



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Lidiane de Freitas Sarmiento

**Residência Multiprofissional em Saúde: análise da oferta de programas financiados pelo Ministério da Saúde de 2009 a 2015**

Rio de Janeiro

2016

Lidiane de Freitas Sarmento

**Residência Multiprofissional em Saúde: análise da oferta de programas  
financiados pelo Ministério da Saúde de 2009 a 2015**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tania França

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Katia Medeiros

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S246 Sarmiento, Lidiane de Freitas.  
Residência Multiprofissional em Saúde: análise da oferta de programas financiados pelo Ministério da Saúde de 2009 a 2015 / Lidiane de Freitas Sarmiento. – 2016.  
182 f.

Orientadora: Tânia França.  
Coorientadora: Kátia Medeiros.

Dissertação (mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Capacitação de recursos humanos em saúde – Teses. 2. Políticas públicas de saúde – Teses. 3. Educação em saúde – Teses. 4. Educação continuada – Teses. I. França, Tânia. II. Medeiros, Kátia Rejane de. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 37.035.3:614

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Lidiane de Freitas Sarmento

**Residência Multiprofissional em Saúde: análise da oferta de programas  
financiados pelo Ministério da Saúde de 2009 a 2015**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tania França  
Instituto de Medicina Social – UERJ

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Katia Medeiros  
Fundação Oswaldo Cruz - Centro de Pesquisas Aggeu  
Magalhães (CPqAM)

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Silveira Ney  
Instituto de Medicina Social – UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Daniel Aragão  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ruth dos Santos  
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2016

## DEDICATÓRIA

A todos aqueles que estiveram presentes nesse processo, seja para emprestar os ouvidos para o desabafo, seja para compartilhar ideias empolgantes e iluminadoras.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha querida orientadora Tania pela paciência, confiança e pelo sorriso encorajador de cada orientação.

À querida coorientadora Kátia, presente que Recife me deu, pela doçura e pelos seus ensinamentos essenciais para a realização deste trabalho.

Aos meus pais por me darem a liberdade necessária para alcançar meus objetivos e por sempre acreditarem em mim.

Ao meu irmão pelo companheirismo e por saber que terei sempre um anjo da guarda.

Aos meus avós por me ensinarem o que é amor incondicional.

À minha tia e madrinha por ter me acalmado na hora necessária e por acreditar no meu sucesso.

Aos meus amigos pelo carinho e por estarem sempre presentes, mesmo que fisicamente longe em alguns momentos.

A todos os professores do IMS pela sabedoria passada acerca de um mundo que deve ser olhado e cuidado.

Aos colegas de classe por compartilhar os conhecimentos com esses ouvidos tão atentos.

Aos queridos residentes companheiros de uma época tão transformadora em nossas vidas.

Ao parceiro Guilherme pelos conselhos serenos e pelo apoio essencial.

[...] o verdadeiro pensar consistia no reconhecimento das causas e que, desse modo, o sentir se convertia em saber, o qual, ao invés de dissipar-se, criaria forma concreta e irradiaria o seu teor.

*Hermann Hesse*

## RESUMO

SARMENTO, Lidiane de Freitas. *Residência Multiprofissional em Saúde: análise da oferta de programas financiados pelo Ministério da Saúde de 2009 a 2015*. 2016. 182 f. Dissertação Mestrado em Saúde Coletiva - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Este trabalho analisa as Residências Multiprofissionais em Saúde, com o objetivo de identificar de que maneira os programas financiados pelo Ministério da Saúde, a partir da Portaria Interministerial 1.077 de 2009, encontram-se distribuídos pelo país. Realizou-se uma pesquisa documental exploratória utilizando editais e portarias publicados pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde em conjunto com o Ministério da Educação, através da Secretaria de Educação Superior. A análise foi dividida em três momentos: distribuição dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde de acordo com as regiões brasileiras, com as áreas de concentração consideradas pelo Ministério da Saúde como prioritárias para o Sistema Único de Saúde e com as instituições proponentes. Ao longo da escrita, os aspectos históricos das Residências Multiprofissionais em Saúde são revisitados desde a década de 70, até sua configuração como parte integrante da Política Nacional de Gestão da Educação na Saúde. São discutidos os elementos que permeiam a implementação das Residências Multiprofissionais em Saúde, como a concepção de atenção integral à saúde, o trabalho em equipe multiprofissional e a formação em serviço, além de questões relativas ao seu financiamento, à sua institucionalização e à sua inserção na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. As Residências Multiprofissionais em Saúde são consideradas como potenciais indutoras de transformação dos processos de educação e de trabalho vigentes na saúde, trazendo à discussão a importância de sua legitimação e consolidação como peça fundamental de uma política de formação voltada para o Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Formação profissional em saúde. Política nacional de gestão da educação na saúde. Educação permanente em saúde.



## ABSTRACT

SARMENTO, Lidiane de Freitas. *Multiprofessional Residency in Health: analysis of the provision of programs financed by the Ministry of Health from 2009 to 2015*. 2016. 182 f. Dissertação Mestrado em Saúde Coletiva - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

This paper analyzes the Multiprofessional Residency in Health, with the aim of identifying how the programmes financed by the Ministry of Health, from the Interministerial Ordinance 1077 of 2009, are distributed across the country. A exploratory desk research using edicts and ordinances published by the Ministry of Health, through the Secretary of Labor Management and Health Education in conjunction with the Ministry of Education, through the Secretary of Higher Education. The analysis was divided into three moments: distribution of Multiprofessional Residency in Health programs according to Brazilian regions, concentration areas considered by the Ministry of Health as a priority for the health system and the proposing institutions. Over the course of writing, the historical aspects of the Multiprofessional Residency in Health are revisited since the 70's, until its configuration as an integral part of the National Policy on Health Management Education. The elements that permeate implementing the Multiprofessional Residency in Health are discussed, such as the design of full health care, working on multiprofessional team and in-service training, as well as questions about its financing, its institutionalization and its insertion in the National Policy on Permanent Education in Health. The Multiprofessional Residences in Health are considered as potential inductors that can change education processes and existing work on health, bringing up for discussion the importance of their legitimation and consolidation as a fundamental piece of a training policy oriented to the Unified Health System (SUS).

Keywords: Training in health. National policy for management of health education. Permanent education in health.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Conjuntura da política de saúde e educação em saúde brasileira.....	33
Figura 2 - Contexto histórico das RMS.....	34
Figura 3 - Vinculação do Ministério da Saúde com a SGTES e DEGES	49
Figura 4 - Mapeamento da distribuição da oferta de programas e vagas de RMS, e do quantitativo de áreas de concentração contempladas por regiões brasileiras, dos anos 2010 a 2015.....	133

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Percentual de programas de Residências Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde financiados pelo MS por meio de editais da SGTES, nos anos estudados.....	73
Gráfico 2 -	Percentual de bolsas ofertadas nas portarias de homologação publicadas nos anos de 2012, 2013 e 2015, nas diferentes regiões brasileiras.....	74
Gráfico 3 -	Quantitativo de programas de RMS aprovados e financiados pelo MS nos estados da região Sudeste no período de 2010 a 2015.....	81
Gráfico 4 -	Quantitativo de programas aprovados de RMS na área de concentração Atenção Básica/Saúde da Família por regiões brasileiras, nos anos de 2010, 2012, 2013, 2014 e 2015.....	96
Gráfico 5 -	Evolução dos programas aprovados de RMS na área de concentração Atenção Básica/Saúde da Família nas regiões brasileiras, nos anos de 2010, 2012, 2013, 2014 e 2015.....	97
Gráfico 6 -	Quantitativo de programas aprovados de RMS na área de concentração Atenção Clínica e Cirúrgica especializada por regiões brasileiras nos anos de 2010, 2012, 2013 e 2015.....	103
Gráfico 7 -	Quantitativo de programas aprovados de RMS na área de concentração Urgência/Trauma por regiões brasileiras, nos anos de 2010, 2012, 2013 e 2015.....	108
Gráfico 8 -	Quantitativo de programas aprovados de RMS na área de concentração Atenção ao Câncer/Física Médica por regiões brasileiras, nos anos de 2010, 2012, 2013, 2014 e 2015.....	114

Gráfico 9 -	Distribuição dos programas de RMS por área de concentração nas regiões brasileiras, nos anos de 2010 a 2015.....	120
Gráfico 10 -	Quantitativo de programas de RMS financiados pelo MS por região brasileira de acordo com a natureza jurídica das instituições entre os anos de 2010 e 2015.....	122
Gráfico 11 -	Percentual de programas de RMS financiados pelo MS ofertados por instituições públicas e privadas sem fins lucrativos em âmbito nacional entre os anos de 2010 a 2015.....	123
Gráfico 12 -	Quantitativo de programas de RMS por região brasileira de acordo com a esfera das instituições públicas entre os anos de 2010 e 2015.....	125
Gráfico 13 -	Quantitativo de programas de RMS por esfera das instituições públicas nos anos de publicação das portarias de homologação, 2010, 2012, 2013 e 2015.....	126
Gráfico 14 -	Quantitativo de programas de RMS por região brasileira de acordo com as instituições privadas entre os anos de 2010 e 2015.....	130
Gráfico 15 -	Quantitativo de programas de RMS por instituições privadas nos anos de publicação das portarias de homologação, 2010, 2012, 2013 e 2015.....	131

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Sistematização das fontes de dados, instrumentos e técnica de análise.....	55
Quadro 2-	Editais de convocação e suas respectivas portarias conjuntas de homologação dos programas de RMS financiados pelo MS.....	57
Quadro 3-	Estruturação dos editais estudados de acordo com o ano de publicação e sessões.....	59
Quadro 4-	Variáveis selecionadas e analisadas nos editais de convocação publicados no período de 2009 a 2014.....	61
Quadro 5-	Variáveis analisadas presentes nas portarias conjuntas de homologação, no período de 2010 a 2015.....	70

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Portarias de homologação estudadas, entre os anos de 2010 a 2015, e seus respectivos editais de convocação.....	68
Tabela 2 -	Quantitativo de programas de RMS aprovados e financiados pelo MS nos de 2010 a 2015 pelos estados brasileiros.....	76
Tabela 3 -	Quantitativo de programas de RMS aprovados e financiados pelo MS por área de concentração, nos anos de 2010 a 2015.....	86
Tabela 4 -	Distribuição dos programas de RMS aprovados e financiados pelo MS por área de concentração nas regiões brasileiras, entre 2010 e 2015.....	94
Tabela 5 -	Quantitativo de projetos de RMS aprovados e financiados pelo MS na área de Atenção Básica/Saúde da Família nos estados das regiões brasileiras, nos anos de 2010/2011, 2012, 2013, 2014 e 2015.....	99
Tabela 6 -	Quantitativo de projetos de RMS aprovados na área de Atenção Clínica e Cirúrgica especializada nos estados da região Norte, nos anos de 2010/2011, 2012, 2013, 2014 e 2015.....	104
Tabela 7 -	Quantitativo de projetos de RMS aprovados e financiados pelo MS na área de Urgência/Trauma nos estados das regiões brasileiras, nos anos de 2010/2011, 2012, 2013, 2014 e 2015.....	109
Tabela 8 -	Quantidade de portarias publicadas com PARs aprovados da Rede de Atenção às Urgências, 2011 a 2013, por UF....	113
Tabela 9 -	Quantitativo de projetos de RMS aprovados e financiados pelo MS na área de Atenção ao Câncer/Física Médica nos estados das regiões brasileiras, nos anos de 2010/2011, 2012, 2013, 2014 e 2015.....	117
Tabela 10 -	Quantitativo de programas de RMS financiados pelo MS por região brasileira de acordo com a natureza jurídica das	

	instituições entre os anos de 2010 e 2015.....	122
Tabela 11 -	Quantitativo de programas de RMS financiados pelo MS por região brasileira de acordo com a esfera das instituições públicas entre os anos de 2010 e 2015.....	124
Tabela 12 -	Quantitativo de programas de RMS financiados pelo MS por região brasileira de acordo com as instituições privadas entre os anos de 2010 e 2015.....	129

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO Coletiva	Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde
CF	Constituição Federal
CGHURS	Coordenação Geral de Hospitais Universitários e Residência de Saúde
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIES	Comissões de Integração Ensino-Serviço
CIR	Comissões Intergestora Regional
CNRMS Saúde	Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde
CNS	Conferências Nacionais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COREMU	Comissão da Residência Multiprofissional
CT	Câmaras Técnicas
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DHR/SESu/MEC	Departamento de Hospitais e Residências da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação
ESF	Estratégia Saúde da Família
FNRS	Fórum Nacional dos Residentes em Saúde
IES	Instituições de Educação Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS	Leis Orgânicas de Saúde
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde



NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOB/RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde
ONG's	Organizações Não Governamentais
OS's	Organizações Sociais
PAB	Piso da Atenção Básica
PAR-MP/MS/SP	Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública
PARs	Planos de Ação Regionais
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
ProJovem	Programa Nacional de Inclusão de Jovens
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RUE	Redes de Atenção às Urgências e Emergências
SESu	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SIAPE	Sistema Integrado de Administração de Pessoal
SIGresidências	Sistema de Informações Gerenciais do Pró-Residência
SisCNRMS	Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>1</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>22</b>
<b>1.1</b>	<b>Geral.....</b>	<b>22</b>
<b>1.2</b>	<b>Específicos.....</b>	<b>22</b>
<b>2</b>	<b>HISTÓRICO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE.....</b>	<b>23</b>
<b>3</b>	<b>AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE E SUA INSERÇÃO NA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....</b>	<b>36</b>
<b>4</b>	<b>REORIENTAÇÃO E FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA E SUA PRIORIDADE PARA AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE.....</b>	<b>42</b>
<b>5</b>	<b>FINANCIAMENTO E ARTICULAÇÕES PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE.....</b>	<b>47</b>
<b>6</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>52</b>
<b>6.1</b>	<b>Delineamento do estudo.....</b>	<b>52</b>
<b>6.2</b>	<b>Das fontes de pesquisa.....</b>	<b>52</b>
<b>6.3</b>	<b>Construção da base de dados da pesquisa e seleção das variáveis analisadas.....</b>	<b>54</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....</b>	<b>56</b>
<b>8</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>57</b>
<b>8.1</b>	<b>Análise da estrutura e organização dos editais de convocação.....</b>	<b>57</b>
<b>8.2</b>	<b>Análise da estrutura e organização das portarias de homologação.....</b>	<b>68</b>
<b>8.3</b>	<b>Perfil dos programas de residência multiprofissional contemplados pelas portarias do ministério da saúde....</b>	<b>72</b>

8.3.1	<u>Quanto ao número de programas de residência e as regiões brasileiras.....</u>	72
8.3.2	<u>Quanto ao número de programas de residência e as áreas de concentração.....</u>	84
8.3.3	<u>Quanto às áreas de concentração e as regiões brasileiras..</u>	93
8.4	<b>Perfil das instituições de ensino contempladas pelas portarias do ministério da saúde.....</b>	120
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	134
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	140
	<b>ANEXO A</b> - Edital de Convocação Nº 24, de 2 de dezembro de 2009.....	151
	<b>ANEXO B</b> - Edital de Convocação Nº 17, de 4 de novembro de 2011.....	154
	<b>ANEXO C</b> - Edital de Convocação Nº 28, de 27 de junho de 2013.....	157
	<b>ANEXO D</b> - Edital de Convocação Nº 32, de 24 de julho de 2014.....	160
	<b>ANEXO E</b> - Portaria Conjunta Nº 1, de 24 de fevereiro de 2010.....	162
	<b>ANEXO F</b> - Portaria Conjunta Nº 1, de 13 de janeiro de 2012.....	169
	<b>ANEXO G</b> - Portaria Conjunta Nº 7, de 27 de novembro de 2012.....	176
	<b>ANEXO H</b> - Portaria Conjunta Nº 1, de 18 de janeiro de 2013.....	178
	<b>ANEXO I</b> - Portaria Conjunta Nº 11, de 18 de dezembro de 2013.....	179
	<b>ANEXO J</b> - Portaria Conjunta Nº 1, de 14 de janeiro de 2015.....	181

## INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988, acompanhada da promulgação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS), colaboraram para que diversos avanços fossem conquistados no âmbito da Saúde brasileira. As mesmas destacam que: “*compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) ordenar a formação de recursos humanos em Saúde*”. Os aspectos que envolvem a formação dos Recursos Humanos para a Saúde (RHS) têm estado na agenda das Conferências Nacionais de Saúde desde o século passado, todavia, com o SUS, o tema ganha novos desafios frente às proposições de mudança na concepção e forma de organizar os modelos assistenciais de saúde. O desafio da formação multiprofissional serve de exemplo ao aspecto referido. As demandas por diferentes perfis de profissionais visando um cuidado integral tornam as discussões sobre equipes multiprofissionais cada vez mais relevantes (PIERANTONI, 2012).

Por exigir o desenvolvimento e a interação dos diferentes saberes e práticas, a formação multiprofissional aponta para a superação de uma crise paradigmática centrada unicamente nos objetos de intervenção de cada profissão. Desta maneira, não se limita a uma prática biologicista, que lida com o indivíduo fragmentado desconsiderando sua complexidade e multiplicidade de necessidades. Apesar do trabalho em equipe ser, nos dias atuais, reconhecido como peça fundamental do processo de trabalho na saúde, a prática cotidiana dos serviços usualmente reitera a subordinação dos profissionais ao modelo biomédico, assim como a subordinação dos profissionais de saúde não médicos ao profissional médico (PEDUZZI, 2007).

Neste contexto, a formação multiprofissional apresenta-se como colaboradora para mudanças no modelo assistencial centrado na figura do médico, ainda hegemônico, de atenção em saúde. (RAMOS, 2006a; ROSA, 2010). Como refere Dussault (1992, p.14) “a prática ‘interdisciplinar’ supõe uma desconsideração das fronteiras disciplinares e exige uma renúncia ao corporativismo e às rivalidades profissionais”.

A materialização destas possibilidades de formação multiprofissional, segundo Ramos (2006b), pode ser traduzida nos Projetos Políticos

Pedagógicos. No intuito de formar sujeitos com a capacidade de compreender e significar, de modo ampliado, os desafios de implementação do SUS e as necessidades individuais e coletivas de uma determinada população, construindo saberes de modo permanente, busca-se atender ao preceito constitucional da integralidade. Neste, a interdisciplinaridade torna os sujeitos responsáveis e comprometidos com a organização dos sistemas e serviços de saúde para que atuem com base nos princípios e diretrizes do SUS (SILVA, 2014).

O tema da formação multiprofissional começou a ser tratado nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) constituindo-se como parte da construção de uma política de gestão do trabalho e da educação em saúde. Sua trajetória inicia-se a partir da 9ª CNS em 1992, com o reconhecimento da necessidade de ampliação das residências para as demais categorias profissionais da área da saúde. A partir daí, intensifica-se o debate sobre a introdução do conceito e composição de equipes multiprofissionais de saúde e do fortalecimento das instituições formadoras do SUS com formação multiprofissional e interdisciplinar (PIERANTONI, 2012).

Com o objetivo de criar uma política de valorização do trabalhador do SUS e de cumprir o Art. 200 da Constituição Federal, criou-se, em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) na qual a questão da formação ganha novo enfoque reafirmando sua relevância na formulação de políticas. Entre os principais eixos da agenda política da SGTES está a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), coordenada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) (PIERANTONI, 2012). Esta é orientada pela integralidade e pela humanização, e insere o profissional na relação ensino-aprendizagem reconhecendo-o como sujeito deste processo (BALDISSEROTTO, 2006).

Em seu documento oficial de 2004, a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, instituída pela Portaria N<sup>o</sup>198/2004GM/MS (BRASIL, 2004, 2004a), apresenta a multiprofissionalidade como diretriz para futuros projetos pedagógicos e propõe como um dos eixos de ação a formação de profissionais na área da Saúde na modalidade de Residências Multiprofissionais e Integradas. A criação deste tipo de Residência seria uma estratégia para o apoio e a dinamização da constituição da educação

permanente em saúde e fortalecimento do trabalho de formação e desenvolvimento em saúde.

Mais tarde, a Lei nº 11.129/2005, criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), e, alguns meses depois, a Portaria Interministerial nº 2.117/2005 instituiu a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS). A partir de então, a política de formação para o SUS passa a considerar as Residências Multiprofissionais como dispositivos de educação em serviço, iniciando o desafio de institucionalização das mesmas.

Configurando-se como parte importante de uma política de formação de trabalhadores para o SUS, o MS assume o papel de regular as RMS através da criação de vagas para a especialização de profissionais da saúde em áreas prioritárias para o SUS.

A partir do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, criado em 2009, passou-se a financiar a formação em todas as áreas de saúde, mediante a oferta de bolsas de residências para programas que preenchem os requisitos da Comissão de Seleção designada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, relativa ao Ministério da Saúde (SGTES/MS) e pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESu/MEC). Essa seleção passa a ocorrer através de editais lançados pela SGTES/MS. Esses editais têm como objetivo (SGTES, p. 141, 2009):

[...] disciplinar a concessão de bolsas pelo Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e incentivar a formação de especialistas, na modalidade residência multiprofissional e em área profissional da saúde, em campos de atuação estratégicos para o Sistema Único da Saúde - SUS e em regiões prioritárias do país, definidos em comum acordo com os gestores de saúde (Edital de Convocação Nº24, de 2 de dezembro de 2009).

Os programas de Residência Multiprofissional devem ser construídos de modo a proporcionar o desenvolvimento dos núcleos específicos de saberes e práticas de cada profissão além do campo do cuidado, que é comum a todas as profissões da saúde, com o objetivo de proporcionar o aumento da capacidade de diálogo e o alcance de uma compreensão ampliada das necessidades de saúde do indivíduo e do coletivo. As RMS, inseridas nesse

cenário, apresentam potencial indutor de novas concepções de saúde na relação ensino-serviço (RAMOS, 2006a). Trata-se de um contexto de desafios e dilemas para institucionalização das RMS.

Considerando-se esse argumento, estudos que investiguem como tem se estruturado os programas de RMS apoiados pelo MS são oportunos e relevantes, frente às contribuições destas iniciativas para o SUS.

A motivação para a realização deste trabalho veio da experiência vivida pela autora como residente egressa do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, no qual diversas problematizações foram colocadas incitando o interesse pelo tema.

O objeto do estudo foi analisar de que maneira os programas de RMS financiados pelo Ministério da Saúde no Brasil estão distribuídos e caracterizados pelo país. Realiza-se um mapeamento e caracterização dos programas através da descrição de suas distribuições espacial e temporal, da identificação das principais áreas de concentração e níveis de atenção contemplados, além da natureza das instituições proponentes. Foram utilizados documentos oficiais do MS e MEC, tais como: editais de convocação e portarias de homologação de programas de RMS lançados pelos Ministérios da Saúde e da Educação, e publicados em Diário Oficial da União no período de 2009 a 2015, disponíveis em meio eletrônico.

## **1 OBJETIVOS**

### **1.1 Geral**

Analisar, no período de 2009 a 2015, a oferta dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde induzidos pelos editais do Ministério da Saúde no Brasil.

### **1.2 Específicos**

- a) Descrever a estrutura e organização dos editais de convocação e portarias de homologação do Ministério da Saúde, no período de 2009 a 2015;
- b) Caracterizar o perfil dos programas de Residência Multiprofissional contemplados pelos editais do Ministério da Saúde segundo: áreas de concentração, regiões e estados do Brasil;
- c) Apresentar o perfil das instituições contempladas pelas portarias segundo: esfera de instituição, natureza jurídica e regiões do Brasil;
- d) Mapear a distribuição dos programas de Residência Multiprofissional contemplados pelos editais do Ministério da Saúde segundo variáveis selecionadas.



## **2 HISTÓRICO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE NO BRASIL**

A modalidade de formação denominada como Residência remete ao termo moradia, devido à ideia de que o residente deveria residir no local do programa e estar à disposição do mesmo em tempo integral. À época de seu surgimento, no fim do século XIX, esses programas desenvolveram-se em ambientes hospitalares e em regime de internato. Atualmente, não há a obrigação de residir na instituição onde se realiza o curso, no entanto o regime de dedicação integral ainda é exigido, determinando que o aprendiz do residente se dê inteiramente no local que oferece essa modalidade de ensino (SILVEIRA, 2005; FERREIRA 2010).

