consistem em:

- I – Cursos de curta duração;
- II – Cursos de aperfeiçoamento;
- III – Cursos de especialização *Lato Sensu*;
- IV – Cursos de pós-graduação *Stricto Sensu*;
- V – Estágios;
- VI – Vivências no SUS; e
- VII – Seminários.

Não apoiamos a multiplicidade, tampouco a declaração exclusiva dessa modalidade de cursos externos aos programas, oferecidos aos programas. Defendemos a instauração da formação entre pares (atores das residências formam atores das residências). Um exemplo a ser citado é aquele da aprovação da criação do Programa de Educação Permanente em Saúde para as Residências – FormaRES - no 9º Encontro Nacional de Residências em Saúde, programa a ser conduzido, planejado e implementado pelos Fóruns do Corpo Docente-Assistencial e de Residentes com apoio do Fórum de Residências em Saúde da Rede Unida, que é multiprofissional, possui essa especialidade de ação e integra a base de entidades do CNS.

11. Da valorização das Residências em Saúde e da integração com a gestão do trabalho

É preciso destacar, com clareza, a valorização pelas Instituições de Ensino Superior, de professores que atuam como Coordenador, Supervisor, Tutor, Preceptor e Orientador em Programas de Residência, computando para a progressão docente, ingresso docente, garantia de carga horária, apoio para deslocamentos entre cenários de formação etc. As residências devem ser valorizadas não apenas no âmbito das instituições vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), mas especialmente nos sistemas de ensino.

Neste sentido, sugere-se inclusão da possibilidade de os entes federados atribuírem pontuação específica a egressos de programas de residência em saúde nos processos seletivos de cargos públicos e nos contratos de tempo indeterminado ou temporário na área da saúde e do ensino, em órgãos e instituições integrantes do SUS, assim como na docência em cursos superiores de graduação e pós-graduação. A docência em residência poderia pontuar na progressão docente universitária, bem como na avaliação dos programas de pós-graduação *stricto sensu* (quando da avaliação pela CAPES). A Política poderia incluir os concursos para docentes na educação superior.

Sugere-se a redação do seguinte parágrafo único na futura minuta de normativa:

Parágrafo único. Os entes federados poderão estabelecer equivalência de pontos entre residências e formação no *stricto sensu* nos concursos públicos e demais processos seletivos com vistas a fomentar a incorporação de especialistas egressos de programas de residência em saúde no SUS.

Interação e articulação entre residência e provimento e residência e mundo do trabalho (garantia de manutenção das vagas de concursos públicos, possibilidade de servidores acessarem residência com liberação).

12. Promoção da saúde mental

A promoção da saúde mental não se resume às providências de apoio, suporte e atendimento, dizem respeito à condução da política e dos programas, tratar-se-ia da adequada gestão da carga horária, do direito ao intervalo ao descanso, do apoio para o deslocamento, da garantia de alimentação ou de refeitório para a alimentação, de não ser “o” responsável pelo turno de plantão ou pelo acolhimento, por exemplo no início da residência, de não dispor de formação em atividades de “campo interprofissional”, de dispor de atividades de “núcleo profissional” de modo excludente, de não poder gozar dias de

afastamento legal sem reposição, de poder receber materiais e insumos dos próprios Programas para o exercício das ações profissionais, de poder participar da atividades coletivas de residentes na luta em defesa da qualidade das residências ou engajar-se nas lutas por direto das populações à saúde.

A PNRS deverá versar sobre o direito dos residentes a condições adequadas para repouso e higiene pessoal durante os plantões e alimentação conforme estabelecido no Art. 1º da Lei nº 12.514, de 28 de outubro de 2011, que “dispõe sobre as atividades do médico-residente, e trata das contribuições devidas aos conselhos profissionais em geral”:

Lei nº 12.514, de 28 de outubro de 2011

§ 4º O tempo de residência médica será prorrogado por prazo equivalente à duração do afastamento do médico-residente por motivo de saúde ou nas hipóteses dos §§ 2º e 3º.

§ 5º A instituição de saúde responsável por programas de residência médica oferecerá ao médico-residente, durante todo o período de residência:

- I - condições adequadas para repouso e higiene pessoal durante os plantões;
- II - alimentação; e
- III - moradia, conforme estabelecido em regulamento.