As primeiras residências no Brasil surgem a partir da década de 40, baseadas no modelo de residência médica americano, caracterizado como um treinamento especializado avançado seguindo o período de internato, objetivando complementar o ensino teórico-prático dos jovens profissionais (BOTTI, 2009). A Medicina foi a primeira profissão a ter uma modalidade de ensino legalmente reconhecida enquanto ensino em serviço pós-graduado (FERREIRA 2010). De acordo com Brunholi (2013), a instituição de programas de residência para profissionais não médicos no Brasil data da década de 1960, com a proposta de treinamento em serviço de longa duração, seguindo o modelo da Residência Médica, oferecidos por instituições de ensino através de fontes variadas, incluindo financiamento público estadual ou federal. Residências Uniprofissionais (não médicas) surgiram nesse momento, em áreas como fisioterapia, odontologia, nutrição, farmácia e enfermagem, ainda sem o caráter interdisciplinar e o cuidado integral (ABIB, 2012).

O desenvolvimento dos primeiros programas de residência multiprofissional se deu pela necessidade de um trabalho integrado da equipe de saúde, sobretudo na perspectiva da atenção à família e à comunidade, agregando diferentes profissões em um mesmo curso (CONASS, 2011). A multiprofissionalidade na residência surge um ano depois da regulamentação da Residência Médica, em 1976, quando a primeira Residência em Medicina Comunitária do Brasil denominada São José do Murialdo, em Porto Alegre

torna-se multiprofissional, incluindo assistentes sociais, nutricionistas, enfermeiros e psicólogos, com a proposta de formar profissionais críticos e humanistas com alta resolutividade clínica e com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública (DA ROS, 2006). Essa experiência foi pioneira e inovadora no sentido de agregar num mesmo programa diversas profissões da saúde visando o trabalho em equipe interdisciplinar voltado para o cuidado à comunidade na rede de atenção básica e para além da abordagem biomédica, sendo incorporada pelos estados de Pernambuco e Rio de Janeiro com a criação de um modelo de saúde qualificado e de base municipal. Assim, no final da década de 1970 muitos programas de residência já haviam sido criados (FERREIRA, 2010; ROSA, 2010).

Nessa mesma época, no cenário internacional, a Conferência de Alma Ata (1978) trazia à tona a discussão da Atenção Primária à Saúde, que veio a reorientar políticas públicas de atenção à saúde no Brasil, enquanto no país se iniciava o Movimento pela Reforma Sanitária, que resultou, na década de 80, na criação do Sistema Único de Saúde (ROSSONI, 2010).

Destaca-se que essas residências multiprofissionais desenrolaram-se nos anos da ditadura militar, e a saúde, inserida no processo de luta pela democracia, ainda não se configurava como um direito universal e o cuidado como integral. Apesar disso, a potência dos movimentos sociais e do movimento da reforma sanitária gerou enfrentamentos que culminaram na construção do SUS e no direito democrático de todos à saúde. Entre os anos 70 e 80, “na área da saúde, a luta era pela organização de um sistema de saúde único e hierarquizado, que não dicotomizasse o cuidado à doença e a promoção da saúde, a saúde individual e a saúde coletiva” (ROSA, 2010, p. 488).

As discussões trazidas pelo movimento sanitário repercutiam na área de recursos humanos e na necessidade do desenvolvimento de políticas e projetos voltados para formação profissional (BRUNHOLI, 2013). Nessa perspectiva, as residências atuavam como dispositivos de mudança do modelo de atenção vigente à época, trazendo à tona a questão da reforma das práticas e organização dos serviços de saúde e a valorização da formação de profissionais comprometidos e identificados com os princípios e diretrizes do

SUS e, portanto, atores e defensores do movimento da reforma sanitária. Segundo Ceccim (2010, p.19)

Essas experiências teriam sido importantes para a conformação de certa massa crítica que teria contribuído, em seus espaços locorregionais – e ao lado das representações profissionais e movimentos sociais nacionais –, para o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

A fim de incrementar a formação de profissionais sob a forma de residência para atuarem em cuidados primários de saúde no país, foi criado o Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública (PAR – MP/MS/SP), financiado através do pagamento de bolsas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (NUNES, 1998). Porém, a partir de 1982 todas as residências existentes na área de medicina preventiva e social foram incentivadas a se transformarem em Residências de Medicina Geral Comunitária, extinguindo o financiamento, por parte do INAMPS, de residentes não-médicos. A situação agrava-se quando, em 1988, o INAMPS suspende a concessão de novas bolsas para os Programas de Residência de Medicina Geral e Comunitária (CAMPOS, 2010). Já nos anos 90, diversos programas de residências integrados à Residência Médica foram encerrados quando o MEC definiu o financiamento somente para a Residência Médica. As experiências que se seguiram foram poucas e financiadas por fundações privadas ou pela previdência social por um período determinado, limitado pela contenção de recursos. A política de distanciamento do Estado da gestão dos setores sociais, incluindo o da saúde, no final dos anos de 1980 e durante os anos de 1990, contribuiu para o fechamento de muitos desses programas (ROSA, 2010; MOURÃO, 2007).

O Brasil enfrentava uma complexa conjuntura de mudanças políticas e econômicas, com a transição do sistema político ditatorial para o sistema democrático e com a reorganização mundial dos mercados caracterizada pelo avanço neoliberal. Entrou em cena uma nova conjuntura que evocava conceitos como desestatização, reinserção no sistema internacional, abertura da economia, desregulamentação e privatização (MOURÃO, 2007). Neste mesmo contexto turbulento, a saúde era transformada num direito de todos os cidadãos e sua garantia um dever do Estado, através da promulgação da

Constituição Federal de 1988, além da definição da legislação do SUS, através de suas leis orgânicas, Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90. Apesar da conjuntura desfavorável, tais fatos relevantes representaram uma conquista do movimento sanitário e dos movimentos sociais e a ampliação dos direitos sociais. Com a legitimação dos princípios e diretrizes do SUS inicia-se um novo momento histórico para saúde brasileira, agora reconhecida como um direito universal. Além disso, foi atribuído ao SUS, através do Artigo 200 da Constituição, o papel de ordenador da formação de recursos humanos em saúde.

O avanço do capital financeiro, o caráter institucional do sistema burocrático-autoritário de intervenção na regulação da saúde, a desvalorização da atenção primária e a hegemonia do modelo flexneriano foram fatores que enfraqueceram o movimento de residências multiprofissionais, principalmente as de caráter comunitário. No entanto, até o final da década de 1980, muitas experiências foram capazes de provocar mudanças relacionadas à pós-graduação, ao considerarem também as Residências como palco de transformações da relação ensino-serviço (BRUNHOLI, 2013).

Tal situação começou a ser revertida com a criação, em 1994, pelo Ministério da Saúde, do Programa Saúde da Família (PSF), no qual a articulação intersetorial e o trabalho multiprofissional foram incorporados como atribuições fundamentais das equipes da atenção primária. Este programa representou uma proposta de novo modelo assistencial para o SUS, com foco na atenção básica, na promoção da saúde e prevenção de agravos, no atendimento humanizado, integral e de acordo com as necessidades da população local. Esta mudança na assistência veio acompanhada da necessidade de transformação na formação dos profissionais de saúde para atender à nova demanda e aos desafios apresentados. Segundo Ceccim (2002), um dos resultados da 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996) foi a recomendação de que os programas de residência fossem revisados para adequação ao SUS, que houvesse a ampliação de suas vagas e que fossem dimensionados para todas as profissões de nível superior ligadas à saúde. Ceccim (2002) ainda destaca que, na ocasião desta Conferência, a “integração ensino-serviço foi recuperada com a inclusão da ‘comunidade’, a partir da importância que se passou a dar ao controle social, permitindo que falemos em integração ensino-serviço-controle social”.

Sob a orientação dos fóruns participativos da saúde e na condição de importante estratégia na busca da integralidade, começaram a surgir novos programas de RMS com foco na reorientação da Atenção Básica. O Programa de RMS foi apresentado então para a implantação dos serviços públicos embasados na lógica do SUS, com o objetivo de produzir as condições necessárias para a mudança do modelo médico assistencial restritivo, ainda hegemônico, de atenção em saúde (RAMOS, 2006a; ROSA, 2010).

No ano de 1999, houve uma articulação do então Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, juntamente a atores do Movimento Sanitário no intuito de formar grupos interessados em criar, reavivar e reinventar residências em saúde da família. Tal proposição, realizada em um seminário, era criar um modelo de Residência Multiprofissional vinculada ao pensamento da saúde pública acrescida de valores como a promoção, a integralidade da atenção e o acolhimento, e que possuísse uma área comum, apesar de preservadas as especificidades de cada profissão (BRASIL, 2006).

A partir dos anos 2000, a temática da formação de trabalhadores para o SUS ganha visibilidade nas Conferências Nacionais de Saúde, passando a ser considerada uma condição necessária para o alcance de uma política de saúde pautada nos ideais preconizados pela Reforma Sanitária (BRUNHOLI, 2013). Em 2002, o Ministério da Saúde começa a financiar a execução de 19 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, ainda sem a representatividade do MEC. Apesar de suas propostas de funcionamento apresentarem formatos diversificados, havia a intenção de que todas as profissões da área da Saúde pudessem trabalhar integradamente. Havia a necessidade de um espaço formal de troca de experiências, de articulação para superação de problemas como o reconhecimento e o financiamento das RMS (DA ROS, 2006). Nesse período,

Os diversos lugares que construíram programas de RMS, o fizeram procurando aproximar o ensino da gestão, o que por si só já se constitui em inegável inovação na formulação de políticas para formação de trabalhadores do e para o SUS (BRASIL, 2006, p.13).

No ano seguinte, com o compromisso do Ministério da Saúde com educação e saúde, além da compreensão de que a formação e o exercício

profissional não poderiam estar alheios ao debate de estruturação da implementação do cuidado no SUS, foi criada a SGTES (FERREIRA, 2010). Somado à aprovação da Política Nacional de Educação Permanente, inúmeros projetos voltados para a formação de recursos humanos em saúde foram viabilizados, objetivando tornar a rede pública de saúde um campo de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. Assim, o Ministério da Saúde assume o papel já definido na legislação “de gestor federal do SUS na formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil” (BRASIL, 2004).

Este período foi marcado pelo discurso de uma Política Nacional de Educação na Saúde que previa a formação em serviço, tornando-o campo de ensino-aprendizagem, como forma de incentivo ao trabalho em equipe e ao cuidado integral à saúde, e que poderia garantir a combinação entre formação, gestão, atenção e participação dos profissionais de saúde. Além disso, considerava a possibilidade de interação entre as instituições formadoras e de serviço através do trabalho desenvolvido no campo, agregando os atores envolvidos no processo, gestores, trabalhadores, estudantes/residentes, usuários e familiares (PASINI, 2010; ROSA, 2010).

A inclusão das RMS na legislação, apesar da organização e articulação de entidades da área da saúde, sofreu resistências de alguns setores governamentais e especialmente das corporações médicas (PASINI, 2010). O processo de regulamentação das RMS se inicia com o envio de uma Medida Provisória, em fevereiro de 2005 (BRASIL, 2005a) que propunha a formação de uma Comissão para elaboração das normas e regras de funcionamento das residências multiprofissionais financiadas pelo Ministério da Saúde. Desta maneira, a Residência Médica ficava oficialmente separada das outras residências, o que não significava um impedimento para a interação entre esses programas do ponto de vista de conteúdo comuns, desde que preservados os específicos de cada profissão (DA ROS, 2006).

Em junho do mesmo ano foi criada, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), através da Lei 11.129 de 2005, na qual a Residência em Área Profissional da Saúde (denominação dada nesta legislação) foi instituída dentre as proposições que instituem o Programa Nacional de Inclusão de Jovens

(ProJovem) (BRASIL, 2005). Segundo esta lei, a residência é definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica.

Apenas em 2012, com a publicação da Resolução CNRMS nº2 de 13 de abril, é definida a diferença entre a Residência em Área Profissional da Saúde e a Residência Multiprofissional em Saúde. Os programas constituídos somente por uma profissão da saúde, não médica, são considerados como Residência em Área Profissional da Saúde. Seus projetos pedagógicos são orientados pelo desenvolvimento do núcleo específico dos saberes e práticas inerentes a cada profissão, em determinado campo de conhecimento. Já a Residência Multiprofissional em Saúde deverá ser constituída por, no mínimo, três profissões de saúde, orientada pelo desenvolvimento de práticas multiprofissionais e interdisciplinares, integradas aos núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões, em determinado campo de conhecimento.

Ainda em 2005, são lançadas duas Portarias importantes para a normalização das RMS, a Portaria Interministerial nº 2.117 e 2.118 (BRASIL, 2005b; 2005c), ambas publicadas em três de novembro. A Portaria Interministerial nº 2.117 instituiu a RMS no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, e a Portaria Interministerial nº 2.118 instituiu a parceria entre o Ministério da Educação, por meio da SESu e o Ministério da Saúde, por meio da SGTES, para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Portanto, a RMS configura-se como um programa de responsabilidade interministerial, entre os setores da educação e da saúde (BRUNHOLI, 2013).

Destaca-se, em 2006, a criação, durante o 8º Congresso da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), de um ator fundamental na história da RMS: o Fórum Nacional dos Residentes em Saúde (FNRS, 2009). Com o objetivo de promover espaços dinâmicos e suprapartidários para compartilhar experiências, problematizar a prática dos programas existentes, debater o cenário atual e discutir o ideário em defesa do SUS, o FNRS fortalece a representatividade dos atores residentes em seu processo de legitimação e se mostra como um movimento articulado que tem

contribuído para a construção das RMS (ABIB, 2012). Quanto à sua organização,

“[...] o FNRS atua de forma aberta e descentralizada, por meio de coletivos locais, estaduais e regionais de residentes em saúde, que vem promovendo diversas discussões e agregando novos sujeitos, respeitando a horizontalidade das relações (CARTA DE PRINCÍPIOS DO FNRS, 2012)”.

De acordo com documento produzido na 1ª Reunião Nacional do FNRS, este se caracteriza por ser um ator político e representativo composto por residentes dos programas de RMS que visa contribuir para a materialização e potencialização do debate sobre as Residências enquanto estratégia para consolidação do SUS. Segundo Rosa (2010, p. 492)

Há um movimento emergente dos atores sociais da Residência (Movimento Nacional de Residentes) que vem produzindo discursos e práticas em defesa da reforma sanitária e da efetivação do SUS, bem como apresentando reações ao modelo vigente (em diversas direções, pontuando, mais fortemente, entretanto, a centralidade das dificuldades encontradas no processo de capacitação entre demandas da formação e demandas de ações assistenciais [...]).

Devido a obstáculos à instituição das residências, como tensões corporativas, tecnoburocráticas e políticas, somente dois anos depois da promulgação da Lei 11.129 é lançada a Portaria Interministerial nº45 de 12 de janeiro de 2007 (ABIB, 2012). Esta dispõe sobre os princípios e diretrizes da Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde no âmbito do Departamento de Residências e Projetos Especiais da Saúde do Ministério da Educação. A coordenação da CNRMS caberia aos representantes dos Ministérios da Educação e da Saúde assim como o financiamento de sua estrutura e funcionamento.

A CNRMS teria como funções o credenciamento dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde bem como das instituições habilitadas para oferecê-los, a avaliação e acreditação dos mesmos, sugerir modificações ou suspender o credenciamento de programas que não estivessem de acordo com a regulamentação, registrar certificados e propor a duração de carga horária mínima e máxima para os



programas de residência. Esta Comissão possuía uma representatividade paritária entre o governo e a participação social. Além disso, esta Portaria trouxe diversos eixos norteadores orientados pelos princípios e diretrizes do SUS. São estes:

I - cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica do País;

II - concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural;

III - política nacional de educação e desenvolvimento no SUS aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuada entre as distintas esferas de governo;

IV - abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;

V - estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurada em itinerário de linhas de cuidado de forma a garantir a formação integral e interdisciplinar;

VI - integração ensino-serviço-comunidade por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, promovendo articulação entre ensino, serviço e gestão;

VII - integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipe, tendo em vista a necessidade de mudanças no processo de formação, do trabalho e da gestão na saúde;

VIII - integração com diferentes níveis de formação dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o ensino de educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde;

IX - articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;

X - descentralização e regionalização contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;

XI - monitoramento e avaliação pactuados para garantir que o sistema de avaliação formativa seja dialógico e envolva a participação das instituições formadoras, coordenadores de programas, preceptores, tutores, docentes, residentes, gestores e gerentes do SUS e o controle social do SUS, considerando a conformação da política, da execução e da avaliação dos resultados; e

XII - integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e à Gestão do Sistema.

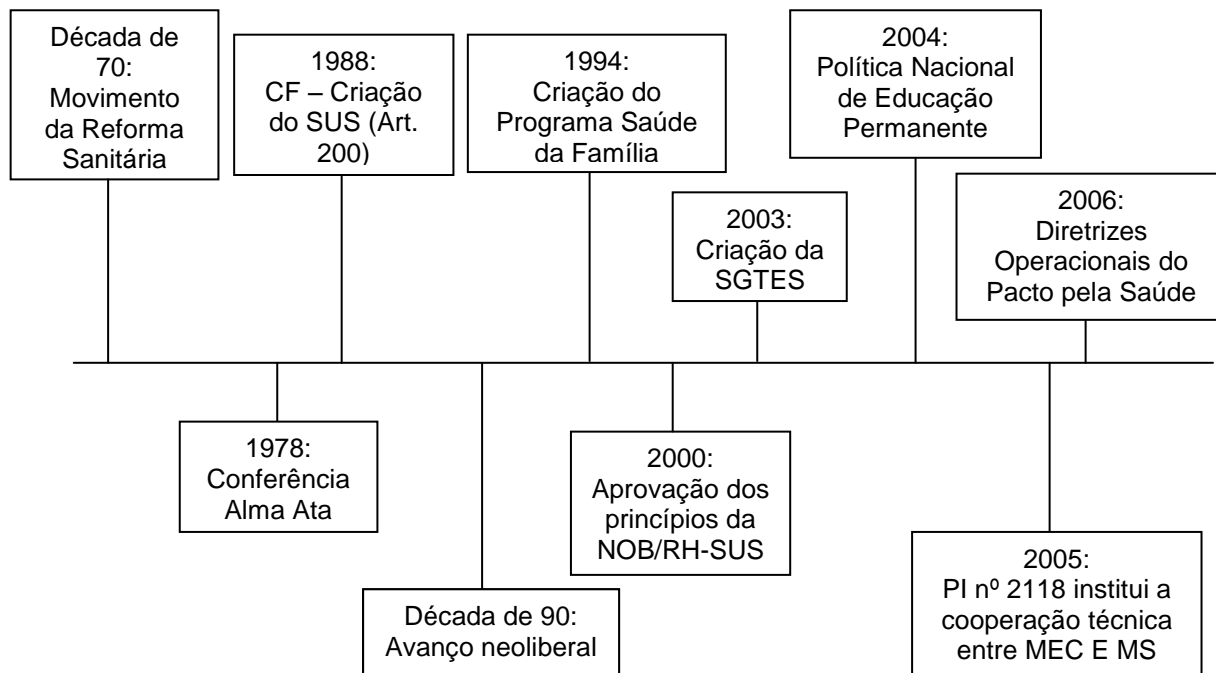
Posteriormente, a Portaria Interministerial nº45 foi revogada pela Portaria Interministerial 1.077 de 2009, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, servindo de ponto de partida para este estudo.

Esta Portaria manteve os eixos norteadores presentes na anterior, porém, modificou a composição da CNRMS, na qual o diretor do Departamento de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde do Ministério da Educação, membro nato, passou a presidir a CNRMS. A representação governamental ganhou destaque e a nova Comissão sofreu críticas devido seu papel na excessiva e centralizada regulamentação. Em meio a um contexto de impasses no campo político e metodológico da condução das RMS, o Ministério da Educação fomentou a modalidade de formação Residência Multiprofissional inserida no contexto hospitalar, com um projeto para a implantação e financiamento, em 2009, de programas de residência multiprofissional em saúde nos hospitais universitários federais (BRUNHOLI, 2013). Ressalta-se que este trabalho se propõe a estudar o mapeamento dos programas de RMS financiados pelo Ministério da Saúde, portanto excluindo-se aqueles alocados nos hospitais universitários federais.

De acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, as RMS constituem-se como programas de formação na modalidade pós-graduação *lato sensu* caracterizados por ensino em serviço. Estas possuem carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de dois anos, compreendendo atividades de caráter prático e teórico, nas quais o residente é inserido no contexto dos serviços do SUS com orientação dos trabalhadores desses espaços. Treze profissões que integram a área da saúde, excetuada a médica, são contempladas: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

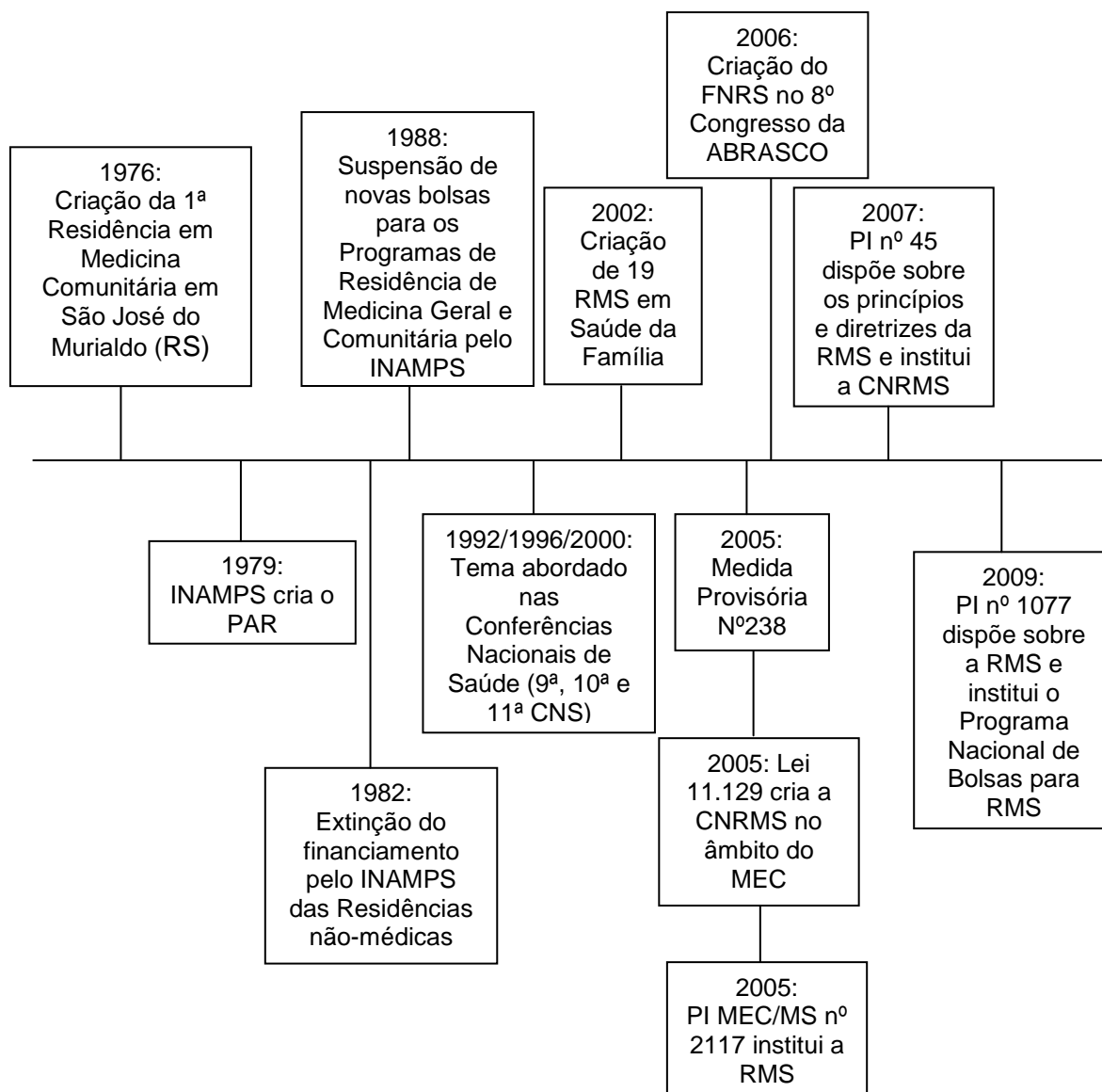
A dimensão histórica das RMS e a conjuntura da política de saúde e da educação em saúde do país, expostas até aqui, são ilustradas através das linhas do tempo apresentadas a seguir:

Figura 1 - Conjuntura da política de saúde e educação em saúde brasileira.



Fonte: A autora, 2016.

Figura 2 - Contexto histórico das RMS.



Fonte: A autora, 2016.

Atualmente há uma grande variedade de programas que se diferenciam das mais diversas formas, desde a natureza das instituições de ensino que oferecem os programas até seus projetos políticos pedagógicos. A falta de articulação e debate sobre RMS, ainda existente, contribui para esta diversidade, às vezes descaracterizando a proposta e finalidade desta modalidade de formação. Ao considerarmos as RMS como espaços de formação com potencial questionador do instituído e como dispositivos de educação permanente, sua definição como importante estratégia dentro de uma política de Estado de formação para trabalhadores da saúde implica não

somente em debates pedagógicos, mas em legitimação política para a sustentabilidade e ampliação dos programas, que têm como um dos princípios referenciais a integralidade do cuidado e como princípio operador o trabalho em equipe interdisciplinar (RAMOS, 2006a). Segundo Pasini (2010, p. 69), as RMS devem

[...] produzir mudanças estruturais nas formas de os trabalhadores em saúde conceberem o processo saúde-doença e o cuidado em saúde, de modo a contribuir efetivamente com transformações há muito desejadas e que encontram na constituição do SUS no Brasil um terreno muito fértil para se efetivar.

Esses programas, antigos na experimentação e experiências, mas recentes na regulamentação e regularidade, apresentam-se como uma proposta de formação ambiciosa pelo enfrentamento de muitos instituídos nessa área, como a hierarquia do saber médico sobre os demais atores da área da Saúde, o foco na atenção hospitalar em detrimento de outras estruturas de cuidado, já há muito tempo constituídos como verdades. Ainda hoje os profissionais de saúde são formados numa tradição médico-hegemônica, que influencia não só as relações cotidianas de trabalho em equipe como a relação desta com os usuários (PASINI, 2010).

### **3 AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE E SUA INSERÇÃO NA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

O cenário atual da formação profissional em saúde demonstra um distanciamento das reais necessidades do SUS quando consideradas as demandas atuais do sistema de saúde, apontando para importantes desequilíbrios na formação e distribuição de profissionais e na oferta dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação em saúde (HADDAD, 2008). Partindo-se do pressuposto que, ao contrário do que ocorre em outros setores, a incorporação tecnológica em saúde não é substitutiva da atuação da mão de obra, os recursos humanos em saúde são fundamentais para possibilitar a implementação de ações de saúde para a população. Percebe-se então a importância do investimento na formação de recursos humanos para a melhoria dos serviços de saúde e consolidação do SUS. Um avanço neste sentido foi a aprovação em 2000, na 11ª Conferência Nacional de Saúde, dos princípios da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS – NOB/RH-SUS, buscando superar os desafios de implementação de uma política de recursos humanos para o SUS.

Em 2003, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou resolução para aplicar os Princípios e Diretrizes da NOB/RH-SUS como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS. A NOB/RH-SUS trouxe em seu documento, entre outros pontos, a necessidade de regulamentação e ampliação de programas de residências adequados ao SUS e baseados no trabalho em equipes multidisciplinares (BRASIL, 2002a; CONASS, 2011).

Considerando o ritmo acelerado da evolução do conhecimento, as mudanças no processo de trabalho em saúde e os contextos demográficos e epidemiológicos do país, os processos formativos, sob a perspectiva da harmonia entre excelência técnica e relevância social, devem propor abordagens visando a integralidade e a percepção da qualidade da atenção pelos usuários. A fim de estruturar esse novo modo na gestão, atenção e

controle social, se faz necessário outro perfil de trabalho e de trabalhadores (SILVA JÚNIOR, 2007).

A partir da criação da SGTES, em janeiro de 2003, tornou-se evidente o reconhecimento pelo MS da importância da articulação entre educação e regulação da força de trabalho na atenção à saúde. Com isso, esta Secretaria, passou a se responsabilizar pela formulação de políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação do trabalho em saúde no país, considerando a integração ensino-SUS. Essas políticas devem levar em conta as necessidades individuais e coletivas dos cidadãos a partir de um conceito ampliado de saúde, integrando diversos setores e instituições (HADDAD, 2008).

Atualmente, vem se desenrolando um processo de aproximação das políticas e ações do MS, através da SGTES, com o MEC, o CNS, entre outros órgãos, em torno da gestão do trabalho e da educação na saúde. Estas parcerias intersetoriais na prática de gestão na saúde representam o aumento do reconhecimento da integração ensino-serviço, valorizando a humanização da atenção e a ampliação da concepção e prática da integralidade (BRASIL, 2008). Para Ceccim (2004, p.1407)

A integralidade da atenção supõe, entre outros, a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora na prática dos profissionais de saúde, o que lhes possibilita tornar-se mais responsáveis pelos resultados das ações de atenção à saúde e mais capazes de acolher, estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo saúde-doença não inscritos no âmbito da epidemiologia e da clínica tradicionais.

As estratégias de formação dos profissionais de saúde devem contribuir para a reorientação do modelo biomédico vigente, investindo na integralidade das ações de saúde de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS. A atenção integral implica no reconhecimento de que a atuação uniprofissional não é suficiente em vista das diversas necessidades de saúde apresentadas por uma população. São necessárias transformações nas relações de poder entre profissionais de saúde, para a organização efetiva de uma equipe multiprofissional, e entre profissionais de saúde e usuários para a ampliação de sua autonomia (FEUERWERKER, 2002).

Segundo Merhy (2005) “a produção do cuidado em saúde e sua micropolítica são constituídas de práticas pedagógicas, e não só de ações tecnológicas típicas da construção de atos de saúde”. O modelo pedagógico hegemônico de ensino, voltado predominantemente para uma lógica privativo-individualista que forma para o mercado privado, evidencia a distância das instituições de ensino do sistema público de saúde (PASINI, 2010).

Ademais, a abordagem biologicista e medicalizante da formação em saúde, centrada em conteúdos organizados de maneira descontextualizada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, é um desafio para a efetivação da integralidade e do diálogo entre os diferentes níveis de complexidade da atenção. Para a concretização de mudanças no processo de formação, pautado pela integralidade, devem ser delineadas novas relações de compromisso e responsabilidade entre as instituições de ensino e o SUS, de forma a possibilitar a compatibilidade de perfis profissionais, de produção de conhecimento e de prestação de serviços às necessidades dos usuários do sistema de saúde (CECCIM 2004). Contudo, a mudança nas práticas e na formação não se esgota na concepção de técnicas assistenciais, estendendo-se à organização do processo de trabalho e à inserção do controle social e da participação popular nas redes de ações e na gestão dos serviços (CECCIM, 2010a).

Em 2003, a SGTES propõe a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS – Caminhos para a Educação Permanente em Saúde – Polos de Educação Permanente em Saúde, que surgiu como uma proposta de ação estratégica para contribuir com a transformação e a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão e controle social no setor da saúde (BRASIL, 2004a).

A partir de 2004, foram criados diversos colegiados de gestão em educação permanente em saúde, organizados de formas distintas em todo o país, e que deram origem aos Polos de Educação Permanente em Saúde, regulamentados por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004, a qual instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Estes Polos visavam gerar mudanças nas práticas de saúde e de educação na saúde e funcionavam como instâncias de articulação interinstitucional, aproximando os atores das ações e serviços do SUS e as instituições formadoras através da promoção do



diálogo e da negociação entre os mesmos. As propostas e projetos apresentados pelos Polos deveriam ser encaminhados ao DEGES, da SGTES, para serem acompanhados, avaliados e pactuados, por consenso, pelo Colegiado de Gestão e Conselho Gestor do Polo e pela Comissão Intergestores Bipartite, aprovados no Conselho Estadual de Saúde, assegurando a construção da educação permanente pelo Ministério da Saúde.

Estes projetos deveriam conter proposições que mais tarde também fariam parte dos eixos norteadores das residências multiprofissionais em saúde, como a presença da multiprofissionalidade, adequação às necessidades de saúde, relação com os princípios e diretrizes do SUS, com o princípio de atenção integral à saúde e da cadeia de cuidados progressivos à saúde na rede do SUS (BRASIL, 2004). No entanto, embora tenham desempenhado o papel de levar o debate sobre a educação permanente para as instâncias descentralizadas do SUS, os Polos de Educação Permanente em Saúde encontraram inúmeras dificuldades para sua operacionalização (CONASS, 2011).

Com a pactuação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, em 2006, a Política Nacional de Educação Permanente foi destacada nas diretrizes para a Educação na Saúde. Estas determinavam o avanço em sua implantação, e a avaliação desse processo, além de considerar tal política uma estratégia essencial para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS pela adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras. A partir de então, as ações de Educação na Saúde passam a compor o Pacto de Gestão, do Pacto pela Saúde, colocando a responsabilidade pelas ações de educação na saúde na agenda da gestão do SUS (BRASIL, 2008).

A fim de se adequar às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde e de Gestão, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde sofreu reformulações e negociações envolvendo todos os gestores do sistema, que culminou na aprovação da Portaria GM/MS nº1996/2007. Esta, por sua vez, define as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (CONASS, 2011). A Portaria define que a condução regional da PNEPS se dará através dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), posteriormente denominadas de Comissões

Intergestores Regionais (CIR), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). Os CGR seriam responsáveis pela elaboração de um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal). Já as CIES possuem o papel de formular, conduzir e desenvolver a Política de Educação Permanente em Saúde, e são previstas no art. 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH – SUS, configurando-se como instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes (BRASIL, 2007b).

A partir da instituição do Pacto pela Saúde, as ações voltadas ao desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde se intensificaram, e as políticas e programas existentes foram revistos visando adequá-los às novas normas e propostas do Pacto. Entre elas encontra-se a Residência Multiprofissional em Saúde (CONASS, 2011). Caracterizada pela integração ensino-serviço-comunidade, os programas de residência são direcionados para a formação do profissional para o SUS, pautados por seus princípios e diretrizes. Conceitos como a integralidade, o trabalho em equipe e controle social permeiam a concepção desses programas que se apresentam como potenciais mecanismos de reflexão do processo de trabalho e consequente mudança no modelo de formação instituído. Segundo Ceccim (2010, p.20):

A proposta das Residências em Saúde como multiprofissionais e como integradas ao SUS apresenta-se no cenário brasileiro participativo como uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e as diretrizes da integralidade da atenção e da intersetorialidade do SUS, com as demais políticas que incidem nos determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva e da equidade no acesso e no direito à saúde.

A educação permanente sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas e profissionais em ação na rede de serviços por meio da aprendizagem significativa. É por meio da educação permanente que se dá o encontro entre os mundos da formação e do trabalho, onde os saberes técnicos e práticos se incorporam ao cotidiano das organizações e os diferentes modos de agir e pensar se inserem

no processo de trabalho (BRASIL, 2004a). Sendo assim, a transformação das práticas deve ser estruturada a partir da problematização do processo de trabalho e ter como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (CECCIM, 2004a).

Dessa forma, a “educação no e pelo trabalho” se configura como umas das propostas para que os trabalhadores da saúde transformem-se em agentes instituintes de mudança nas práticas do mundo do trabalho, seja na assistência, no ensino ou na gestão. Para tanto, a Residência Multiprofissional apresenta-se como uma das alternativas para esta formação, que visa alterações nas práticas dominantes dos sistemas de saúde. Ao ter como objetivo a formação de profissionais para uma atuação diferenciada no SUS, com construção interdisciplinar, trabalho em equipe, educação permanente e adequada às necessidades locais, as RMS possibilitam mudanças na lógica tecnoassistencial. Assim, o SUS deixa de ser considerado apenas um campo de práticas e passa a desempenhar um importante papel na concepção dos projetos político-pedagógicos de formação dos profissionais de saúde, proporcionando práticas ajustadas aos seus princípios e diretrizes (LOBATO, 2010).

#### **4 REORIENTAÇÃO E FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA E SUA PRIORIDADE PARA OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE**

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, colocou a atenção básica na centralidade das políticas públicas em saúde, o que suscitou o debate da necessidade de uma formação em saúde voltada para uma nova dimensão de cuidado (BRUNHOLI, 2013). No Brasil, a estratégia de implantação de cursos de especialização e pós-graduação na área de saúde com vistas ao fortalecimento de políticas públicas tem sido praticada habitualmente pelo Ministério da Saúde (GIL, 2005). No que tange às RMS, estas se apresentam como um artifício de viabilidade para a expansão da atenção básica, já que as primeiras residências multiprofissionais em Saúde da Família foram idealizadas a partir dessa expansão e tinham como alvo a reorganização deste nível de atenção.

O PSF, posteriormente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe um novo modo de pensar a assistência no SUS, centrado na atenção primária e na mudança do foco individual para o coletivo e das ações curativas para a promoção da saúde (NASCIMENTO, 2010).

Desde sua implementação, a atenção básica vem crescendo substancialmente em relação à cobertura e ao número de profissionais envolvidos, trazendo melhorias no acesso da população à saúde (CAMPOS, 2010). Segundo Haddad (2008), uma atenção básica bem estruturada possui alta resolubilidade, em torno de 85%, das necessidades e problemas de saúde da sociedade. Este fato pode resultar em redução de filas em prontos-socorros e hospitais e o uso indiscriminado de equipamentos de alta densidade tecnológica. A autora argumenta que

No SUS, todos os níveis de atenção à saúde são igualmente importantes. Mas a prática comprova que a atenção básica tem um papel estratégico, devendo ser prioritária, porque possibilita uma melhor organização e funcionamento também dos serviços da média e alta complexidade. (Haddad, 2008, p.100)

A atenção básica, embora muitas vezes seja considerada simplificada e pouco valorizada, apresenta em seus modos de agir uma tecnologia de cuidado complexa a fim de manejar as inúmeras demandas e necessidades de saúde advindas do contato com famílias, grupos sociais, com a diversidade cultural e com problemas de vida inerentes a uma população. A integração com o território, observando critérios de risco e vulnerabilidade e identificando demandas e necessidades de saúde constituem desafios complexos e variados que o profissional de saúde deve enfrentar (BRASIL, 2012). Para assegurar o acolhimento e a resolutividade dos problemas, as complexidades e especificidades dessa área de atuação devem ser superadas pela articulação dos conhecimentos biológicos com outros vindos do campo social. É necessário que os profissionais desenvolvam, portanto, a

Capacidade de reconhecer o contexto, capacidades de comunicação e acolhimento, capacidade de escuta e de compreender diferentes valores e culturas, capacidade de mobilizar soluções para situações aparentemente sem saída. Uma formação mais ampla e contextualizada. O trabalho em equipe multiprofissional e a articulação com outros setores são fundamentais para tudo isso, mas há pouca ênfase no desenvolvimento de tecnologias para trabalhar estas questões. (Silva Júnior, 2007, p. 36)

Dado sua importância para a rede de atenção à saúde do SUS, fez-se urgente a construção de um perfil de formação dos profissionais da saúde voltado para atenção básica. Em vista das diversidades dos cenários de práticas e das novas demandas exigidas pelas transformações do mundo do trabalho, um novo modelo de educação para a saúde tornou-se necessário. O ensino centrado apenas em especialidades e dependente do desenvolvimento tecnológico deveria ser aliado às necessidades sociais em saúde (HADDAD, 2008). Assim como o ensino direcionado a uma lógica produtivista e mercantilista, objetivando apenas atender às exigências do mercado, não seria suficiente frente às novas conformações de atenção à saúde da população.

A criação dos Polos de Formação, Capacitação e Educação Permanente em Saúde da Família, em 1997, foi a primeira providência nacional para lidar com o desafio dessa nova conformação na formação em saúde. Com o objetivo de apoiar a expansão e consolidação da ESF através de três vertentes, capacitação, formação e educação permanente da mão de obra vinculada à

atenção básica, até então incipiente, possuía como concepção orientadora o fortalecimento da integração ensino-serviço. Além disso, esses Polos levaram às primeiras reflexões sobre as mudanças necessárias para o exercício adequado na Saúde da Família nos cursos de graduação, buscando reforçar a articulação das instituições de ensino superior com os serviços estaduais e municipais de saúde.

Desta forma, estas instituições também estariam se comprometendo com o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde da família e para a atenção básica do SUS. As RMS são inseridas nesse contexto quando, no ano 2000, o Ministério da Saúde implementa, através de uma convocatória nacional, a oferta de cursos de pós-graduação *lato sensu* nas modalidades de especialização e residência multiprofissional em saúde da família. O investimento desses cursos seria feito mediante incentivos financeiros repassados às universidades e escolas de saúde pública das Secretarias Estaduais de Saúde (CAMPOS, 2010; GIL, 2005).

Novas concepções como o trabalho multiprofissional, a integração ensino-serviço, a intersetorialidade e a integralidade do trabalho pela defesa do SUS foram incorporados como atribuições indispensáveis das equipes da atenção básica, o que tornava a aposta em modalidades de ensino como os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde favorável (BRUNHOLI, 2013). No ano de 2002, foram criadas 19 residências multiprofissionais em Saúde da Família nas quais se propunha que todas as profissões da área da Saúde pudessem trabalhar integradamente. Estes programas foram financiados pelo Ministério da Saúde através do repasse às instituições executoras (DA ROS, 2006). Além desses, alguns programas em Saúde Mental também receberam financiamento do Ministério da Saúde apresentando expansão do número de residências apoiadas em todo o Brasil, entre 2005 e 2009. Este investimento, em valores crescentes ao longo deste período, chegou a um valor aproximado R\$ 178.000.000,00 (cento e setenta e oito milhões de reais) (BRASIL, 2009c). A partir de 2009, o Ministério da Saúde passou a financiar os programas de RMS, incluindo os inseridos na área de Saúde da Família, através de editais de convocação com pagamento direto de bolsas aos residentes.

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi aprovada pela Portaria nº 648/GM e estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde, assinalando como uma das competências do Ministério da Saúde a articulação com o Ministério da Educação de estratégias de expansão e de qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e em educação permanente. Além disso, esse órgão seria o responsável por estabelecer diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos a fim de viabilizar o processo de capacitação e educação permanente dos profissionais da Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

A PNAB reforça a importância da integralidade apresentando alguns de seus aspectos, como o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, a ampliação da autonomia dos usuários e coletividades, a gestão do cuidado integral do usuário e coordenação no conjunto da rede de atenção como um de seus fundamentos e diretrizes (BRASIL, 2011). As RMS estão em congruência com diversos dos preceitos defendidos para o fortalecimento da atenção básica e desde o seu surgimento está alinhado com os princípios que orientam sua política, sendo um importante mecanismo para sua consolidação e vice versa. Segundo Da Ros (2006, p. 103)

Quando falamos, portanto, das residências multiprofissionais em Saúde da Família, estamos falando simultaneamente de Movimento Sanitário; luta, formação de quadros, professores, novo estilo de pensamento dos novos técnicos; de integralidade, de Atenção Básica estruturando o SUS; de um SUS que colabore com esta construção de cidadania.

Além de tudo, visto a desarticulação das redes de cuidado e entre os diferentes níveis de complexidade, experiências têm demonstrado que a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) tendo a atenção básica como coordenadora do cuidado, se apresenta como um mecanismo de superação dessa fragmentação sistêmica. A atenção básica como centro de comunicação das redes tem sido apontada como mais eficaz, em termos de organização interna e ao lidar com os desafios impostos pelo cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário do país.

As RAS apresentam como principais características a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, o foco nas necessidades sociais de saúde, a responsabilização por atenção contínua e integral, o cuidado multiprofissional e o compromisso com resultados sanitários e econômicos, pontos em comum com o modelo assistencial previsto na atenção básica (BRASIL, 2010; 2014).

A consolidação e o aperfeiçoamento da atenção básica como reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requerem “um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde” (BRASIL, 2012, p. 38).

Nascimento (2008, p. 48) explicita que

É a partir da vivência prática nos serviços, permeada por um suporte pedagógico específico e voltado para as necessidades da população, que se concretiza uma formação técnica e humanística, do profissional de saúde, uma vez que as situações-problema vivenciadas no cotidiano desses profissionais exigem ações que extrapolem o âmbito puramente científico/clínico.

A concepção fortemente marcada da educação permanente nos espaços da atenção básica torna as RMS importantes agentes da mudança desejada nos modelos de educação e atenção em saúde. A reorganização da atenção básica requer que os profissionais possuam uma capacidade de compreensão ampliada das necessidades de saúde, repensando suas práticas de modo a explorar os enfrentamentos postos para a melhoria do campo de trabalho e atendimento à população.

As RMS apresentam-se como facilitadoras desse processo, na medida em que são fundamentadas na interdisciplinaridade e visam, além da formação estritamente acadêmica dos residentes, a promoção de transformações nos serviços de saúde que os aloca. Essa relevância é reconhecida pelo Ministério da Saúde quando, a partir de 2009, inserem os programas de residência multiprofissional em atenção básica/saúde da família como prioritários para financiamento em seus editais lançados. Todos os editais publicados pelo MS convocando propostas de programas de RMS a serem por ele financiados trouxeram a atenção básica como a principal área a ser priorizada.



## **5 FINANCIAMENTO E ARTICULAÇÕES PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE**

As RMS possuem o papel de induzir transformações nos processos de formação dos profissionais de saúde, integrando as ações de educação na saúde e trazendo o foco para o trabalho em equipe e a relação com os usuários. O Ministério da Saúde, além de atuar no movimento de institucionalização do reconhecimento desta modalidade de formação, é o responsável pela ampla linha de financiamento dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2011a).

A criação da SEGTES, no âmbito do Ministério da Saúde em 2003, marcou a valorização de uma gestão competente de recursos humanos em todas as suas dimensões. A SGTES assumiu a responsabilidade de formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil.

Dentre suas competências estão (BRASIL, 2016):

- A ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- O desenvolvimento da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde;
- O planejamento, coordenação e apoio às atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área de saúde;
- A articulação com os órgãos educacionais, as entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional, os movimentos sociais e entidades representativas de educação dos profissionais;
- A integração dos setores de saúde e educação, no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área;
- O planejamento e coordenação de ações visando à integração e ao aperfeiçoamento da relação entre as gestões federal, estaduais e municipais do SUS, no que se refere aos planos de

formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área de saúde;

- O planejamento e coordenação de ações destinadas à promoção da participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços e na regulação das profissões de saúde;
- O planejamento e coordenação de ações visando à promoção da educação em saúde, ao fortalecimento das iniciativas próprias do movimento popular no campo da educação em saúde e da gestão das políticas públicas de saúde;
- A promoção de informações e conhecimentos relativos ao direito à saúde e ao acesso às ações e aos serviços de saúde;
- O fomento à cooperação internacional, visando à solução dos problemas relacionados à formação, ao desenvolvimento profissional, à gestão e à regulação do trabalho em saúde.

Através de ações estruturantes, com foco nos profissionais do SUS, a SGTES fortalece a Política Nacional de Educação na Saúde ao promover a integração da educação e do trabalho em saúde e, conseqüentemente, mudanças nas práticas de formação e nas práticas de saúde (BRASIL, 2009a). Dentre suas frentes de ação, está o investimento e o apoio aos programas de RMS, tornando possível sua expansão e continuidade ao longo dos anos desde sua criação (HADDAD, 2009).

Com a missão institucional de promover o fortalecimento da formação em saúde no SUS, o DEGES, vinculado à SGTES, apresenta-se como outro importante ator na afirmação das RMS ao coordenar a implantação da Política Nacional de Educação Permanente, além de planejar, acompanhar e avaliar as ações de gestão da educação que envolvem as três esferas do governo. O DEGES também promove ações de articulação e integração de órgãos educacionais, entidades de classe e movimentos sociais. Portanto, as políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à Educação Permanente dos trabalhadores do SUS, tanto no nível superior como no nível técnico-profissional, são de sua responsabilidade (BRASIL, 2016a). No organograma abaixo, a vinculação entre o Ministério da Saúde, a SGTES e o DEGES, órgãos centrais no financiamento das RMS, é demonstrada.