Na seara da dignidade no ambiente de trabalho, espera-se que a PNRS, versar sobre a garantia dos residentes a concessão de um intervalo para repouso ou alimentação de, no mínimo, 1 (uma) hora, como preconizado pelo Art. 71 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) aos trabalhadores em regime de trabalho contínuo, cuja duração exceda de 6 (seis) horas.

Da mesma forma, a garantia aos residentes do direito de liberação para consultas, procedimentos e atendimento e/ou acompanhamentos em saúde sem necessidade de reposição de carga horária e sem prejuízo à bolsa, mediante apresentação de atestados e/ou declarações de consulta e/ou comparecimento a um profissional em saúde, não só o médico.

Deve-se, ainda, incentivar a participação em eventos e espaços de controle social e de discussão sociopolítica, em todos os níveis governamentais, no âmbito das Residências em Saúde, ofertando suporte institucional adequado com abono dos dias de evento, sem reposição de carga horária e sem prejuízo à bolsa. Dentro do espectro do controle social, espera-se a garantia de carga horária protegida aos residentes para exercer atividades político-sociais de organização coletiva como: coletivos estaduais/regionais; colegiados; encontros estaduais e nacionais de saúde.

A Convenção nº 135 da OIT (Genebra, 1971), aprovada pelo Decreto Legislativo nº 86/1989 e promulgada em 22 de maio de 1991 pelo Estado Brasileiro, prevê a proteção de representantes de trabalhadores. Neste sentido, espera-se que a PNRS, garanta a todos os atores/atrizes das residências em saúde o direito de representação de seus iguais em todas as esferas de gestão (municipal, estadual, nacional e distrital). Inclui-se nestes espaços a CNRMS, a CODEMU, a COREMU, o CNS e suas Câmaras Técnicas, os Conselhos de Saúde (municipais, estaduais e nacional) e/ou outros espaços coletivos no âmbito das residências em saúde, ressaltando que a dedicação a estes espaços deverá contar como parte da carga horária teórico-prática dos residentes, sem que haja a necessidade de recuperação de carga horária.

13. Da valorização do aperfeiçoamento especializado

Há necessidade de incorporação na Política do “aperfeiçoamento especializado” no caso da formação em serviço com foco em áreas de urgente inovação formativa, sem necessidade de novos programas de 2 (dois) anos, sobre os quais não se sabe da atratividade quantitativa e das condições de distribuição territorial. Exemplo são as necessidades urgentes em Saúde e Ambiente, Crise Climática, Saúde nos Campos, Florestas e Águas, Saúde das Populações Indígenas e Saúde Mental, entre outras. Todas estas áreas são interdisciplinares e podem ofertar duração de 1 (um) ano posterior a uma residência em área geral ou mesmo residências específicas. Esse ano adicional pode ser multiprofissional com a inclusão de médicos. Torna-se crucial o alargamento de categorias a serem designadas não como “profissionais de saúde”, mas “trabalhadores de saúde”, como dito na reforma do Art. 15, da Lei 11.129, de 30 de junho de 2005, registrada abaixo:

Onde se lia:

Art. 15. Fica instituído o Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, destinado aos estudantes de educação superior, prioritariamente com idade inferior a 29 (vinte e nove) anos, e aos profissionais diplomados em curso superior na área da saúde, visando à vivência, ao estágio da área da saúde, ao aperfeiçoamento e à especialização em área profissional como estratégias para o provimento e a fixação de jovens profissionais em programas, projetos, ações e atividades e em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde.

A redação foi alterada pela Lei nº 12.513, de 26 de outubro de 2011, para:

Art. 15. É instituído o Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, destinado aos estudantes de educação superior, prioritariamente com idade inferior a 29 (vinte e nove) anos, e aos trabalhadores da área da saúde, visando à vivência, ao estágio da área da saúde, à educação profissional técnica de nível médio, ao aperfeiçoamento e à especialização em área profissional, como estratégias para o provimento e a fixação de profissionais em programas, projetos, ações e atividades e em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde. (Redação dada pela Lei nº 12.513, de 2011).