Figura 3 - Vinculação do Ministério da Saúde com a SGTES e DEGES.



Fonte: BRASIL, 2009b.

A partir de 2005, ações intersetoriais emergiram da aproximação entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Esta articulação ocorreu por meio da Portaria Interministerial nº 2.118/05, a qual estabeleceu cooperação técnica entre os ministérios, por meio da SESu e da SGTES, na formação e desenvolvimento de profissionais de saúde. O objetivo desta Portaria era constituir uma Comissão Técnica Interministerial entre MS e MEC para o desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde e a cooperação técnica científica, além da elaboração e divulgação de editais junto às instituições de educação superior (IES) acerca do desenvolvimento dos projetos e da produção técnico-científica que derivarem das ações (BRASIL, 2005c).

Em 2007 foi criada a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, ligada à DEGES, a qual representou mais um ato articulador das políticas de educação e de saúde. A criação desta Comissão representa uma tentativa de implementação, após quase 20 anos, do Artigo 200 da Constituição (PIERANTONI, 2012).

Com função consultiva em relação à ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, subsidia a definição de diretrizes para a política de formação profissional, tecnológica e superior, incluindo a especialização na modalidade residência médica, multiprofissional e em área profissional da saúde, e é composta pelos Ministérios da Saúde e Educação, pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 2007a). Desta maneira, a formação e desenvolvimento dos recursos humanos em saúde se estabelecem como responsabilidades intersetoriais, o que configurou um importante passo para a consolidação da política nacional de educação na saúde.

Estas articulações institucionais desempenham um papel fundamental no que diz respeito ao investimento e financiamento das RMS. Até o ano de 2008, o pagamento de bolsas para coordenação, residentes, tutores e preceptores era realizado por meio de convênios com duração de dois anos, com possibilidade de prorrogação. Do orçamento da SGTES, referente à unidade programática “Formação superior”, 11,84% foram destinados ao financiamento das RMS em 2005, passando para 30% em 2006 e 34% em 2007. Observa-se uma ampliação dos recursos destinados a essa modalidade de formação contribuindo para sua consolidação. Entre 2006 e 2008, foram investidos 133,5 milhões da SGTES nas Residências Multiprofissionais, financiando a formação de 1487 profissionais pelas RMS e aumentando de 11 para 24 os estados contemplados (HADDAD, 2009; BRASIL, 2009a).

A partir de 2009, é estabelecida uma nova modalidade de financiamento das Residências em Saúde pelo Ministério da Saúde. Criou-se o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, instituído pela Portaria Interministerial 1.077/2009, financiado com os recursos da programação orçamentária do Ministério da Saúde e desenvolvido em parceria com a Coordenação Geral de Residências do

Departamento de Hospitais e Residências da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (DHR/SESu/MEC). O financiamento é realizado através de editais de seleção de projetos lançados conjuntamente pelos Ministérios da Saúde e Educação, e o pagamento das bolsas de estudo realizado diretamente aos residentes, e não mais por convênio (BRASIL, 2009a). Tem por objetivo consolidar a Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde em campos de atuação estratégicos para o SUS. Assim, o Ministério da Saúde afirma seu papel no financiamento e consolidação das RMS, garantindo sua continuidade através dos editais de seleção (BRASIL, 2011a).

Para fins deste estudo, foram considerados os programas de RMS financiados exclusivamente pelo Ministério da Saúde através dos editais de seleção. Porém, atualmente o financiamento das bolsas de Residência provém de diferentes fontes, enquanto o MEC financia as bolsas das instituições do sistema público federal de ensino superior como os hospitais universitários, o Ministério da Saúde responsabiliza-se por aquelas bolsas vinculadas a programas estratégicos em sua área. Os estados e municípios financiam diretamente os programas desenvolvidos em hospitais e instituições de suas respectivas redes, tanto quanto os mantenedores privados incumbem-se do pagamento das bolsas de residência nos hospitais e instituições de saúde privados (BRASIL, 2011a).

## **6 METODOLOGIA**

### **6.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de pesquisa documental de caráter descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa. A análise documental possui o propósito de produzir novos conhecimentos, criar novas formas de compreender os fenômenos e conhecer a forma como estes têm sido desenvolvidos, favorecendo assim a observação do processo de maturação ou de evolução de conceitos, conhecimentos, mentalidades, práticas, entre outros.

A pesquisa documental assemelha-se em muitos aspectos com a pesquisa bibliográfica, tendo a natureza das fontes como sua principal diferença (GIL, 2010). Esta se utiliza das contribuições de diversos autores sobre um determinado tema, atentando para as fontes secundárias, enquanto a pesquisa documental recorre às fontes primárias. De acordo com Sá-Silva (2009) “a investigação documental busca, a partir de hipóteses ou questões de interesse de pesquisa, identificar informações baseadas em fatos e/ou realidades em materiais que ainda não receberam tratamento analítico”. As fontes documentais referem-se à consulta de material interno à organização. O presente estudo propõe-se a analisar documentos institucionais que, até o momento, não receberam nenhum tratamento científico.

### **6.2 Das fontes de pesquisa**

Foram analisados editais de convocação e portarias de homologação de programas de RMS financiados pelo Ministério da Saúde e lançados pelos Ministérios da Saúde e da Educação no período de 2009 a 2015. Tais editais e portarias encontram-se publicados e disponíveis em meio eletrônico no Diário

Oficial da União, mediante o site <http://portal.in.gov.br/>, ou seja, trata-se de fonte de dados de domínio público.

Em 2008, a implantação de um sistema informatizado para cadastramento dos programas de RMS, o Sistema de Informações Gerenciais do Pró-Residência (SIGresidências), tornou acessível o conhecimento sobre tais programas, inclusive, permitindo análises, um dos aspectos motivadores para a realização desta pesquisa. No entanto, apenas os editais publicados a partir de 2013 encontram-se disponíveis nesta plataforma.

Os editais e portarias de interesse desta pesquisa foram coletados entre os meses de junho a agosto de 2015, acompanhando os seguintes passos:

**Passo 1** – realizou-se pesquisa através do *Google* por constituir-se do maior site mundial de busca. Este pode ser acessado a partir do endereço <http://www.google.com/>;

**Passo 2** – buscou-se os editais e portarias na plataforma Sistema de Informações Gerenciais do Pró-Residência (SIGresidências) disponível no endereço <http://sigresidencias.saude.gov.br/>;

**Passo 3** – buscou-se pelos editais e portarias nos respectivos Diários Eletrônicos Oficiais, entre os anos de 2009 e 2015.

Foram eliminados os editais e portarias exclusivamente de renovação de bolsas de programas já existentes e os editais de convocação à concessão de bolsas do Ministério da Saúde para programas de residência em área profissional da saúde publicados em 2015.

Cada edital selecionado estabelece seu objetivo e seu objeto, critérios de admissibilidade, de elaboração, análise e seleção de projetos, além de informações acerca do orçamento e recursos utilizados para a oferta de bolsas, regulando, os programas a serem instituídos. Com tais características, os editais apresentam propostas com vistas à seleção de projetos de Instituições Formadoras em conjunto com as Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde.

Já as portarias conjuntas têm por objetivo homologar os resultados do processo de seleção dos projetos induzidos pelos editais, que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Estas apresentam a relação dos programas aprovados pela Comissão de Seleção designada pela SGTES/MS e pela SESu/MEC em

ato conjunto. Além disso, trazem informações acerca desses programas, com um código no SIGresidências para cada região, estado, município, a instituição proponente e sua parceira (podendo ser a secretaria estadual ou municipal de saúde do local), o nome do programa, sua área de concentração e o número de bolsas ofertadas.

### **6.3 Construção da base de dados da pesquisa e seleção das variáveis analisadas**

Após as buscas dos documentos de interesse à pesquisa quais sejam, os editais de convocação e as portarias conjuntas de homologação nas fontes mencionadas acima, iniciou-se o exame minucioso de sua estrutura e conteúdo a fim de definir as variáveis de análise do estudo.

Os editais de convocação publicados no período entre 2009 a 2014 foram comparados entre si e as variáveis analisadas foram selecionadas de acordo com suas principais características afins e divergentes. A categorização das variáveis englobou: Áreas de concentração prioritárias no SUS, Áreas e Redes prioritárias no SUS, a presença dos eixos norteadores como orientadores das propostas, as regiões consideradas estratégicas na política de saúde (levadas em consideração na análise e seleção dos programas), valores das bolsas oferecidas aos residentes e a necessidade de realização de cadastro no Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SisCNRMS).

Em seguida, mediante planilhas em *Excel* foram realizadas separando-se as variáveis selecionadas para posterior análise qualitativa.

Os dados presentes nas portarias conjuntas, que homologam os programas, foram transcritos para documento em *Excel* e posteriormente categorizados para melhor análise. As variáveis para análise estrutural destes documentos foram obtidas a partir das informações descritas na relação dos programas selecionados, sendo as seguintes: região, estado, município, área de concentração dos programas, instituição proponente, parceria com outras



instituições ou secretarias municipais ou estaduais de saúde, nome do programa, número de bolsa e código SIGresidências.

Para a obtenção dos dados quantitativos relacionados à caracterização dos programas homologados e sua distribuição foram elaboradas planilhas relacionando as informações presentes em cada portaria, resultando nas seguintes combinações de dados: ano, regiões e área de concentração ou programa, ano, regiões e número de bolsas; e ano, regiões e natureza jurídica das instituições proponentes.

O quadro abaixo (Quadro 1) sistematiza as fontes, variáveis e técnicas de análise da pesquisa relatados.

Quadro 1 - Sistematização das fontes de dados, instrumentos e técnica de análise.

<b>Fontes</b>	<b>Editais</b>	<b>Portarias Conjuntas</b>
<b>Sites</b>	<i><a href="http://www.google.com/">http://www.google.com/</a> <a href="http://sigresidencias.saude.gov.br/">http://sigresidencias.saude.gov.br/</a> <a href="http://portal.in.gov.br/">http://portal.in.gov.br/</a></i>	<i><a href="http://www.google.com/">http://www.google.com/</a> <a href="http://sigresidencias.saude.gov.br/">http://sigresidencias.saude.gov.br/</a> <a href="http://portal.in.gov.br/">http://portal.in.gov.br/</a></i>
<b>Técnica de análise</b>	Análise descritiva	Análise descritiva
<b>Variáveis selecionadas e analisadas</b>	Áreas de concentração prioritárias no SUS Áreas e Redes prioritárias no SUS Presença dos eixos norteadores, Regiões estratégicas na política de saúde Valor da bolsa Exigência de cadastro no SisCNRMS	Região Estado Município Área de concentração dos programas Instituição proponente Parceria Nome do programa Número de bolsas Código SIGresidências
<b>Anos de publicação</b>	2009, 2011, 2013 e 2014	2010, 2012, 2013 e 2015

Fonte: A autora, 2016.

## **7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Considerando-se que no estudo pesquisaram-se bases de dados secundárias e fontes documentais de domínio público, se excluiu a necessidade de submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

## 8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 8.1 Análise da estrutura e organização dos editais de convocação

Desde a Portaria Interministerial nº 1.077/2009, que rege a seleção dos programas, quatro editais de convocação e seis portarias conjuntas de homologação foram lançados em D.O.U conforme descrito no quadro 2.

Quadro 2 - Editais de convocação e suas respectivas portarias conjuntas de homologação dos programas de RMS financiados pelo MS.

CONVOCAÇÃO	HOMOLOGAÇÃO
EDITAL Nº 24, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2009	PORTARIA CONJUNTA Nº 1, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010
EDITAL Nº 17 DE 4 DE NOVEMBRO DE 2011	PORTARIA CONJUNTA Nº 1, DE 13 DE JANEIRO DE 2012 PORTARIA CONJUNTA Nº 7, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2012 PORTARIA CONJUNTA Nº 1, DE 18 DE JANEIRO DE 2013
EDITAL Nº 28, DE 27 DE JUNHO DE 2013	PORTARIA CONJUNTA Nº 11, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2013
EDITAL Nº 32, DE 24 DE JULHO DE 2014	PORTARIA CONJUNTA Nº 1, DE 14 DE JANEIRO DE 2015

Fonte: A autora, 2016.

O primeiro edital de convocação estudado foi lançado pela SGTES/MS em 2 de dezembro de 2009, ou seja, menos de um mês após a publicação da Portaria que instituiu o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Este edital foi estruturado em 10 itens: *DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, DO OBJETIVO, DO OBJETO, DOS CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE, DA INSCRIÇÃO NA*

*SELEÇÃO, DA ELABORAÇÃO DOS PROJETOS, CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E DE DESEMPATE, DO ORÇAMENTO E DOS RECURSOS, DO RESULTADO e DAS DISPOSIÇÕES FINAIS.* Os editais que se seguiram, nos anos de 2011, 2013 e 2014, sofreram algumas modificações em suas estruturas, como a mudança nos títulos de alguns itens, a supressão do item *DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES* e inclusão dos itens *DA RESPONSABILIDADE DAS PARTES*, e no edital de 2014, *DAS INSTITUIÇÕES CONTEMPLADAS COM BOLSAS PARA RESIDENTES ATRAVÉS DOS EDITAIS MS/MEC: Nº24, DE 02 DE DEZEMBRO DE 2009, Nº17, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2011 E Nº28, DE 27 DE JUNHO DE 2013* (Quadro 3).

Quadro 3 - Estruturação dos editais estudados de acordo com o ano de publicação e sessões.

ITENS	EDITAIS			
	2009	2011	2013	2014
1.	<i>DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES</i>	<i>DO OBJETIVO</i>	<i>DO OBJETIVO</i>	<i>DO OBJETIVO</i>
2.	<i>DO OBJETIVO</i>	<i>DO OBJETO</i>	<i>DO OBJETO</i>	<i>DO OBJETO</i>
3.	<i>DO OBJETO</i>	<i>DOS CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE</i>	<i>DOS CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE</i>	<i>DOS CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE</i>
4.	<i>DOS CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE</i>	<i>DAS PROPOSTAS</i>	<i>DAS PROPOSTAS</i>	<i>DAS PROPOSTAS</i>
5.	<i>DA INSCRIÇÃO NA SELEÇÃO</i>	<i>DA INSCRIÇÃO: PROCEDIMENTOS E PRAZOS</i>	<i>DOS PRAZOS E DOS PROCEDIMENTOS</i>	<i>DOS PRAZOS E DOS PROCEDIMENTOS</i>
6.	<i>DA ELABORAÇÃO DOS PROJETOS</i>	<i>CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E DE DESEMPATE</i>	<i>CRITÉRIOS DE ANÁLISE</i>	<i>DOS CRITÉRIOS DE ANÁLISE</i>
7.	<i>CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E DE DESEMPATE</i>	<i>DO RESULTADO</i>	<i>DO RESULTADO</i>	<i>DO RESULTADO</i>
8.	<i>DO ORÇAMENTO E DOS RECURSOS</i>	<i>DA RESPONSABILIDADE DAS PARTES</i>	<i>DA RESPONSABILIDADE DAS PARTES</i>	<i>DAS INSTITUIÇÕES CONTEMPLADAS COM BOLSAS PARA RESIDENTES ATRAVÉS DOS EDITAIS MS/MEC: Nº24, DE 02 DE DEZEMBRO DE 2009, Nº17, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2011 E Nº28, DE 27 DE JUNHO DE 2013</i>
9.	<i>DO RESULTADO</i>	<i>DO ORÇAMENTO E DOS RECURSOS</i>	<i>DO ORÇAMENTO E DOS RECURSOS</i>	<i>DA RESPONSABILIDADE DAS PARTES</i>
10.	<i>DAS DISPOSIÇÕES FINAIS</i>	<i>DAS DISPOSIÇÕES FINAIS</i>	<i>DAS DISPOSIÇÕES FINAIS</i>	<i>DO ORÇAMENTO E DOS RECURSOS</i>
11.	-	-	-	<i>DAS DISPOSIÇÕES FINAIS</i>

Fonte: A autora, 2016.

O item 8 do edital publicado em 2011 e 9 dos editais de 2013 e 2014, *DA RESPONSABILIDADE DAS PARTES*, insere em sua composição as responsabilidades conferidas aos Ministérios da Saúde e da Educação conjuntamente, ao Ministério da Saúde e às instituições proponentes. Assim, esclarece as atribuições e os papéis de cada órgão no processo de submissão e aprovação dos projetos de RMS. Competem aos Ministérios da Saúde e da Educação, a designação da Comissão de Seleção dos projetos concorrentes, a gestão do processo seletivo e o fornecimento de orientações pertinentes às instituições interessadas. Ao Ministério da Saúde, cabem as responsabilidades de liberar os recursos que garantam a concessão de bolsas, prestar assistência técnico-financeira durante a execução do projeto, além de também fornecer orientações às instituições interessadas.

As instituições proponentes selecionadas devem manifestar anuência institucional em receber os residentes, receber representantes da CNRMS a fim de acompanhar a implementação do projeto proposto, apresentar relatórios anuais de avaliação do projeto com a participação dos atores envolvidos nos programas, além de representantes dos serviços de saúde e da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) do Estado, participar de eventos oficiais promovidos pela SGTES/MS e pela SESu/MEC, gerir as bolsas selecionadas, cumprir as normas de execução previstas e disponibilizar todas as informações pertinentes ao acompanhamento e avaliação dos projetos quando solicitadas.

Ressalta-se a presença da CIES como um ator no processo de avaliação dos programas, articulando as instituições com a política de educação permanente em saúde, a qual serve como eixo de orientação teórico-metodológico às RMS. São compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal, gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes, trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas, instituições de ensino que possuam cursos na área da Saúde, por meio de seus distintos segmentos e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS (BRASIL, 2009d). A CIES, conjuntamente com as Comissões Intergestores Regionais (CIR), antigos Colegiados de Gestão Regional (CGR), conduzem a política de educação permanente regionalmente, onde a intenção é que todas as ações desenvolvidas pelos diferentes programas nos Estados brasileiros

sejam definidas, discutidas, pactuadas nas CIES e aprovadas nas CIR (FERRAZ, 2012).

Observou-se que a partir de 2011 há uma tendência à padronização da forma como se estruturam os editais. Além disso, foram anexadas Diretrizes gerais e específicas relacionadas a algumas redes de atenção para elaboração das propostas, nos editais lançados nos anos de 2011 e 2013. Estas Diretrizes orientam quanto a temas e cenários relevantes para aplicação dos programas, além de estratégias pedagógicas como a priorização do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, a valorização da Atenção Básica e o desenvolvimento de estratégias para a educação permanente.

Dentre os conteúdos das sessões assinaladas, conforme descrito na metodologia, seis variáveis foram selecionadas para análise por se adequarem ao interesse da pesquisa. Essas variáveis são demonstradas no quadro 4.

Quadro 4 - Variáveis selecionadas e analisadas nos editais de convocação publicados no período de 2009 a 2014.

VARIÁVEIS	EDITAIS DE CONVOCAÇÃO			
	EDITAL Nº 24, DE 2 DE NOVEMBRO DE 2009	EDITAL Nº 17 DE 4 DE NOVEMBRO DE 2011	EDITAL Nº 28, DE 27 DE JUNHO DE 2013	EDITAL Nº 32, DE 24 DE JULHO DE 2014
<b>Áreas de concentração prioritárias no SUS</b>	Atenção Básica/Saúde da Família, Atenção Especializada em Saúde, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Reabilitação Física, Intensivismo, Urgência/Trauma, Alimentação e Nutrição, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Vigilância	Atenção Básica/Saúde da Família; Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Reabilitação Física, Intensivismo, Urgência/Trauma, Alimentação e Nutrição, Assistência Farmacêutica, Atenção ao Câncer, Apoio Diagnóstico e Terapêutico; Saúde Coletiva; Vigilância em Saúde; Saúde Animal e Ambiental;	Atenção Básica/Saúde da Família; Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Reabilitação Física, Intensivismo, Urgência/Trauma, Alimentação e Nutrição, Assistência Farmacêutica, Atenção ao Câncer, Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Saúde Coletiva, Vigilância em Saúde, Saúde Animal e	Atenção Básica/Saúde da Família, Saúde Bucal, Saúde Coletiva, Saúde Mental, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica, Saúde da Criança e Neonatologia, Saúde Funcional e Reabilitação, Intensivismo, Alimentação e Nutrição, Assistência Farmacêutica, Urgência/Trauma, Atenção ao Câncer e Física Médica, Apoio Diagnóstico e

continua

Quadro 4 - Variáveis selecionadas e analisadas nos editais de convocação publicados no período de 2009 a 2014. 52

	Sanitária e Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Atenção Clínica Especializada e Atenção Cirúrgica Especializada	Ambiental, Atenção Clínica Especializada, Atenção Cirúrgica Especializada e Enfermagem Obstetrícia e Neonatologia	Terapêutico, Vigilância em Saúde, Saúde Animal e Ambiental, Saúde indígena, Atenção Clínica especializada e Atenção Cirúrgica especializada
<b>Áreas e Redes prioritárias no SUS</b>	Não	Não	Não	Rede de Atenção Psicossocial, com ênfase no "Plano Crack é Possível Vencer"; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; Rede Cegonha; Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, com ênfase na Atenção ao Câncer; Área Prioritária: Atenção Básica; Áreas Gerais: Vigilância em Saúde, Saúde Indígena, Saúde Animal e Ambiental
<b>Presença dos eixos norteadores</b>	Sim	Sim	Não	Não
<b>Regiões estratégicas na política de saúde</b>	Norte, Nordeste e Centro-Oeste	Não	Não	Norte, Centro-Oeste e Nordeste
<b>Valor da bolsa</b>	R\$1.916,45	Não	Não	Não
<b>Cadastro no SisCNRMS</b>	Não	Sim	Sim	Sim

Fonte: A autora, 2016.



Em todos os editais analisados, a sessão *DO OBJETO* apresenta em seus subitens as áreas de concentração/temáticas que devem estruturar os programas desenvolvidos, ou seja, consideradas prioritárias para financiamento através do Ministério da Saúde. Os editais de 2009 e 2011 citam: “A concessão de bolsas para residentes de que trata este Edital deve incluir Programas desenvolvidos nas seguintes especialidades e áreas temáticas consideradas prioritárias para financiamento...”. No ano de 2014, são incluídas Áreas e Redes Prioritárias do SUS, as quais a concessão de bolsas também está vinculada. A análise destas duas variáveis, áreas de concentração/temáticas e Áreas e Redes Prioritárias do SUS, traz a possibilidade de inferir o potencial de indução do Ministério da Saúde na seleção e distribuição de novos programas de RMS. Ao estipular determinadas áreas como prioritárias para o SUS, o Ministério da Saúde pode estimular a proposição de programas de RMS que criem demandas com vistas a atender tal condição para a concessão de bolsas. Dado que os programas de RMS, segundo seus eixos norteadores, devem estar de acordo com a realidade sócio epidemiológica do país, considerando as necessidades regionais de saúde, as áreas de concentração/temáticas induzidas pelo Ministério da Saúde devem abranger e contemplar tais necessidades.

De acordo com a Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012 “cada área de concentração eleita pelos Programas de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde constituirá o objeto de estudo e de formação técnica dos profissionais envolvidos no respectivo programa”. A resolução determina que somente poderão ser cadastrados os programas que estiverem em consonância com as respectivas áreas de concentração autorizadas. Além disso, este documento faz a distinção entre área de concentração e área temática, na qual a primeira constitui-se num “campo delimitado e específico de conhecimentos no âmbito da atenção à saúde e gestão do SUS”, e a segunda representa um “conjunto de áreas de concentração que inclui um núcleo específico de saberes e práticas com afinidade programática”. Apesar desta diferenciação, os editais estudados apresentam ambas as denominações ao se referirem às áreas priorizadas pelo MS para financiamento.

As áreas de concentração/temáticas consideradas prioritárias para financiamento no ano de publicação do primeiro edital, 2009, foram 15: Atenção

Básica/Saúde da Família, Atenção Especializada em Saúde, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Reabilitação Física, Intensivismo, Urgência/Trauma, Alimentação e Nutrição, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Vigilância Sanitária e Apoio Diagnóstico e Terapêutico. Já em 2011, a área de Vigilância Sanitária foi suprimida, restando apenas Vigilância em Saúde, a área de Atenção Especializada em Saúde foi dividida em Atenção Clínica Especializada e Atenção Cirúrgica Especializada, e foram incluídas três novas áreas: Atenção ao Câncer, Saúde Coletiva e Saúde Animal e Ambiental.

No edital nº 28, de 27 de junho de 2013, houve a inclusão das áreas de Enfermagem Obstetrícia e Neonatologia, posteriormente agregadas às áreas de Saúde da Mulher e Saúde da Criança, respectivamente. Nele, além das áreas de concentração/temáticas priorizadas pelo Ministério da Saúde, foi incluído um parágrafo estabelecendo que os programas devem estar de acordo com áreas temáticas estabelecidas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde/ CNRMS.

No ano de 2012 foi publicada a Resolução CNRMS Nº 1 de 30 de janeiro que institui as Câmaras Técnicas (CT) da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional como instâncias de assessoramento permanente, estruturadas e organizadas segundo áreas temáticas votadas e aprovadas em Plenária da CNRMS, a saber:

I.Câmara Técnica 1 - CT 1 - Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Especialidades Clínicas e Cirúrgicas

II.Câmara Técnica 2 - CT 2 - Intensivismo, Urgência e Emergência

III.Câmara Técnica 3 - CT 3 - Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva

IV.Câmara Técnica 4 - CT 4 - Saúde Mental

V.Câmara Técnica 5 - CT 5 - Saúde Funcional e,

VI.Câmara Técnica 6 - CT 6 - Saúde Animal e Ambiental

Estas CT devem ser compostas por representantes dos conselhos profissionais da saúde, de associações de ensino e de sociedades científicas das áreas profissionais envolvidas com as respectivas áreas temáticas. Possuem como principais atribuições examinar questões referentes à autorização, reconhecimento e

renovação de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, em consonância com as linhas de cuidado em saúde, e subsidiar a CNRMS na elaboração de diretrizes curriculares gerais para Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde e diretrizes curriculares específicas para as áreas profissionais e de concentração referendadas pela CNRMS. O Ministério da Educação presta o apoio técnico e administrativo necessário para o desenvolvimento das atividades das Câmaras Técnicas por meio da Coordenação Geral de Residências em Saúde, da Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde e da Secretaria de Ensino Superior (MEC/ CGRS/ DHR/ SESu). Ressalta-se que a criação da Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde foi desencadeada pelo aprofundamento da relação interinstitucional entre MEC e MS contribuindo para a consolidação da política nacional de educação na saúde conduzida pelo MS.

Dado o desafio da construção da integralidade da atenção e atuação multiprofissional colocado pelas RMS, a constituição das Câmaras Técnicas se deu por linhas de cuidado e não por profissão (BRASIL, 2012a). Esta conformação por linhas de cuidado sinalizou um passo importante para a construção da integralidade do cuidado na formação em saúde (HADDAD, 2009). A formulação de eixos pedagógicos sob a perspectiva de organização de áreas de cuidado supera a ideia do cuidado fragmentado por patologias e especialidades difundido pela lógica biologicista, contribuindo para a formação integral, proposta pelas RMS, com o reconhecimento dos distintos níveis de complexidade tecnológica (BRASIL, 2009c).

O exame do edital mais recente, publicado em 2014, revelou que se mantiveram as áreas de concentração/temáticas prioritárias, agrupando-se as áreas de Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica, Saúde da Criança e Neonatologia, Saúde Funcional e Reabilitação, Atenção ao Câncer e Física Médica, e acrescentou-se a área de Saúde Indígena. Ainda neste edital foram incluídas as Áreas e Redes prioritárias do SUS, até então ausentes nos editais anteriores. Estas são: Rede de Atenção Psicossocial, com ênfase no "Plano Crack é Possível Vencer"; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; Rede Cegonha; Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, com ênfase na Atenção ao Câncer; Atenção Básica (Área Prioritária); Vigilância em Saúde; Saúde Indígena e Saúde Animal e Ambiental.

Outro aspecto analisado nos editais foi a presença da descrição dos eixos norteadores publicados na Portaria Interministerial nº45 de 12 de janeiro de 2007. Esta Portaria destaca que os programas de RMS devem ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais (BRASIL, 2007). A exposição dos eixos norteadores nos editais ratifica a relevância da criação de programas condizentes com o ideário pedagógico e o papel político-ideológico embutidos no projeto das RMS e com os preceitos do SUS. Apenas nos anos 2009 e 2011 estes eixos são citados nos editais, nas sessões *DA ELABORAÇÃO DOS PROJETOS* e *DAS PROPOSTAS*, respectivamente.

Em relação a variável “regiões estratégicas na política de saúde”, esta aparece nos editais de 2009, na sessão *CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E DE DESEMPATE*, e 2014, na sessão *DOS CRITÉRIOS DE ANÁLISE*. No primeiro, é descrito que a Comissão de Seleção, designada pela SGTES/MS e pela SESu/MEC, levará em consideração na análise e seleção dos projetos, iniciativas em regiões onde haja carência de programas na área temática proposta. Assim, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste são apresentadas como estratégicas, e no edital de 2014 são consideradas prioritárias na concessão de bolsas.

Na sessão *DO ORÇAMENTO E DOS RECURSOS* de todos os editais analisados são esclarecidos que as despesas decorrentes do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, instituído pela Portaria 1.077 de 2009, serão financiadas com recursos da programação orçamentária do Ministério da Saúde. No entanto, apenas o edital lançado no ano de 2009 especifica o valor da bolsa oferecida aos residentes. Tal valor, de R\$ 1.916,45, foi fixado pela Lei nº 11.381, de 1º de dezembro de 2006, a qual assegura este valor de bolsa ao médico residente em regime especial de treinamento em serviço de sessenta horas semanais.

De acordo com a Lei 11.129, de 30 de junho de 2005, o valor da bolsa paga aos residentes multiprofissionais ou em área profissional da saúde é isonômico ao valor pago ao residente médico. Em 2011, este valor foi reajustado pela Lei nº 12.514 para o valor de R\$ 2.384,82. O valor atual da bolsa paga aos residentes é de R\$ 2.976,26 e foi estabelecido pela Portaria Interministerial nº9, de 28 de junho de 2013. Assim, pode-se observar um incremento de 55,3% em relação ao valor indicado no primeiro edital de convocação, indicando uma valorização progressiva

da inserção do residente nos serviços do SUS, permitindo a continuidade dos programas implementados.

Como parte integrante de uma política nacional de educação em saúde, as RMS devem possuir mecanismos que contribuam para sua legitimação e que garantam uma adequada gestão de seu funcionamento. Neste sentido, foi implantado em 2012 um sistema de informações, de acesso público por meio eletrônico, para apoiar o processo nacional de avaliação, supervisão e regulação dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde no país: o Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SisCNRMS).

Nesta plataforma é realizado o cadastramento dos projetos pedagógicos dos programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde, contendo a justificativa, objetivos, corpo docente, processo de seleção e área de concentração dos programas, além de informações relativas aos dados das instituições formadoras, executoras e financiadoras e ao acompanhamento dos residentes. Além disso, tal sistema permite o melhor gerenciamento de informações relacionadas ao andamento dos processos de autorização e reconhecimento de cursos, além da relação de cursos já autorizados e reconhecidos pela CNRMS. É destinado aos coordenadores da Comissão da Residência Multiprofissional (COREMU), aos coordenadores e avaliadores dos programas, aos membros das Câmaras Técnicas, aos membros da CNRMS e aos próprios Ministérios da Educação e da Saúde.

Configura-se, portanto, como uma base de dados que possibilita, aos Ministérios da Educação e da Saúde, subsidiar tomadas de decisões para a implantação e implementação de políticas nacionais de educação e saúde nas esferas nacional, estadual, distrital e municipal. Sua coordenação cabe à CNRMS e à Coordenação Geral de Hospitais Universitários e Residência de Saúde (CGHURS) do Ministério da Educação, também responsáveis pelo funcionamento eficiente do sistema (SisCNRMS, 2011). Apesar de instituído em 2012, o edital de convocação publicado em 2011 já apresentava como um dos critérios de admissibilidade a exigência de cadastramento dos programas nessa plataforma de informação. Os editais publicados em 2013 e 2014, em suas sessões *DOS CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE*, também apresentaram como um dos primeiros critérios o cadastro atualizado dos programas concorrentes às bolsas, ressaltando que os

projetos pedagógicos destes devem estar em consonância com o normatizado pelas Resoluções da CNRMS.

Os editais estudados podem ser interpretados como um dos dispositivos de construção, consolidação e legitimação das RMS, aspecto que contribui com o processo de reconhecimento e continuidade dos programas nesta modalidade de pós-graduação.

## 8.2 Análise da estrutura e organização das portarias de homologação

As portarias conjuntas de homologação, que divulgam os programas aprovados à concessão das bolsas, foram publicadas nos anos de 2010, 2012, 2013 e 2015 totalizando seis documentos analisados.

A portaria conjunta nº 1, de 24 de fevereiro de 2010 apresenta o resultado dos programas aprovados referentes ao edital de convocação nº 24 de 2 de dezembro de 2009; as portarias conjuntas nº 1 de 13 de janeiro de 2012, nº 7 de 27 de novembro de 2012 e nº 1 de 18 de janeiro de 2013 referem-se ao edital de convocação nº 17 de 4 de novembro de 2011; a portaria conjunta nº 11 de 18 de dezembro de 2013 refere-se ao edital de convocação nº 28 de 27 de junho de 2013 e a última portaria publicada a ser estudada, portaria conjunta nº 1 de 14 de janeiro de 2015 divulga os programas selecionados que concorreram ao edital de convocação nº 32 de 24 de julho de 2014 (Tabela 1).

Tabela 1 - Portarias de homologação estudadas, entre os anos de 2010 a 2015, e seus respectivos editais de convocação.

Ano	2010/2011	2012	2013	2014	2015
<b>Editais de convocação</b>	Nº24/dez2009	Nº17/nov2011	Nº17/nov2011	Nº28/jun2013	Nº32/jul2014
<b>Portarias de homologação</b>	Nº1/fev2010	Nº1/jan2012	Nº7/nov2012 e Nº1/jan2013	Nº11/dez2013	Nº1/jan2015

Fonte: A autora, 2016.

A estruturação e organização de todas as portarias foram observadas e comparadas entre si, selecionando-se nove variáveis de análise. Essas variáveis

estão relacionadas com dados informados na estrutura dos documentos sobre os programas aprovados. Foi observado que nem todas as portarias trazem tais informações padronizadas refletindo-se em impossibilidade de acesso de alguns dados em determinados anos além de apresentados com denominações diferentes.

As informações de interesse analisadas nas portarias foram: a região, o estado e o município onde se localiza o programa selecionado, a instituição proponente e sua parceira (podendo ser a secretaria estadual ou municipal de saúde do local), o nome do programa, sua área de concentração, o número de bolsas ofertadas e o código no SIGresidências (indicando o cadastramento nessa plataforma).

A primeira portaria conjunta de homologação publicada, no ano de 2010, foi a que menos forneceu informações sobre os programas aprovados, indicando apenas a instituição proponente e sua parceira e o nome do programa (Quadro 5). Sua estrutura mais resumida, em comparação às portarias seguintes, não permitiu analisar, por exemplo, o número de bolsas oferecidas a cada programa e se houve incremento das mesmas nos outros anos. Além disso, em sua composição, não foram apresentadas as áreas temáticas/concentração, como descritas no edital de convocação, dos programas aprovados, não deixando claro a qual área alguns dos programas pertenciam.

Por outro lado, puderam-se observar as parcerias realizadas por cada instituição de ensino com secretarias municipais e estaduais, o que permitiu identificar qual esfera, municipal ou estadual, apresentou mais projetos de RMS. As portarias dos anos seguintes suprimiram a informação sobre as parceiras das instituições proponentes.

Quadro 5 - Variáveis analisadas presentes nas portarias conjuntas de homologação, no período de 2010 a 2015.

VARIÁVEIS	PORTARIAS CONJUNTAS					
	Nº 1, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010	Nº 1, DE 13 DE JANEIRO DE 2012	Nº 7, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2012	Nº 1, DE 18 DE JANEIRO DE 2013	Nº 11, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2013	Nº 1, DE 14 DE JANEIRO DE 2015
REGIÃO		X				
ESTADO		X	X	X	X	X
MUNICÍPIO		X	X	X	X	X
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO						X
INSTITUIÇÃO PROPONENTE	X	X	X	X	X	X
PARCEIRA	X					
NOME DO PROGRAMA	X	X	X	X	X	
NÚMERO DE BOLSAS		X	X	X	X	X
CÓDIGO SIGRESIDÊNCIAS			X	X	X	X

Fonte: A autora, 2016.

A portaria nº 1, de 13 de janeiro de 2012, além de informar o nome dos programas e suas instituições, continha em sua estrutura dados sobre as regiões, estados, municípios e sobre o número de bolsas ofertadas para cada programa. Já a portaria nº 7, publicada em novembro do mesmo ano, não organiza os programas por regiões e informa um código para cada um. Este código refere-se ao Sistema de Informações Gerenciais (SIG-RESIDÊNCIAS) do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, instituído em 2010, que permite cadastrar os residentes bolsistas para o gerenciamento das informações a serem utilizadas para o pagamento das bolsas. Este, por sua vez, é realizado pelo



Sistema Integrado de Administração de Pessoal (SIAPE). O não cadastramento nesta plataforma, a ser realizado pelos coordenadores dos programas, impossibilita a autorização do pagamento da bolsa ao residente.

Este sistema encontra-se disponível em meio eletrônico (<http://sigresidencias.saude.gov.br/>) e dispõe de informações de acesso público acerca dos editais e portarias das RMS e das Residências Médicas e do acompanhamento dos processos de seleção. Os editais dos anos de 2013 e 2014, e as portarias dos anos de 2012, 2103 e 2015, fontes deste estudo, foram adquiridos através desta plataforma.

Na portaria nº 1, de 14 de janeiro de 2015, o “nome do programa” é substituído pela denominação “área de concentração”, referindo-se às áreas de concentração descritas nos editais de convocação como prioritárias. Apesar de no edital referente a essa portaria, edital de convocação nº 32 de 24 de julho de 2014, estarem descritas, além das áreas de concentração, as áreas e redes prioritárias para o SUS como Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede Cegonha e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, não é especificado à quais redes os projetos selecionados se inserem. A falta desta informação em sua composição não possibilita inferir quais as principais redes prioritárias contempladas pelos projetos, e se estes se encontram de acordo com as prioridades das políticas de saúde vigentes.

Observou-se uma maior padronização das informações descritas nas portarias publicadas em 2013 e 2015. Esta padronização permite melhor compreensão das características dos programas aprovados, possibilitando analisar sua distribuição a partir dos dados informados, além de induzir questionamentos quanto à inserção das RMS nas prioridades do MS para a política de educação em saúde.

### **8.3 Perfil dos programas de residência multiprofissional contemplados pelas portarias do ministério da saúde**

Todas as portarias estudadas apresentaram a relação dos projetos selecionados para concessão de bolsas de residentes, contemplando conjuntamente ampliação de vagas e programas novos de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, com exceção da primeira portaria publicada em 2010 que apenas contemplou novos programas. Nesta, 59 novos programas foram aprovados nas diferentes regiões, sendo esta a primeira experiência de implantação de programas através dos editais publicados pelo MS/SGTES. Com isso, até o final de 2011, quando o segundo edital de convocação foi lançado, estavam em funcionamento 59 residências distribuídas pelo país. No período estudado, 320 programas foram contabilizados.

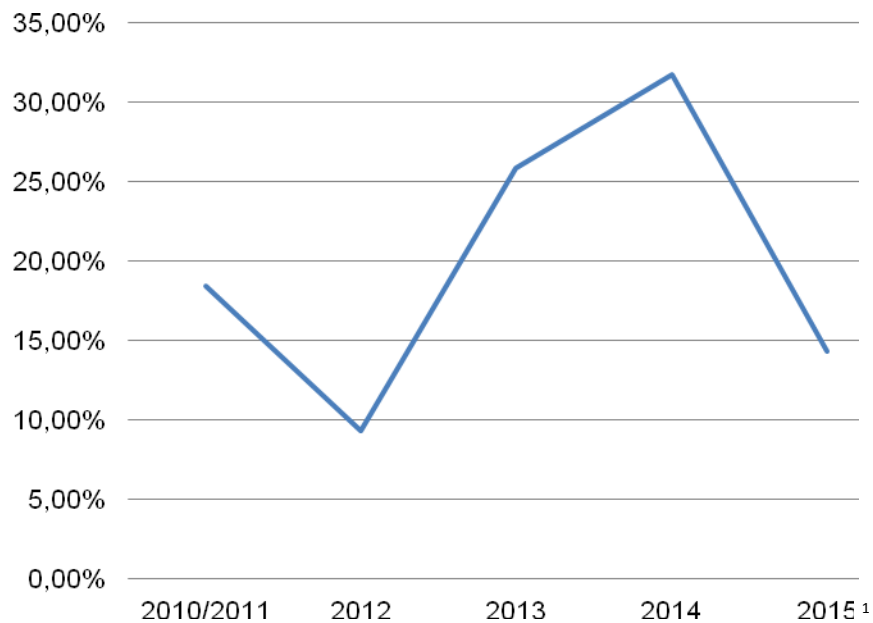
A partir do segundo edital, publicado em novembro de 2011, 30 programas foram aprovados para ter início em 2012, sendo apresentados pela Portaria Conjunta nº1 de 13 de janeiro de 2012, representando apenas 9,3% de todos os projetos que foram aprovados no período. Em novembro deste ano e janeiro de 2013, foram lançadas duas novas portarias selecionando um total de 83 projetos, com início em 2013, dentre estes, projetos que apresentaram pendências e realizaram as adequações necessárias à aprovação, e novos projetos. Com isso, houve um aumento de 16,6% de projetos homologados em relação ao ano anterior. Portanto, os programas em funcionamento nos anos de 2012 e 2013 corresponderam aos projetos submetidos ao edital lançado em 2011 pelo MS/SGTES.

Com a publicação de novo edital em junho de 2013, o número de programas selecionados cresceu para 102, representando 31,8% do total de projetos homologados no período, que tiveram início em 2014. Tal fato demonstra a adesão das instituições proponentes à modalidade dos editais, permitindo o surgimento de novos programas e a continuidade dos já existentes.

Em 2015, dentre os projetos submetidos ao edital nº32/2014, 46 programas foram aprovados (14,3%), havendo uma redução significativa na implantação de novos programas. Isso porque as portarias seguintes, publicadas no segundo

semestre do mesmo ano, posteriores ao período da pesquisa e, portanto, não contabilizadas, apresentaram apenas projetos selecionados para a renovação de bolsas a serem iniciados no ano de 2016. O gráfico abaixo ilustra a evolução, ao longo dos anos, no percentual de programas aprovados durante os anos estudados.

Gráfico 1 - Percentual de programas de Residências Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde financiados pelo MS por meio de editais da SGTES, nos anos estudados.



Fonte: A autora, 2016.

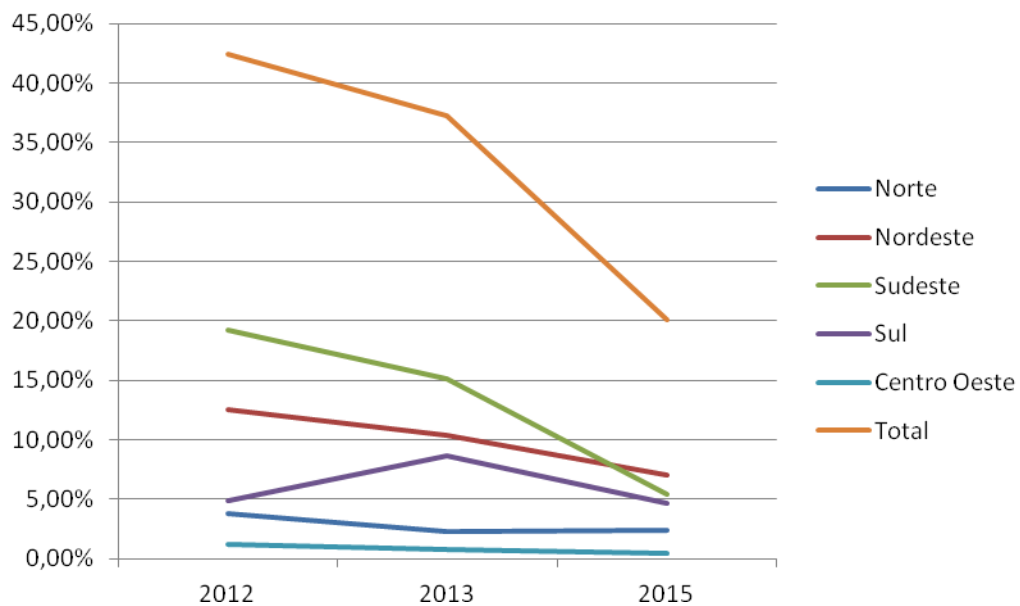
Pode-se observar que, desde o implemento da seleção de programas de RMS através de editais, o ano de 2014 apresentou o maior número de projetos aprovados, indicando uma tendência de incremento das residências no país, dado o aumento ocorrido também em 2013. Porém, os programas aprovados pela portaria nº1 em janeiro de 2015<sup>1</sup>, apresentaram uma redução em mais de 50% em relação ao ano anterior, apesar do movimento de valorização desta modalidade de formação no SUS, evidenciada, inclusive, pelo aumento do valor das bolsas pagas aos residentes. Esta queda é justificada ao considerarmos a publicação de novas portarias após o período do estudo, que aprovam projetos para a renovação de bolsas com início em 2016, e que não foram analisadas neste trabalho. Pode-se indagar que a portaria analisada referente ao ano de 2015 não expôs os programas

<sup>1</sup> Apesar de esta pesquisa incluir a análise de documentos publicados até o ano de 2015, as portarias publicadas a partir de setembro deste ano referem-se a programas já existentes com renovação aprovada para início em 2016, ano que não compreende o período deste estudo.

de residência já em andamento no ano em questão que solicitaram novas bolsas apenas para o período após o término do segundo ano de residência, não havendo ingresso de novos residentes durante um ano.

Em relação ao número de vagas ofertadas, representado pelo quantitativo de bolsas apresentado nas portarias de homologação publicadas nos anos de 2012, 2013 e 2015, foi observada uma diminuição das mesmas. Nesse período foram contabilizadas 2904 bolsas de RMS, sendo que 42% destas foram divulgadas nas portarias lançadas em 2012, 37% em 2013 e 20% em 2015. A maior parte das bolsas foi ofertada na região Sudeste (40%), seguida da região Nordeste (30%), Sul (18%), Norte (8%) e Centro oeste (2,5%). A evolução da oferta de bolsas divulgadas nas portarias publicadas nos anos de 2012, 2103 e 2105 é demonstrada no gráfico abaixo. A distribuição dos programas de RMS nestas regiões ao longo dos anos é discutida a seguir.

Gráfico 2 - Percentual de bolsas ofertadas nas portarias de homologação publicadas nos anos de 2012, 2013 e 2015, nas diferentes regiões brasileiras.



Fonte: A autora, 2016.

### 8.3.1 Quanto ao número de programas de residência e as regiões brasileiras

Em relação às regiões contempladas houve uma concentração de programas na região Sudeste, com 148 programas aprovados, representando 46,3% de todos os programas que foram homologados no período estudado (Tabela 2). Pôde-se observar que em todos os anos analisados esta região apresentou o maior número de projetos apresentados nas portarias. Na primeira portaria publicada em 2010, a região Sudeste foi responsável pela oferta de 47,5% dos projetos selecionados e nos anos de 2012 e 2013 ofertou mais de 50% dos projetos que foram aprovados. No ano de 2013, esta região teve o maior número de projetos homologados, o que representou 54,2% de todos os projetos que foram selecionados naquele ano.

Tabela 2 - Quantitativo de programas de RMS aprovados e financiados pelo MS nos de 2010 a 2015 pelos estados. continua

Região	Estados	Ano										Total	%
		2010/2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%		
<b>NORTE</b>		1	1,7%	6	20,0%	7	8,4%	8	7,8%	10	21,7%	32	10,0%
	<b>AC</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>AP</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>AM</b>	0	0,0%	0	0,0%	2	2,4%	2	2,0%	4	8,7%	8	2,5%
	<b>PA</b>	0	0,0%	6	20,0%	4	4,8%	1	1,0%	2	4,3%	13	4,1%
	<b>RO</b>	1	1,7%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	3	6,5%	5	1,6%
	<b>RR</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>TO</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	4,9%	1	2,2%	6	1,9%
<b>NORDESTE</b>		16	27,1%	4	13,3%	14	16,9%	24	23,5%	8	17,4%	66	20,6%
	<b>PE</b>	7	11,9%	0	0,0%	3	3,6%	11	10,8%	4	8,7%	25	7,8%
	<b>CE</b>	4	6,8%	1	3,3%	5	6,0%	7	6,9%	1	2,2%	18	5,6%
	<b>BA</b>	2	3,4%	2	6,7%	5	6,0%	2	2,0%	2	4,3%	13	4,1%
	<b>PB</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,0%	0	0,0%	2	0,6%
	<b>PI</b>	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	2	0,6%
	<b>RN</b>	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	2	0,6%
	<b>SE</b>	1	1,7%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,6%
	<b>MA</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,2%	1	0,3%
	<b>AL</b>	0	0,0%	1	3,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%
<b>SUDESTE</b>		28	47,5%	16	53,3%	45	54,2%	41	40,2%	18	39,1%	148	46,3%
	<b>SP</b>	14	23,7%	10	33,3%	25	30,1%	35	34,3%	9	19,6%	93	29,1%
	<b>MG</b>	9	15,3%	5	16,7%	15	18,1%	2	2,0%	4	8,7%	35	10,9%
	<b>RJ</b>	4	6,8%	1	3,3%	5	6,0%	4	3,9%	3	6,5%	17	5,3%

Tabela 2 - Quantitativo de programas de RMS aprovados e financiados pelo MS nos de 2010 a 2015 pelos estados. continuação

Região	Estados	Ano											
		2010/2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	Total	%
	<b>ES</b>	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	4,3%	3	0,9%
<b>SUL</b>		10	16,9%	3	10,0%	13	15,7%	26	25,5%	8	17,4%	60	18,8%
	<b>RS</b>	4	6,8%	2	6,7%	8	9,6%	12	11,8%	4	8,7%	30	9,4%
	<b>PR</b>	3	5,1%	0	0,0%	4	4,8%	6	5,9%	2	4,3%	15	4,7%
	<b>SC</b>	3	5,1%	1	3,3%	1	1,2%	8	7,8%	2	4,3%	15	4,7%
<b>CENTRO OESTE</b>		4	6,8%	1	3,3%	4	4,8%	3	2,9%	2	4,3%	14	4,4%
	<b>DF</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>GO</b>	1	1,7%	0	0,0%	3	3,6%	1	1,0%	2	4,3%	7	2,2%
	<b>MT</b>	2	3,4%	1	3,3%	0	0,0%	2	2,0%	0	0,0%	5	1,6%
	<b>MS</b>	1	1,7%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,6%
<b>TOTAL</b>	<b>Geral</b>	59	100,0%	30	100,0%	83	100,0%	102	100,0%	46	100,0%	320	100,0%

Fonte: A autora, 2016.

No primeiro ano de lançamento dos editais de convocação, em 2009, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, apareciam como prioritárias para financiamento. No entanto, apenas a região Nordeste apresentou um número expressivo de programas, logo atrás da região Sudeste, com 20,6% de todos os programas selecionados no período. Nos anos de 2010, 2011 e 2013 foi a segunda região que mais apresentou programas aprovados. Porém, em 2014, o Nordeste foi superado pelo maior número de residências aprovadas na região Sul, que ofertou 25,5% dos programas aprovados naquele ano, enquanto o Nordeste ofertou 23,5%. No edital de convocação deste mesmo ano, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste aparecem novamente como áreas prioritárias.

O ano de 2014 apresentou 102 projetos selecionados, o que representou um aumento de 71,42% nos programas da região Nordeste e de 100% na região Sul. Em 2015, essas duas regiões foram responsáveis pela oferta de 17,4% dos programas aprovados. A região Sul foi a terceira mais representativa em relação à quantidade de programas selecionados no período estudado, com 18,8% dos programas de residência aprovados no período ocorrendo nessa região.

As regiões Norte e Centro-Oeste, embora consideradas prioritárias para financiamento de programas de RMS pelo MS, fato explicitado nos editais de convocação dos anos de 2009 e 2014, foram as que menos tiveram projetos homologados, representando, respectivamente, apenas 10% e 4,4% de todos os programas ofertados no período. A região que menos obteve programas homologados durante o período de publicação dos editais pelo MS foi a região Centro-Oeste, especialmente no ano de 2014, quando ofertou 2,9% dos programas homologados.

Em 2015 há uma queda na quantidade de programas em todas as regiões, exceto a região Norte que aparece como a segunda região com mais programas aprovados (21,7%), assim como em 2012 (20%).

Observou-se que, apesar das regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste sejam consideradas em dois editais lançados áreas onde existe carência no desenvolvimento de projetos, sendo descritas como estratégicas na política de saúde do país, as regiões Norte e Centro Oeste foram as que menos tiveram programas aprovados. Tal fato remete à má distribuição geográfica de



provedores de serviços, ao longo do tempo, e que tem sido apontada como problema grave, persistente e resistente às mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento pelos governos brasileiros. As extremas desigualdades na concentração e oferta de serviços de saúde são representadas pela saturação de médicos e outros profissionais de saúde nas grandes cidades e regiões mais ricas do país, e situações de extrema privação em regiões remotas, pobres e periféricas (CAMPOS, 2009).

A iniquidade na distribuição regional da oferta de cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde também contribui com este quadro. A região Sudeste foi responsável por 46,5% dos cursos de graduação e 66,3% de pós-graduação existente no país, em 2010 e 2008 respectivamente. Já a região Norte por apenas 7,3% e 1,2%, respectivamente. A região Centro-Oeste ofertava 8,9% de cursos de graduação em saúde e a Nordeste 18,5%. A região Sul tinha 18,5% de graduações e 15,1% de pós-graduações na área da saúde.

Cenário similar à oferta de vagas nos cursos de graduação nessa área. A região Sudeste concentrava em 2010, 55,7% das vagas disponíveis no país, enquanto as regiões Norte e Centro-Oeste eram responsáveis respectivamente pela oferta de 5,2% e 10,1% das vagas de graduação em saúde. A região Nordeste oferecia 16,5% das vagas nesse ano, enquanto a região Sul ofertava 12,2%. Embora a oferta de vagas nos cursos de graduação em saúde tenha aumentado nos últimos anos (316% no período entre 2000 e 2010), ainda há uma distribuição desigual das mesmas, observado também nos cursos de residência (INEP, 2012; BARATA, 2015).

Outras situações além da oferta de profissionais, como os meios de transporte destas regiões periféricas, os custos de deslocamento e adequação do perfil epidemiológico ao local, apresentam-se como fatores que influenciam o acesso da população aos serviços de saúde. Esta intensa concentração geográfica dos profissionais e dos serviços oferecidos dificulta a concretização dos princípios que regem o SUS, particularmente no que se refere à universalização, à integralidade e à descentralização (MACIEL FILHO, 2007).

Diante desta conjuntura, as ações voltadas para a necessidade de prover e fixar profissionais de saúde de forma a favorecer, para toda a população, o acesso com qualidade aos serviços de atenção à saúde tornam-se fundamentais (BRASIL, 2012a).

A formulação de políticas regulatórias visando aberturas de vagas para graduação e especialização, que considerem as necessidades de saúde da população, e de políticas indutoras para orientar escolhas e preenchimento de vagas, configura-se como uma dessas ações. Tendo como um de seus eixos norteadores a descentralização e a regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde, as RMS se apresentam como uma proposta de formação com potencial para fixação de profissionais em regiões onde há restrição de oferta de serviços de saúde, fortalecendo os laços de responsabilidade com as comunidades. Portanto, tal modalidade de formação pode constituir-se como potente estratégia desde que esta tenha uma distribuição espacial mais equânime (OLIVEIRA, 2009).

Além da regionalização e descentralização, a interiorização do trabalho em saúde aparece como um dos princípios e diretrizes para os programas de residência em saúde. Acredita-se no potencial dos programas de residência para a promoção desta interiorização e, conseqüentemente, atenuar a questão do acesso a tecnologias de cuidado em saúde em áreas afastadas dos centros urbanos (BRASIL, 2009c).

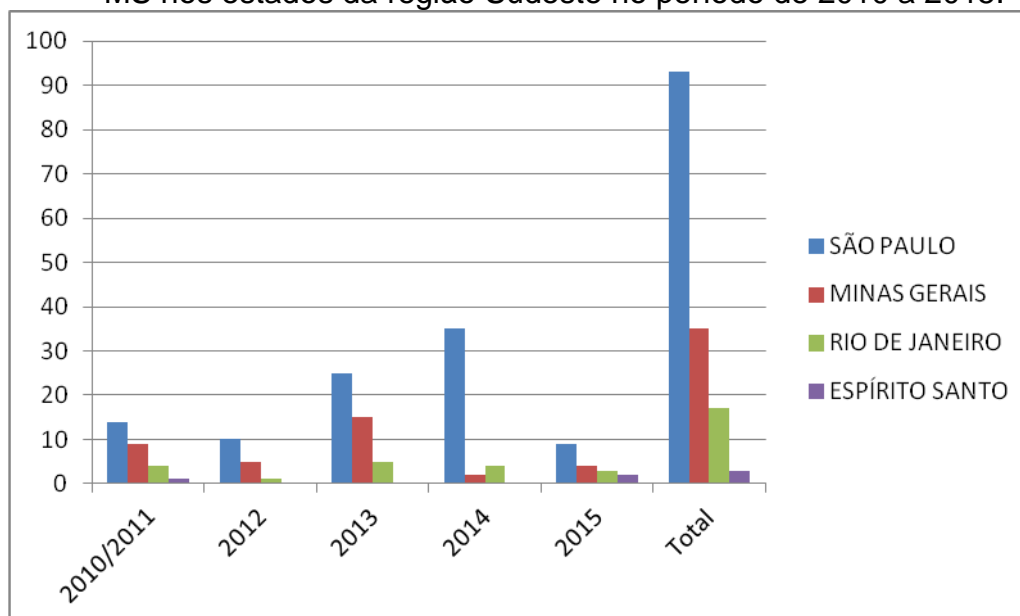
De acordo com o relatório síntese do Seminário Nacional sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e de maior vulnerabilidade, realizado pela SGTES em 2012, “o Ministério da Saúde junto com o MEC, CONASS, CONASEMS estão unidos na premissa de que a regulação do perfil do profissional a ser formado é do Estado e chamam a si a responsabilidade de organizar este processo.”. Tal processo está pautado na indução à formação de profissionais de saúde orientados para essa demanda em áreas estratégicas, e que favoreçam a fixação dos mesmos em todas as regiões do país, além de preparar os profissionais (na graduação e residências) para atenderem de forma humanizada e resolutiva ao usuário (BRASIL, 2012a).

Considerando a Residência como fator de fixação desses profissionais o MS, através dos editais do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, assume a função de regular a oferta para áreas consideradas prioritárias para o SUS. Esta política provoca uma redistribuição da oferta de vagas, que, no entanto, mostrou ainda pouco efeito expressivo na distribuição dos programas de RMS pelo país,

principalmente nas regiões Norte e Centro-Oeste, como foi demonstrado na tabela 2.

A evolução quantitativa dos programas de RMS aprovados de acordo com estados nos anos analisados mostra a expressividade de São Paulo na região Sudeste, estado economicamente mais desenvolvido da região, demonstrando a desigualdade geográfica ainda existente na oferta desta modalidade de formação mesmo dentro das regiões. Este estado foi responsável por 29,1% da oferta de programas entre os anos de 2010 e 2015, seguido de Minas Gerais com 10,9% de todos os projetos selecionados. O estado do Rio de Janeiro obteve 5,3% dos programas aprovados, enquanto o Espírito Santo foi responsável pela oferta de apenas 0,9% de programas ao longo do período. Nos anos de 2012, 2013 e 2014 este estado não apresentou nenhum projeto selecionado (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Quantitativo de programas de RMS aprovados e financiados pelo MS nos estados da região Sudeste no período de 2010 a 2015.



Fonte: A autora, 2016.

Na região Nordeste todos os estados foram contemplados com bolsas de RMS e no ano de 2014 foram selecionados 24 projetos, maior quantidade em relação aos demais períodos. O estado de Pernambuco foi o que mais ofertou programas de RMS ao longo dos anos estudados obtendo um total de 25 projetos aprovados, ou seja, 7,8% de todos os programas ofertados nessa região. O estado do Ceará foi o segundo mais expressivo com 5,6% dos

programas homologados entre 2010 e 2015 e a Bahia o terceiro estado com 4,1%. Apenas estes dois estados tiveram programas em funcionamento em todos os anos estudados. Os estados com menos representatividade foram Maranhão e Alagoas, com apenas um programa homologado em 2015 e 2014, respectivamente, sendo responsáveis por somente 0,3% da oferta de projetos de RMS no período estudado. Estes dois estados apresentam os menores índices de desenvolvimento humano do país (0,639 e 0,631, respectivamente), juntamente com outros estados do Nordeste como o Piauí e a Paraíba, indicando a escassez da oferta de formação e de profissionais da saúde em áreas mais desprovidas e periféricas (PNUD, 2010). A abertura de vagas em modalidades de formação como as residências poderia colaborar na oferta de serviços de saúde para a população, assim como para a fixação de profissionais, contribuindo para a melhora dos indicadores sociais e de saúde nestas localidades.

Na região Sul, observou-se uma predominância de programas no estado do Rio Grande do Sul, com 30 aprovados (9,4%), seguido dos estados do Paraná e Santa Catarina, ambos com 15 programas (4,7%). No ano de 2014 notou-se um incremento de novos programas em todos os estados, indicando uma melhor distribuição dos projetos selecionados, apesar do estado do Rio Grande do Sul ter concentrado 11,8% dos programas homologados nesse ano. Destaca-se que o estado do Paraná não apresentou nenhum novo projeto selecionado no ano de 2012.

Na região Norte, nos primeiros anos de seleção através de editais, 2010 e 2011, houve apenas um programa aprovado no estado de Rondônia. No ano de 2012 ocorreu um aumento representado por seis novos programas homologados apenas no estado do Pará, o que levou essa região a ser a segunda com mais oferta de programas de RMS nesse ano (20%). O estado do Amazonas teve dois projetos selecionados no ano de 2013, contribuindo para um total de sete programas (8,4%) financiados pelo MS em funcionamento neste ano. Em 2014, foram aprovados cinco novos programas de residência em Tocantins, além de dois em Amazonas e apenas um no Pará, totalizando oito programas. Já em 2015, após a publicação do edital nº32/2014 que apresentava em seu item *CRITÉRIOS DE ANÁLISE* a prioridade dada a essa região na seleção de propostas de ampliação de bolsas e novos

programas, este número subiu para dez, sendo a segunda região brasileira com mais programas de residência (21,7%), com programas nos estados do Amazonas, do Pará, de Rondônia e Tocantins. O estado do Pará foi o mais representativo em todos os anos, ofertando de 4,1% dos programas homologados, seguido do Amazonas que ofertou 2,5% dos programas de RMS.

Ressalta-se que os estados do Acre, Amapá e Roraima não possuem nenhum programa de residência financiado pelo MS através de editais, o que pode referir-se a não apresentação de projetos a estes, bem como a não adequação dos projetos apresentados aos requisitos da Comissão de Seleção designada pelas SGTES/MS e SESu/MEC, ou à pouca concentração de instituições aptas a ofertar esta modalidade de formação.

Na região Centro-Oeste o estado de Goiás foi contemplado com 50% dos programas nos anos de 2010 a 2015. Porém, em relação à oferta nacional este estado foi responsável por apenas 2,2% dos projetos aprovados ao longo desse período. Mato Grosso apresentou 1,6% dos projetos homologados entre 2010 e 2015 e o estado do Mato Grosso do Sul apenas 0,6%, com programas em funcionamento somente nos anos de 2010, 2011 e 2013. Ressalta-se que o Distrito Federal não apresentou nenhum projeto homologado nos anos analisados.

De acordo com os dados obtidos nas portarias de homologação estudadas, a distribuição dos programas de residência financiados pelo MS segue a tendência da concentração de profissionais de saúde em grandes centros e regiões (Sudeste e Sul), a qual atende principalmente a interesses político-econômicos que nem sempre refletem as necessidades da população (PIERANTONI, 2003).

Apesar do compromisso institucional (MS/MEC) em fomentar projetos de formação através das residências multiprofissionais orientados pela demanda em regiões prioritárias, as seleções ocorridas na região Nordeste, identificada pela quantidade total de projetos selecionados como a segunda que mais apresentou programas de residência nesse período, após a região Sudeste, não contemplaram todos os anos e nem todos os estados, diferentemente da região Sul que apresentou uma continuidade mais homogênea dos programas homologados.

A desconcentração de programas de residência no Norte, Centro-Oeste e Nordeste vai de encontro à disparidade entre oferta e demanda, tanto do setor educacional quanto do modelo assistencial, presente nessas regiões, realçando os desequilíbrios regionais tanto para a abertura de vagas para a formação como de postos de trabalho. Esta realidade, difícil de ser modificada a curto e médio prazo está diretamente relacionada ao perfil heterogêneo da conformação do país, decorrente de sua extensa área geográfica, da densidade populacional, das diferenças no desenvolvimento econômico, entre outros aspectos (PIERANTONI, 2003).

Maciel Filho (2007) destaca que, se o problema da distribuição geográfica na oferta de formação e fixação de profissionais e, conseqüentemente, na oferta de serviços, continuar sendo tratado apenas no tocante da política de saúde e de recursos humanos em saúde, o país não alcançará resultados sólidos e estáveis nessa questão. Para o autor, este contexto não está restrito ao campo da saúde, sendo suas dimensões política e multissetorial evidentes, com a integração de diversos ministérios.

Tal configuração também se relaciona com a necessidade de mudanças culturais, sociais e econômicas, que considerem desde as dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde até a formação dos profissionais, a realidade socioeconômica, o corporativismo, a política governamental, o processo educacional, os referenciais socioculturais, dentre outros (MACIEL FILHO, 2007). Estes aspectos também devem ser considerados para que haja uma distribuição mais equânime dos programas de residência no país, e associados a outros fatores como oportunidades de emprego e assalariamento superior à média dos grandes centros, podem contribuir para a fixação do profissional nessas localidades (PIERANTONI, 2003).

### 8.3.2 Quanto ao número de programas de residência e as áreas de concentração

Quanto à distribuição por áreas de concentração/temáticas, observou-se o predomínio da oferta de programas inseridos na Atenção Básica/Saúde da

Família<sup>2</sup> em todos os anos estudados, totalizando 140 projetos aprovados, ou seja, 43,8% de todos os programas homologados entre 2010 e 2015 (Tabela 3).

---

<sup>2</sup> Para efeitos de análise deste estudo e melhor visualização dos dados, optou-se por agrupar os programas descritos nas portarias de homologação como Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher e Saúde da Criança, na área de Atenção Básica/Saúde da Família, visto que a prioridade para cumprimento de carga horária expressa nos editais de convocação é dada para as atividades em Unidades Básicas de Saúde do SUS e em articulação com equipes da Estratégia Saúde da Família.

Tabela 3 - Quantitativo de programas de RMS aprovados e financiados pelo MS por área de concentração, nos anos de 2010 a 2015.

Área	Ano													
	2010/2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	Total	%		
<b>Atenção Básica/Saúde da Família</b>	29	49,2%	16	53,3%	28	33,7%	44	43,1%	23	50,0%	140	43,8%		
<b>Atenção Clínica e Cirúrgica Especializada</b>	18	30,5%	5	16,7%	12	14,5%	17	16,7%	4	8,7%	56	17,5%		
<b>Urgência/Trauma</b>	2	3,4%	2	6,7%	7	8,4%	12	11,8%	7	15,2%	30	9,4%		
<b>Atenção ao Câncer/Física Médica</b>	4	6,8%	2	6,7%	9	10,8%	9	8,8%	4	8,7%	28	8,8%		
<b>Saúde Coletiva</b>	3	5,1%	2	6,7%	3	3,6%	3	2,9%	3	6,5%	14	4,4%		
<b>Intensivismo</b>	0	0,0%	0	0,0%	8	9,6%	2	2,0%	4	8,7%	14	4,4%		
<b>Apoio diagnóstico e Terapêutico</b>	0	0,0%	2	6,7%	4	4,8%	3	2,9%	0	0,0%	9	2,8%		
<b>Saúde Animal e Ambiental</b>	0	0,0%	0	0,0%	4	4,8%	5	4,9%	0	0,0%	9	2,8%		
<b>Outros</b>	3	5,1%	0	0,0%	3	3,6%	0	0,0%	0	0,0%	6	1,9%		
<b>Reabilitação Física/Saúde Funcional</b>	0	0,0%	0	0,0%	2	2,4%	2	2,0%	1	2,2%	5	1,6%		
<b>Assistência Farmacêutica</b>	0	0,0%	1	3,3%	1	1,2%	2	2,0%	0	0,0%	4	1,3%		
<b>Alimentação/Nutrição</b>	0	0,0%	0	0,0%	1	1,2%	2	2,0%	0	0,0%	3	0,9%		
<b>Vigilância em Saúde</b>	0	0,0%	0	0,0%	1	1,2%	1	1,0%	0	0,0%	2	0,6%		
<b>Saúde indígena</b>	-		-		-		-		-		-			
<b>Total</b>	59	100,0%	30	100,0%	83	100,0%	102	100,0%	46	100,0%	320	100,0%		

Fonte: A autora, 2016.



Além disso, a área de Atenção Básica/Saúde da Família foi responsável pela oferta de 51% das bolsas apresentadas pelas portarias de homologação nesse período, sendo a que mais ofertou vagas em relação às outras áreas analisadas. Esta concentração reflete a necessidade do trabalho integrado da equipe de saúde na perspectiva da atenção à família e à comunidade, fato que ocasionou o desenvolvimento dos primeiros programas de residência multiprofissional (BRASIL, 2009c).

O MS, além de financiar tais programas, é responsável por articular com o MEC estratégias de indução à formação de profissionais com perfil adequado à atenção básica (BRASIL, 2012). No caso das RMS essa indução pode ser observada através dos editais de convocação, que definiram a área da Atenção Básica como prioritária em todos os anos em que foram publicados. Este dispositivo, segundo os dados obtidos, pode ter contribuído para o surgimento de novos programas nesta área, observado pelo incremento no número de projetos selecionados nos anos de 2013 (28) e 2014 (44).

A quantidade de programas, observada nas portarias analisadas, inseridos na Atenção Básica segue a prioridade dada pela política de saúde no país à Estratégia Saúde da Família. Além disso, a criação, em 2008, e a expansão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituídos por equipes formadas por profissionais de distintas áreas de conhecimento, podem ter contribuído para o número expressivo de programas, visto a necessidade de formação específica para atuar nessa área. Os NASF foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e resolubilidade das ações da atenção básica, apoiando a inserção e o processo de territorialização da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços (BRASIL, 2008b). Porém, não se tem conseguido alcançar uma mudança substantiva na formação de recursos humanos na velocidade necessária (BRASIL, 2010). A formação por especialidades seguindo o modelo biologicista amplamente difundido, com o foco nos hospitais como campo de treinamento, opõe-se a um novo modelo assistencial para o SUS centrado na atenção primária e na promoção da saúde.

As residências multiprofissionais em Saúde da Família foram idealizadas a partir da ampliação da ESF com alvo na reorganização da Atenção Básica,

dando ênfase à transformação da ótica individual para a coletiva e familiar, e da ação curativa e reabilitadora para a promoção da saúde. Porém, o ensino tradicional tecnicista, com enfoque no indivíduo, muitas vezes fragmentado, desarticulado e descontextualizado, não permite o desenvolvimento de habilidades e competências para elaborar um diagnóstico situacional das condições de vida e de saúde de uma população em um dado território (NASCIMENTO, 2006).

O perfil dos profissionais formados, em sua maioria, não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde, baseada nas necessidades de saúde dos grupos sociais e na abordagem dos determinantes do processo saúde-doença, que levaria a uma síntese de saberes a serem utilizados na definição dos cuidados dos indivíduos e famílias (GIL, 2005).

Para Nascimento (2010), ao articular os saberes adquiridos na formação inicial com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde da população, as RMS, inseridas no contexto da Atenção Básica, apresentam-se como uma alternativa para promover uma mudança da prática assistencial em saúde. Essa modalidade de formação teria como objetivo preparar os profissionais de diversas áreas da saúde para trabalhar em equipe multidisciplinar na Estratégia Saúde da Família, com base nos princípios e diretrizes do SUS. A formação no campo de prática da Atenção Básica/Saúde da Família é, portanto, capaz de propiciar o trabalho em equipe, as trocas efetivas de teorias e práticas, além da concepção de uma nova realidade de saúde para a população assistida, promovendo o cuidado direto aos indivíduos e famílias em seu ambiente familiar e social (GIL, 2005). Os NASF também configuram-se como importantes espaços para as trocas interdisciplinares.

Dado o seu papel potencial na construção de novos rumos à saúde e na mudança da formação tecnoassistencial e biomédica vigente, é de fundamental importância o investimento nas políticas de recursos humanos voltadas à área da Atenção Básica, o que vai de encontro à viabilidade, representada principalmente pela vontade política, de destinar recursos novos preferencialmente aos serviços de atenção primária e à Saúde da Família (GIL, 2005; BRASIL, 2010).

Na contramão da prioridade dada aos programas na área de Atenção Básica, estão os projetos aprovados na área de Atenção Clínica e Cirúrgica Especializada, que ao todo somaram 17,5% de todos os projetos selecionados ao longo dos anos estudados. Após a publicação do primeiro edital, foram selecionados 18 projetos, que representou o maior número em relação aos anos seguintes, indicando que não houve um incremento importante de novos programas nesta área de concentração. No entanto, em todos os anos permaneceu como a segunda mais representativa em detrimento de outras áreas. Isso sugere que ainda há uma forte tendência à formação técnica e voltada à especialização. Esta área apresentou 15% das bolsas ofertadas nas portarias analisadas, sendo a segunda área com mais oferta de vagas nos programas de RMS.

Atualmente, nosso país vive uma transição epidemiológica caracterizada pela superposição de doenças transmissíveis e crônico-degenerativas, não acompanhando o modelo experimentado pela maioria dos países desenvolvidos. Nestes há uma modificação no perfil de saúde da população em que predominam as doenças crônicas e suas complicações, provocando mudanças na demanda por serviços de saúde e, conseqüentemente, nos sistemas de atenção à saúde. A ênfase na incorporação tecnológica como alternativa para intervir nessa transformação muitas vezes não considera os aspectos socioeconômicos que influenciam neste processo.

No Brasil, as situações epidemiológicas contrastantes nas diferentes regiões do país e a coexistência de condições crônicas com doenças transmissíveis exigem uma política de saúde que possa lidar com as várias transições em curso, o que inclui o direcionamento da formação de recursos humanos para estes diversos cenários (SCHRAMM, 2004).

A atenção à saúde de nível terciário, integrada pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados, também está representada pelas duas áreas que mais tiveram programas aprovados no período, Urgência/Trauma (9,4%) e Atenção ao Câncer/Física Médica (8,8%). Embora esta última área só tenha sido incluída como área de concentração/temática a partir do edital publicado em 2011, em 2010 houve a aprovação de quatro programas de residência nesta especialidade, representando 6,8% de todos os programas em funcionamento naquele ano, o que a colocou como a terceira

área mais expressiva em projetos selecionados. Ambas as áreas tiveram programas selecionados em todas as portarias, apresentando um aumento no número de novos programas até o ano de 2014. Nas portarias analisadas, foi identificada a oferta de 9% e 8% do total de bolsas para as áreas de Urgência/Trauma e Atenção ao Câncer/Física Médica, respectivamente.

Foi observado um aumento expressivo de programas na área de Atenção ao Câncer/Física Médica a partir de 2013, mesmo ano da publicação da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Esta Política trouxe em seus princípios e diretrizes o fomento à formação e à especialização de recursos humanos e a promoção da educação permanente, conforme os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por meio de atividades visando à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde, fato que pode ter influenciado a submissão de projetos de residência nesta área (BRASIL, 2013).

Tais áreas, Atenção Clínica e Cirúrgica Especializada, Urgência/Trauma e Atenção ao Câncer/Física Médica, estão relacionadas principalmente às necessidades hospitalares, onde a especialização torna-se necessária devido a maior complexidade tecnológica da assistência à saúde. Feuerwerker (1998) considera que não há uma integração efetiva dos hospitais onde ocorrem os programas de residência, mesmo que estes pertençam à rede pública de serviços, ao sistema de saúde. Segundo a autora

[...] as prioridades de ação, as especialidades que existem em cada um deles e as relações que estabelecem com a população de sua área de abrangência são definidos internamente, sem levar em conta os demais recursos existentes, a situação epidemiológica e as prioridades de intervenção definidas pelas autoridades regionais de saúde (FEUERWERKER, 1998, p.68).

Além disso, “apesar de prestarem serviços ao SUS, não há relações sistemáticas entre os hospitais e as demais unidades de saúde, levando a que os mecanismos de referência e contrarreferência não funcionem.” (FEUERWERKER, 1998, p.68). Este quadro faz com os residentes tenham poucas oportunidades de atuar com outros profissionais das equipes de saúde, desconheçam a rede de serviços de saúde a qual estão inseridos e tenham

pouco conhecimento de temas como vigilância epidemiológica, territorialização, planejamento e programas de promoção e prevenção.

Apesar de ainda haver o predomínio de treinamentos e estágios em ambientes como as enfermarias hospitalares e centros especializados, levando ao congestionamento dos serviços de apoio diagnóstico dos hospitais de ensino, é determinante a necessidade de uma formação que valorize não apenas o conhecimento especializado focado na dimensão técnica, mas também a dimensão social. A importância do trabalho em equipe e do atendimento das demandas da comunidade deve ser reconhecida para uma formação mais integral e contextualizada à realidade da população assistida (FEUERWERKER, 1998; SEIFFERT, 2005).

Os programas de RMS nas áreas de Saúde Coletiva e Intensivismo apresentaram 14 homologações, sendo que a área de Intensivismo obteve apenas projetos selecionados a partir de 2013 e 3% das bolsas ofertadas no período. A área de Saúde Coletiva obteve três projetos aprovados no primeiro ano de publicação das portarias e apresentou 4,5% do total de bolsas ofertadas do ano de 2012 a 2015. Esta foi incluída como área de concentração/temática no edital de convocação de 2011, assim como a área de Saúde Animal e Ambiental, que só veio a ter programas selecionados a partir de 2013 e 1,7% das bolsas distribuídas no período.

As áreas de Apoio diagnóstico e Terapêutico e Saúde Animal e Ambiental obtiveram nove programas aprovados, porém ambos não apresentaram nenhum novo projeto homologado em 2015. A área de Apoio diagnóstico e Terapêutico foi responsável pela oferta de 1,6% das bolsas homologadas. A área denominada "Outros" se referiu a projetos que não especificaram a área de concentração/temática a qual pertenciam nas portarias de homologação. Esta apresentou três programas aprovados em 2010/2011 e três em 2013, ofertando 1% do total de bolsas divulgadas pelas portarias publicadas de 2012 a 2015.

A área de Reabilitação Física/Saúde Funcional teve os primeiros programas homologados a partir de 2013, assim como as áreas de Alimentação/Nutrição e Vigilância em Saúde. Ao todo, cinco projetos foram homologados na área de Reabilitação Física/Saúde Funcional, com 2,3% de todas as bolsas ofertadas, três na área de Alimentação/Nutrição, com 0,5% de

bolsas voltadas a essa área, e apenas dois em Vigilância em Saúde, com apenas 0,4% do total de bolsas ofertadas. A área de Assistência Farmacêutica também obteve pouca representatividade na quantidade total de projetos aprovados (4), com 0,7% das bolsas dirigidas a essa área. Tanto a área Assistência Farmacêutica quanto Alimentação/Nutrição e Vigilância em Saúde não apresentaram novos programas selecionados em 2015. Esta última, Vigilância em Saúde, foi a menos representativa dentre as áreas que homologaram programas de RMS no período, podendo apontar a pouca inserção de ações de Vigilância e promoção em saúde no cotidiano dos serviços de atenção, principalmente na atenção básica, ou a sua vinculação com os programas na área de Atenção Básica/Saúde da Família (BRASIL, 2010a).

Incluída no último edital de convocação, publicado em 2014, como área de concentração/temática, a área de Saúde Indígena não apresentou nenhum programa homologado na portaria lançada em 2015. A população indígena brasileira, estimada em 896,9 mil em 2010, está concentrada em sua maioria no Norte e Centro-Oeste do país, principalmente nas áreas rurais, regiões que apresentaram a menor quantidade de programas de residência no período (IBGE, 2010). Os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade, possuindo taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral. Agregado a este fato, está o alto número de óbitos sem registro e sem causas definidas que comprova a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis.

Tais situações poderiam ser significativamente reduzidas com a implantação de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde nas áreas indígenas. As especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos devem ser consideradas na formação de recursos humanos para que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada e adequada aos seus territórios, saberes, sistemas econômicos e organização social. Nesse sentido, dado que as residências devem se basear numa concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considerando o sujeito enquanto ator social, e contemplar as necessidades locais e regionais de

saúde, estas podem representar um importante instrumento na formação de recursos humanos para a saúde indígena (BRASIL, 2002).

Como foi observado nesta análise, predominam os programas de RMS em Atenção Básica/Saúde da Família, seguido daqueles inseridos em áreas especializadas, e poucos programas em áreas específicas como Vigilância em Saúde, Alimentação/Nutrição, Assistência Farmacêutica e Reabilitação Física/Saúde Funcional. A distribuição desses programas nas diferentes regiões do país é discutida a seguir.

### 8.3.3 Quanto às áreas de concentração e as regiões brasileiras

Após a identificação das principais áreas de concentração/temáticas contempladas pelos editais, iniciou-se o reconhecimento das regiões nas quais tais programas estavam inseridos. Como discutido anteriormente, a região Sudeste apresentou o maior número de projetos aprovados, seguida da região Nordeste, Sul, Norte e Centro-Oeste. Segundo os dados obtidos, demonstrados na tabela 4, a maior parte dos programas ofertados por todas as regiões concentrou-se na área de Atenção Básica/Saúde da Família.

Tanto a região Sudeste quanto Nordeste foram mais expressivas na quantidade de programas pertencentes a essa área, aprovando um total de 57 e 35 programas, respectivamente, no período de 2010 a 2015. A região Sul apresentou 30 programas, a Norte 13 e a região Centro-Oeste apenas cinco programas nesta área.

Esses números indicam que nas regiões Norte e Centro-Oeste, que muito se beneficiariam com ações de interiorização dos serviços de saúde e com a melhora do acesso da população através da atenção básica, ainda possuem uma quantidade incipiente de programas de residência nessa área. Apesar das residências constituírem-se como um potencial recurso para a regionalização das ações e fixação dos profissionais nas regiões periféricas, a maioria dos programas nessa área concentrou-se na região Sudeste.

Tabela 4 - Distribuição dos programas de RMS aprovados e financiados pelo MS por área de concentração nas regiões brasileiras, entre 2010 e 2015.

Área	Região											
	Norte	%	Nordeste	%	Sudeste	%	Sul	%	Centro Oeste	%	Total	%
Atenção Básica/Saúde da Família	13	40,6%	35	53,0%	57	38,5%	30	50,0%	5	35,7%	140	43,8%
Atenção Clínica e Cirúrgica Especializada	7	21,9%	12	18,2%	23	15,5%	9	15,0%	5	35,7%	56	17,5%
Urgência/Trauma	7	21,9%	5	7,6%	9	6,1%	7	11,7%	2	14,3%	30	9,4%
Atenção ao câncer/Física Médica	1	3,1%	2	3,0%	18	12,2%	7	11,7%	0	0,0%	28	8,8%
Saúde Coletiva	1	3,1%	5	7,6%	5	3,4%	3	5,0%	0	0,0%	14	4,4%
Intensivismo	1	3,1%	3	4,5%	8	5,4%	1	1,7%	1	7,1%	14	4,4%
Apoio diagnóstico e terapêutico	1	3,1%	0	0,0%	7	4,7%	1	1,7%	0	0,0%	9	2,8%
Saúde animal e ambiental	0	0,0%	0	0,0%	8	5,4%	1	1,7%	0	0,0%	9	2,8%
Outros	0	0,0%	2	3,0%	3	2,0%	1	1,7%	0	0,0%	6	1,9%
Reabilitação Física/Saúde Funcional	0	0,0%	1	1,5%	3	2,0%	0	0,0%	1	7,1%	5	1,6%
Assistência farmacêutica	0	0,0%	0	0,0%	4	2,7%	0	0,0%	0	0,0%	4	1,3%
Alimentação/Nutrição	0	0,0%	1	1,5%	2	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,9%
Vigilância em saúde	1	3,1%	0	0,0%	1	0,7%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,6%
Saúde indígena	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,0%</b>	<b>66</b>	<b>100,0%</b>	<b>148</b>	<b>100,0%</b>	<b>60</b>	<b>100,0%</b>	<b>14</b>	<b>100,0%</b>	<b>320</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: A autora, 2016.



A concentração regional de programas na área de Atenção Clínica e Cirúrgica Especializada seguiu a mesma distribuição da área de Atenção Básica/Saúde da Família, com 23 programas na região Sudeste, doze na região Nordeste, nove na região Sul, sete na região Norte e cinco na região Centro-Oeste. Na área de Urgência/Trauma, o Sudeste continuou sendo a região que mais homologou programas (9), desta vez, seguida das regiões Sul (7) e Norte (7). A região Nordeste apresentou cinco programas nesta área e a região Centro-Oeste apenas dois. Nota-se que esta região não apresentou nenhum programa inserido na Atenção ao câncer/Física Médica em nenhum ano estudado. Esta área teve mais programas financiados pelo MS nas regiões Sudeste e Sul, apenas dois na região Nordeste, e um na região Norte, demonstrando que as áreas mais especializadas tendem a se concentrar nas regiões mais desenvolvidas onde há uma maior complexidade tecnológica do cuidado em saúde.

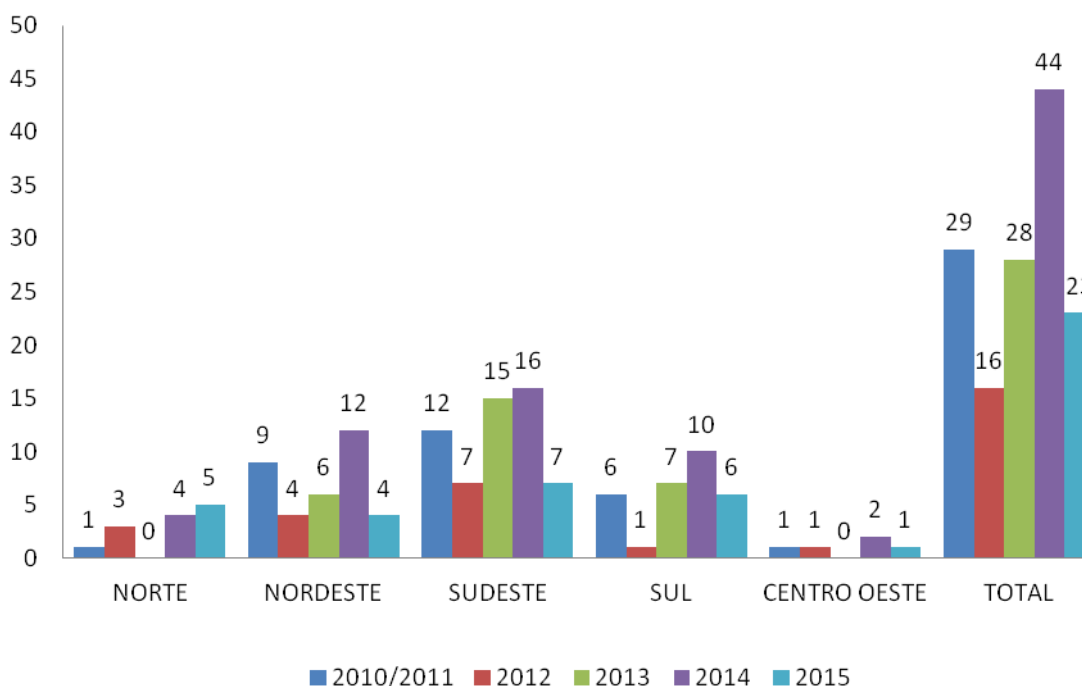
O mesmo ocorre com a área de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, que teve sete programas homologados na região Sudeste, e apenas um nas regiões Sul e Norte. Os programas financiados na área de Intensivismo também foram predominantes no Sudeste (8). Estes dados refletem a forte presença da incorporação do conhecimento técnico de alta complexidade no ensino, levando a custos elevados tanto em práticas diagnósticas como terapêuticas e que acabam se concentrando nas regiões de maior desenvolvimento tecnológico (PIERANTONI, 2003).

A área de Saúde Coletiva teve projetos selecionados nas regiões Sudeste e Nordeste, cinco em cada, no Sul (3) e no Norte (1). Novamente, a região Centro-Oeste não apresentou programas de residência nessa área. Os programas financiados pelo MS em Saúde animal e ambiental foram predominantes no Sudeste, com oito programas e um na região Sul. A categoria “Outros” (programas que não especificaram sua área de concentração/temática nas portarias de homologação) apresentou projetos selecionados também na região Sudeste (3), Nordeste (2) e Sul (1). Assim como em todas as áreas já apresentadas, a região Sudeste foi prevalente no número de projetos financiados pelo MS nas áreas de Reabilitação Física/Saúde Funcional (3), que também teve programas na região Nordeste (1) e Sul (1), Assistência Farmacêutica (4), Alimentação/Nutrição (2), com um

programa selecionado também no Nordeste, e Vigilância em Saúde (1), que também apresentou um programa na região Norte. A área de Saúde Indígena não teve programas de residência financiados pelo MS no período estudado.

Dado a expressividade de projetos homologados nas áreas de concentração/temáticas Atenção Básica/Saúde da Família, Atenção Clínica e Cirúrgica Especializada, Urgência/Trauma e Atenção ao câncer/Física Médica, optou-se por um exame mais detalhado da distribuição das mesmas pelos estados ao longo dos anos. No gráfico 4 pode-se observar o predomínio de programas na área de concentração Atenção Básica/Saúde da Família na região Sudeste, Nordeste e Sul, e a baixa proporção nas regiões Norte e, principalmente, Centro-Oeste.

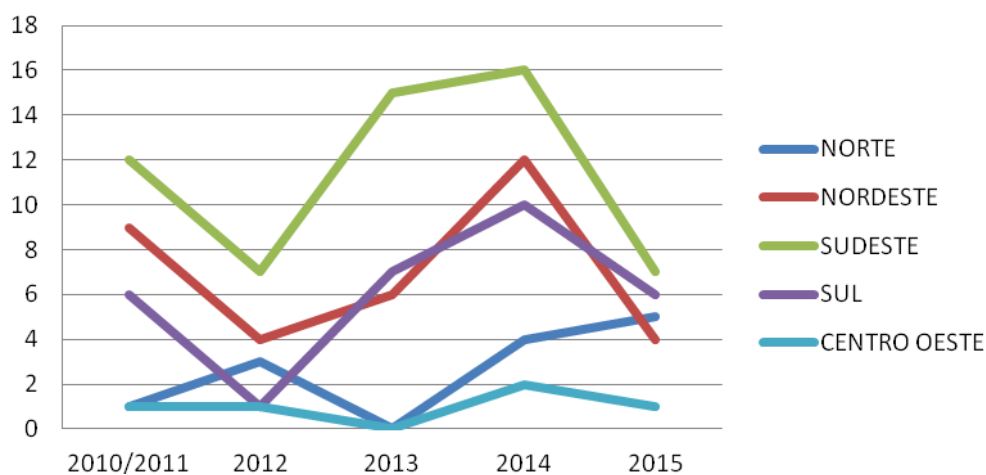
Gráfico 4 - Quantitativo de programas aprovados de RMS na área de concentração Atenção Básica/Saúde da Família por regiões brasileiras, nos anos de 2010, 2012, 2013, 2014 e 2015.



Fonte: A autora, 2016.

Embora o número de programas em Atenção Básica/Saúde da Família tenha sido pouco expressivo na região Norte, observou-se um aumento gradual neste número ao longo dos anos de publicação das portarias, diferentemente das demais regiões que apresentaram queda no número de novos programas no ano de 2015 (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Evolução dos programas aprovados de RMS na área de concentração Atenção Básica/Saúde da Família nas regiões brasileiras, nos anos de 2010, 2012, 2013, 2014 e 2015.



Fonte: A autora, 2016.

Em relação aos estados que apresentaram programas de RMS nessa área de concentração/temática, destaca-se que na região Sudeste, dos 57 programas aprovados, o que representou 40,7% de todos os projetos apresentados nas portarias, o estado do Espírito Santo não teve nenhum projeto aprovado. São Paulo concentrou 28 programas, seguido de Minas Gerais, com 21 programas, e Rio de Janeiro com apenas oito (Tabela 5).

Na região Nordeste, segunda que apresentou mais programas na área de Atenção Básica/Saúde da Família, estes representaram 25% de todos os projetos apresentados pelas portarias nessa área. Houve uma concentração em Pernambuco (10%), mais especificamente na capital Recife, seguido do Ceará (5,7%), com programas nos municípios de Fortaleza, Sobral e Iguatu, e Bahia (5,7%) com projetos ofertados na capital Salvador, Espírito Santo e Feira de Santana. A Paraíba apresentou 1,4% dos projetos aprovados na capital João Pessoa e no município de Cabedelo. Piauí, Rio Grande do Norte (Mossoró) e Alagoas (Maceió) foram responsáveis apenas por 0,7% dos projetos homologados no período entre 2010 e 2015. Os estados de Sergipe e Maranhão não ofertaram nenhum programa de residência financiando pelo MS nesse período. Ao observar os municípios nos quais esses programas ocorreram, pode-se observar principalmente a presença das capitais, indicando

que não houve uma interiorização desses programas para municípios de pequeno porte e menos desenvolvidos economicamente.

Tabela 5 - Quantitativo de projetos de RMS aprovados e financiados pelo MS na área de Atenção Básica/Saúde da Família nos estados das regiões brasileiras, nos anos de 2010/2011, 2012, 2013, 2014 e 2015.

continua

Região	Estados	Ano										Total	%
		2010/2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%		
NORTE		1	3,4%	3	18,8%	0	0,0%	4	9,1%	5	21,7%	13	9,3%
	AC	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	AP	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	AM	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	13,0%	3	2,1%
	PA	0	0,0%	3	18,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	2,1%
	RO	1	3,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	8,7%	3	2,1%
	RR	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	TO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	9,1%	0	0,0%	4	2,9%
NORDESTE		9	31,0%	4	25,0%	6	21,4%	12	27,3%	4	17,4%	35	25,0%
	PE	5	17,2%	0	0,0%	2	7,1%	5	11,4%	2	8,7%	14	10,0%
	CE	2	6,9%	1	6,3%	3	10,7%	2	4,5%	0	0,0%	8	5,7%
	BA	1	3,4%	2	12,5%	1	3,6%	2	4,5%	2	8,7%	8	5,7%
	PB	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	4,5%	0	0,0%	2	1,4%
	PI	1	3,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,7%
	RN	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,3%	0	0,0%	1	0,7%
	SE	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	MA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
AL	0	0,0%	1	6,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,7%	
SUDESTE		12	41,4%	7	43,8%	15	53,6%	16	36,4%	7	30,4%	57	40,7%
	SP	5	17,2%	3	18,8%	7	25,0%	11	25,0%	2	8,7%	28	20,0%
	MG	5	17,2%	4	25,0%	7	25,0%	2	4,5%	3	13,0%	21	15,0%
	RJ	2	6,9%	0	0,0%	1	3,6%	3	6,8%	2	8,7%	8	5,7%
	ES	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
SUL		6	20,7%	1	6,3%	7	25,0%	10	22,7%	6	26,1%	30	21,4%
	RS	3	10,3%	0	0,0%	2	7,1%	3	6,8%	3	13,0%	11	7,9%

Tabela 5 - Quantitativo de projetos de RMS aprovados e financiados pelo MS na área de Atenção Básica/Saúde da Família nos estados das regiões brasileiras, nos anos de 2010/2011, 2012, 2013, 2014 e 2015.

continuação

Região	Estados	Ano										Total	%
		2010/2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%		
	<b>PR</b>	1	3,4%	0	0,0%	4	14,3%	4	9,1%	1	4,3%	10	7,1%
	<b>SC</b>	2	6,9%	1	6,3%	1	3,6%	3	6,8%	2	8,7%	9	6,4%
<b>CENTRO OESTE</b>		1	3,4%	1	6,3%	0	0,0%	2	4,5%	1	4,3%	5	3,6%
	<b>DF</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>GO</b>	1	3,4%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,3%	1	4,3%	3	2,1%
	<b>MT</b>	0	0,0%	1	6,3%	0	0,0%	1	2,3%	0	0,0%	2	1,4%
	<b>MS</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>Geral</b>	29	100,0%	16	100,0%	28	100,0%	44	100,0%	23	100,0%	140	100,0%

Fonte: A autora, 2016.

Notou-se uma distribuição mais homogênea de projetos de residência homologados entre os estados da região Sul, com o surgimento de novos programas em todos os anos. O estado do Rio Grande do Sul concentrou 11 programas aprovados (7,9% de todos os projetos selecionados no cenário nacional nesse período), principalmente na capital Porto Alegre, o estado do Paraná apresentou 10 programas (7,1%) sendo a maioria no município de Curitiba e programas isolados em Londrina, Guarapuava e Colombo. Em Santa Catarina, nos municípios de Florianópolis, Lages, Itajaí, Palhoça e Criciúma, foram aprovados nove programas (6,4%) de RMS ao longo dos anos.

Somente quatro estados da região Norte tiveram programas selecionados na área de Atenção Básica/Saúde da Família, totalizando 13 programas (9,3%) em todos os anos. No primeiro ano de publicação das portarias de homologação, apenas o estado de Rondônia apresentou um projeto de residência aprovado, na capital Porto Velho. No ano seguinte, em 2012, o estado do Pará ofertou três programas também na capital, Belém. Não foram homologados novos projetos de residência em 2013, e no ano seguinte, o estado de Tocantins apresentou quatro programas distribuídos pela capital Palmas (3) e no município Porto Nacional (1). Em 2015, Amazonas obteve três projetos aprovados na capital Manaus, enquanto Rondônia apresentou dois novos programas de RMS no município de Vilhena.

Na região Centro-Oeste, apenas dois estados tiveram projetos de residência homologados através das portarias estudadas: Goiás, com três programas na capital Goiânia e Mato Grosso com dois programas em Cuiabá. O Distrito Federal e o Mato Grosso do Sul não apresentaram programas de RMS financiados pelo MS nesse período na área de concentração.

Este panorama evidencia a “manutenção” da centralização da formação de recursos humanos através da modalidade de RMS nos grandes centros (Sudeste e Sul), em detrimento das outras regiões brasileiras, onde não houve uma distribuição homogênea entre os estados e uma continuidade dos programas implantados, assim como um surgimento expressivo de novos programas ao longo dos anos. Mesmo com a existência de 35 programas de RMS em Atenção Básica/Saúde da família na região Nordeste, estes se concentraram apenas em três estados (Pernambuco, Ceará e Bahia) e especialmente nas capitais. Apesar do aumento crescente na cobertura da

atenção básica desde a aprovação da PNAB, e da descentralização significativa através da gestão plena do sistema municipal, a implantação da ESF nesta região consolidou-se nos grandes centros urbanos e ainda é considerada como uma estratégia em construção (FACCHINI, 2006).

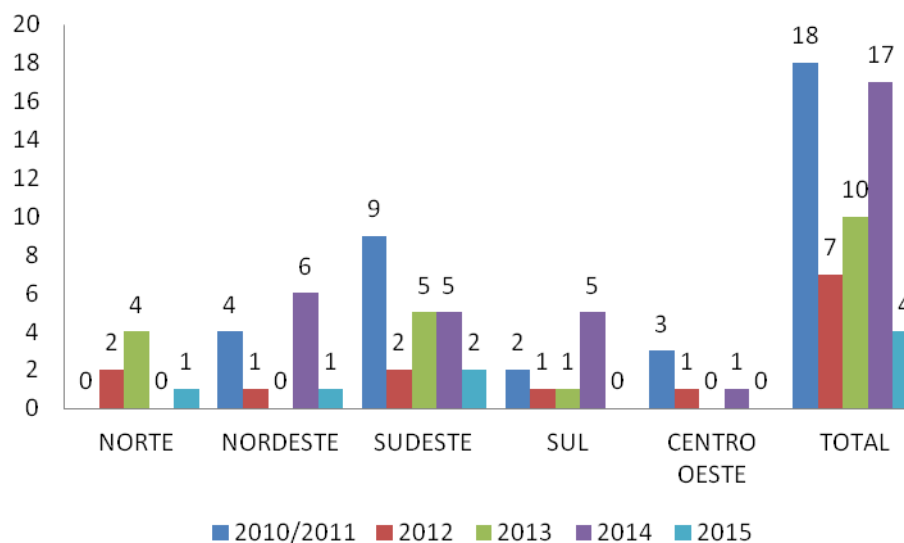
A fragmentação na oferta de serviços, programas, ações e práticas clínicas faz parte de um cenário brasileiro marcado pela pluralidade de contextos regionais com diferenças socioeconômicas e necessidades de saúde. A atenção primária à saúde se apresenta como meio de superação desta fragmentação ao organizar as redes de atenção à saúde no papel de coordenadora do cuidado ordenadora da rede. Para o fortalecimento da política de gestão do trabalho e da educação na saúde nessas redes de atenção é estratégica a ampliação da formação de profissionais com perfil voltado às necessidades de saúde da comunidade por intermédio da atenção básica (BRASIL, 2010a).

Considerada como uma área prioritária para o financiamento de bolsas pelo MS, a abertura de vagas para os programas de RMS nessa área ainda encontra barreiras em decorrência das intensas diferenças regionais, como a inexistência de instituições de ensino próximas aos municípios mais pobres e regiões periféricas, a menor capacidade econômica para oferecer tais programas e absorver os egressos, e a desarticulação na implementação de políticas sociais envolvendo o setor educacional e a prestação de serviços na área da saúde. Com vistas à ampliação de programas nessa área, especialmente nas regiões menos representativas identificadas neste estudo (Norte e Centro-Oeste), é premente que a formação profissional e a organização do sistema de saúde estejam articuladas para a devida adequação à realidade, em constante transformação, demográfica e epidemiológica do país (PIERANTONI, 2003).

A área de concentração/temática Atenção Clínica e Cirúrgica especializada seguiu a mesma distribuição quantitativa que a área de Atenção Básica/Saúde da Família. A maioria dos programas se deu na região Sudeste (41,1%), seguida da região Nordeste (21,4%), Sul (16,1%), Norte (12,5%) e Centro-Oeste (8,9%). Houve uma predominância de projetos homologados no primeiro ano após a publicação do edital nº24/2009, com 18 programas, sendo a metade destes na região Sudeste (Gráfico 6).



Gráfico 6 - Quantitativo de programas aprovados de RMS na área de concentração Atenção Clínica e Cirúrgica especializada por regiões brasileiras nos anos de 2010, 2012, 2013 e 2015.



Fonte: A autora, 2016.

Os programas de RMS na área de Atenção Clínica e Cirúrgica especializada da região Sudeste ocorreram em sua maioria no estado de São Paulo, com 16 projetos aprovados (28,6%), seguido de Minas Gerais, com quatro programas. O estado do Rio de Janeiro apresentou dois programas de residência nessa área e o Espírito Santo apenas um programa iniciado em 2010 (Tabela 6).

Na região Nordeste apenas quatro estados apresentaram programas de RMS inseridos nessa área de concentração/temática, sendo a maior parte no Ceará, totalizando seis programas (10,7%) e Pernambuco com quatro programas (7,1%). Os estados da Bahia e Rio Grande do Norte apresentaram apenas um programa de RMS, ambos nos anos de 2010 e 2011. Pernambuco foi o único estado a apresentar um programa homologado em 2015.

O Rio Grande do Sul foi o estado mais expressivo nessa área na região Sul, com cinco projetos aprovados (8,9%) nas portarias nos anos 2012, 2013 e 2014. Santa Catarina recebeu três programas nos anos de 2010, 2011 e 2014, e o estado do Paraná um programa referente à primeira portaria publicada. Nenhum estado apresentou novos programas de RMS homologados no ano de 2015.

Tabela 6 - Quantitativo de projetos de RMS aprovados na área de Atenção Clínica e Cirúrgica especializada nos estados da região Norte, nos anos de 2010/2011, 2012, 2013, 2014 e 2015.

continua

Região	Estados	Ano										Total	%
		2010/2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%		
<b>NORTE</b>		0	0,0%	2	40,0%	4	33,3%	0	0,0%	1	25,0%	7	12,5%
	<b>AC</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>AP</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>AM</b>	0	0,0%	0	0,0%	2	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,6%
	<b>PA</b>	0	0,0%	2	40,0%	1	8,3%	0	0,0%	1	25,0%	4	7,1%
	<b>RO</b>	0	0,0%	0	0,0%	1	8,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%
	<b>RR</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>TO</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>NORDESTE</b>		4	22,2%	0	0,0%	1	8,3%	6	35,3%	1	25,0%	12	21,4%
	<b>PE</b>	0	0,0%	0	0,0%	1	8,3%	2	11,8%	1	25,0%	4	7,1%
	<b>CE</b>	2	11,1%	0	0,0%	0	0,0%	4	23,5%	0	0,0%	6	10,7%
	<b>BA</b>	1	5,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%
	<b>PB</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>PI</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>RN</b>	1	5,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%
	<b>SE</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>MA</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>AL</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>SUDESTE</b>		9	50,0%	2	40,0%	5	41,7%	5	29,4%	2	50,0%	23	41,1%
	<b>SP</b>	5	27,8%	2	40,0%	4	33,3%	4	23,5%	1	25,0%	16	28,6%
	<b>MG</b>	2	11,1%	0	0,0%	1	8,3%	0	0,0%	1	25,0%	4	7,1%
	<b>RJ</b>	1	5,6%	0	0,0%	0	0,0%	1	5,9%	0	0,0%	2	3,6%
	<b>ES</b>	1	5,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%
<b>SUL</b>		2	11,1%	1	20,0%	1	8,3%	5	29,4%	0	0,0%	9	16,1%
	<b>RS</b>	0	0,0%	1	20,0%	1	8,3%	3	17,6%	0	0,0%	5	8,9%

Tabela 6 - Quantitativo de projetos de RMS aprovados na área de Atenção Clínica e Cirúrgica especializada nos estados da região Norte, nos anos de 2010/2011, 2012, 2013, 2014 e 2015.

continuação

Região	Estados	Ano										Total	%
		2010/2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%		
	<b>PR</b>	1	5,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%
	<b>SC</b>	1	5,6%	0	0,0%	0	0,0%	2	11,8%	0	0,0%	3	5,4%
<b>CENTRO OESTE</b>		3	16,7%	0	0,0%	1	8,3%	1	5,9%	0	0,0%	5	8,9%
	<b>DF</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>GO</b>	0	0,0%	0	0,0%	1	8,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%
	<b>MT</b>	2	11,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	5,9%	0	0,0%	3	5,4%
	<b>MS</b>	1	5,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,8%
<b>TOTAL</b>	<b>Geral</b>	18	100,0%	5	100,0%	12	100,0%	17	100,0%	4	100,0%	56	100,0%

Fonte: A autora, 2016.

Ao todo, sete programas de RMS (12,5%) ocorreram na região Norte, distribuídos apenas por três estados: Amazonas, Pará e Rondônia. O estado do Pará apresentou quatro programas homologados, sendo o único estado a aprovar um programa em 2015. Dois programas foram selecionados em Amazonas, que se iniciaram em 2013, e Rondônia apresentou um programa neste mesmo ano.

Ressalta-se que, com exceção do estado de Rondônia, todos os projetos selecionados aconteceram nas capitais Manaus e Belém. Este achado pode sugerir que a formação especializada, por apresentar maior densidade tecnológica para sua atuação, não consiga se dar em regiões mais periféricas e menos desenvolvidas economicamente, indicando que as redes de saúde locais não possuem capacidade instalada, tanto a nível estrutural quanto de profissionais disponíveis para preceptoría e tutoría para receber esses residentes.

Os programas aprovados na área de Atenção Clínica e Cirúrgica especializada na região Centro-Oeste representaram 8,9% dos projetos selecionados nos anos estudados e se deram, em sua maioria, no Mato Grosso (5,4%) nos anos de 2010/2011 e 2014, enquanto Goiás e Mato Grosso do Sul apresentaram apenas um programa em 2013 e 2010/2011, respectivamente. Similarmente à região Norte, todos os programas ocorreram nas capitais Goiânia, Cuiabá e Campo Grande.

Observou-se que os programas aprovados nesta área concentraram-se nos estados de São Paulo, Ceará e Rio Grande do Sul, enquanto as regiões Norte e Centro-Oeste foram as que menos apresentaram programas de RMS. Houve um predomínio de oferta nas capitais e poucos novos programas homologados em 2015, apenas nas regiões Sudeste, Nordeste e Norte, mais especificamente nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco e Pará. Ao analisar essa distribuição tendo em vista que a formação em atenção especializada requer a utilização de maior densidade tecnológica, ou seja, maior concentração de equipamentos e recursos técnicos, é coerente que esses programas tenham sido ofertados principalmente na região Sudeste e nas capitais dos estados das demais regiões.

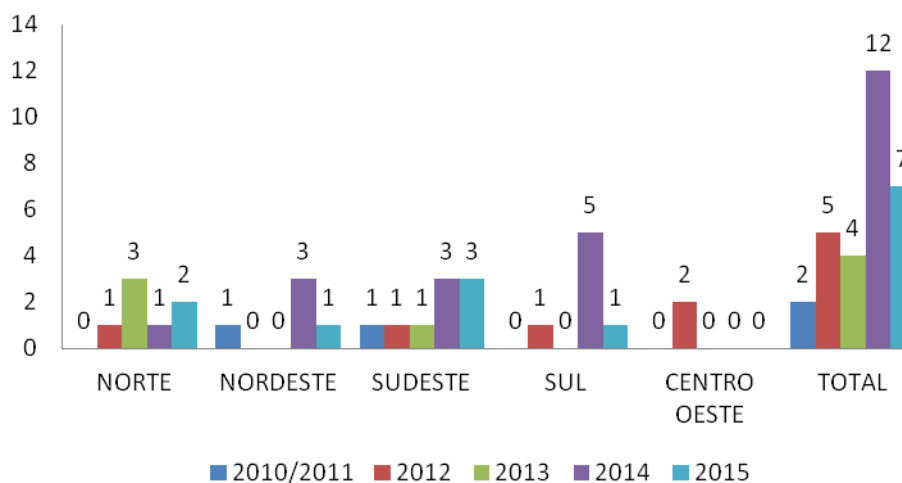
A atenção organizada por especialidades é oferecida especialmente em hospitais e ambulatórios especializados, que muitas vezes estão organizados

de acordo com uma concepção restrita de saúde, levando o profissional a desconsiderar as subjetividades e a situação social de cada indivíduo e a lançar mão de instrumentos e exames cada vez mais complexos e caros para diagnosticar doenças. Além disso, esta área de formação, em sua essência, considera o raciocínio clínico biomédico, o que pode levar a fragmentação do cuidado e conseqüente desresponsabilização pelo todo. Muitas vezes o residente inserido nessa área de especialização desconhece seu papel nas redes de atenção à saúde, a Atenção Básica e seu potencial de cuidado, gerando descontinuidade da atenção e ambulatórios sobrecarregados. A complexidade dos problemas apresentados pelas populações requerem uma abordagem multiprofissional e uma articulação em rede, fazendo com que o profissional residente também se torne um agente da integralidade na rede de serviços (SILVA JÚNIOR, 2007).

Tendo em vista a maior presença de programas nos grandes centros, pode-se concluir que há uma iniquidade na distribuição da oferta tanto de serviços de saúde quanto de formação de profissionais na modalidade residência nessa área. A alta complexidade tecnológica nela presente, tornando-a mais cara, pode ser um fator dificultador do acesso ao sistema de saúde de populações de regiões mais pobres e periféricas, assim como da formação de profissionais para atuarem nessas regiões.

No que diz respeito à área de Urgência/Trauma, a maioria dos programas se deu nas regiões Sudeste, Sul e Norte, com nove e sete projetos homologados, respectivamente. A região Nordeste foi responsável por cinco programas de RMS nessa área, e a região Centro-Oeste por apenas dois. O gráfico abaixo demonstra que no primeiro ano de lançamento das portarias de homologação pelo MS, apenas o Sudeste e Nordeste tiveram projetos aprovados nessa área, um em cada região. O ano de 2014 foi o que mais apresentou programas de RMS em Urgência/Trauma, totalizando doze, seguido de 2015 com sete programas.

Gráfico 7 - Quantitativo de programas aprovados de RMS na área de concentração Urgência/Trauma por regiões brasileiras, nos anos de 2010, 2012, 2013 e 2015.



Fonte: A autora, 2016.

Em relação aos estados contemplados, São Paulo foi o que mais apresentou projetos selecionados nessa área, com três programas homologados (20%) tanto em 2014 quanto em 2015. Na região Sudeste, além de São Paulo, apenas Minas Gerais teve programas de RMS nessa área nos anos de 2010 a 2013, apresentando no total 10% dos projetos selecionados (Tabela 7).

Tabela 7 - Quantitativo de projetos de RMS aprovados e financiados pelo MS na área de Urgência/Trauma nos estados das regiões brasileiras, nos anos de 2010/2011, 2012, 2013, 2014 e 2015.

continua

Região	Estados	Ano										Total	%
		2010/2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%		
<b>NORTE</b>		0	0,0%	1	50,0%	3	42,9%	1	8,3%	2	28,6%	7	23,3%
	AC	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	AP	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	AM	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	14,3%	1	3,3%
	PA	0	0,0%	1	50,0%	3	42,9%	1	8,3%	0	0,0%	5	16,7%
	RO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	14,3%	1	3,3%
	RR	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	TO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>NORDESTE</b>		1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	25,0%	1	14,3%	5	16,7%
	PE	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	8,3%	0	0,0%	2	6,7%
	CE	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	8,3%	1	14,3%	2	6,7%
	BA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	PB	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	PI	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	8,3%	0	0,0%	1	3,3%
	RN	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	SE	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	MA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	AL	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>SUDESTE</b>		1	50,0%	1	50,0%	1	14,3%	3	25,0%	3	42,9%	9	30,0%
	SP	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	25,0%	3	42,9%	6	20,0%
	MG	1	50,0%	1	50,0%	1	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	3	10,0%
	RJ	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	ES	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>SUL</b>		0	0,0%	0	0,0%	1	14,3%	5	41,7%	1	14,3%	7	23,3%
	RS	0	0,0%	0	0,0%	1	14,3%	3	25,0%	1	14,3%	5	16,7%
	PR	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	16,7%	0	0,0%	2	6,7%

Tabela 7 - Quantitativo de projetos de RMS aprovados e financiados pelo MS na área de Urgência/Trauma nos estados das regiões brasileiras, nos anos de 2010/2011, 2012, 2013, 2014 e 2015. continuação

Região	Estados	Ano										Total	%
		2010/2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%		
	<b>SC</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>CENTRO OESTE</b>		0	0,0%	0	0,0%	2	28,6%	0	0,0%	0	0,0%	2	6,7%
	<b>DF</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>GO</b>	0	0,0%	0	0,0%	2	28,6%	0	0,0%	0	0,0%	2	6,7%
	<b>MT</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>MS</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>Geral</b>	2	100,0%	2	1	7	100,0%	12	100,0%	7	100,0%	30	100,0%

Fonte: A autora, 2016.



Na região Sul, sete programas foram homologados pelas portarias estudadas (23,3%), sendo a maioria (16,7%) no estado do Rio Grande do Sul, seguido do Paraná com dois programas aprovados (6,7%) no ano de 2014, nos municípios de Maringá e Curitiba. O estado de Santa Catarina não foi contemplado com nenhum programa de RMS nessa área. No estado do Rio Grande do Sul os municípios contemplados foram a capital Porto Alegre, Novo Hamburgo, Santa Cruz do Sul e Santa Maria. Apenas este estado apresentou um projeto homologado no ano de 2015.

Igualmente à região Sul, a região Norte também apresentou sete programas de RMS em Urgência/Trauma. Três estados foram contemplados a partir do ano de 2012, quando foi aprovado o primeiro programa nessa área no estado do Pará, na capital Belém. Nos anos de 2013 e 2014, houve uma maior distribuição desses programas pelo estado, com a homologação de projetos nos municípios de Altamira, Santarém e Redenção, além da capital. Ao todo cinco programas foram aprovados (16,7%) nesse estado. Além deste, no ano de 2015, Amazonas e Rondônia apresentaram um programa homologado cada, nos municípios de Manaus e Vilhena, respectivamente.

A região Nordeste foi contemplada com cinco programas de RMS (16,7%) em Urgência/Trauma ao longo dos anos analisados, distribuídos pelos estados de Pernambuco (6,7%), Ceará (6,7%) e Piauí (3,3%). Pernambuco apresentou um programa homologado logo após a publicação do primeiro edital de convocação, e outro em 2014, nos municípios de Recife e Petrolina. O estado do Ceará teve dois programas homologados em 2014 e 2015, nos municípios de Fortaleza e Sobral, e o Piauí um programa homologado em 2014 na capital Teresina.

A região Centro-Oeste, assim como em outras áreas, foi a que menos teve programas homologados em Urgência/Trauma, com apenas dois (6,7%) no ano de 2013. Ambos os programas ocorreram em Goiás, na capital Goiânia.

Ao todo, 30 projetos de RMS ocorreram nesta área, especialmente nas regiões Sudeste, Sul e Norte, com destaque para os estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Pará. Minas Gerais e Pernambuco foram os primeiros contemplados com programas nessa área, apresentando um programa em cada estado nos anos de 2010 e 2011.

Foi também no ano de 2011 que o Ministério da Saúde implementou as Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências para todo o País (BRASIL, 2011a).

Conjuntamente com esta política, identificou-se a necessidade de uma indução mais vigorosa de mudança e melhoria do atendimento nas maiores e mais complexas emergências do País, sendo oficializado em 2012, o Programa S.O.S. Emergências. Este programa representa uma ação estratégica do Ministério da Saúde que possui o intuito de intervir de forma mais organizada e eficiente sobre a oferta da assistência nas grandes emergências do País. Além disso, tem o objetivo de estimular a organização e a implantação da Rede de Urgência e Emergência em diferentes regiões brasileiras e de assessorar tecnicamente equipes de hospitais visando uma melhor qualidade assistencial, por meio da implantação de ferramentas e dispositivos de gestão (BRASIL, 2012b, 2014).

Para a implementação do S.O.S. Emergências é necessário que os municípios estejam em processo de construção do Plano de Ação Regional da RUE, que também prevê outros componentes como o Samu, as Unidades de Pronto Atendimento e o Melhor em Casa. Nos anos de 2011, 2012 e 2013, o Ministério da Saúde publicou diversas portarias aprovando os Planos de Ação Regionais (PARs) da RUE em 24 unidades da Federação, como demonstrado na tabela 8 (BRASIL, 2014).

Tabela 8 - Quantidade de portarias publicadas com PARs aprovados da Rede de Atenção às Urgências, 2011 a 2013, por UF.

UF	PORTARIAS PUBLICADAS	UF	PORTARIAS PUBLICADAS
	(ETAPAS APROVADAS)		(ETAPAS APROVADAS)
AC	1	PA	1
AL	1	PE	1
AM	2	PI	1
<b>AP</b>	<b>1</b>	PR	2
BA	1	RJ	1
CE	2	RN	1
<b>ES</b>	<b>1</b>	<b>RR</b>	<b>1</b>
<b>GO</b>	<b>1</b>	<b>RO</b>	<b>1</b>
<b>MA</b>	<b>3</b>	RS	1
MG	2	SP	4
<b>MS</b>	<b>3</b>	SC	3
MT	1	TO	1
<b>TOTAL</b>		<b>37</b>	

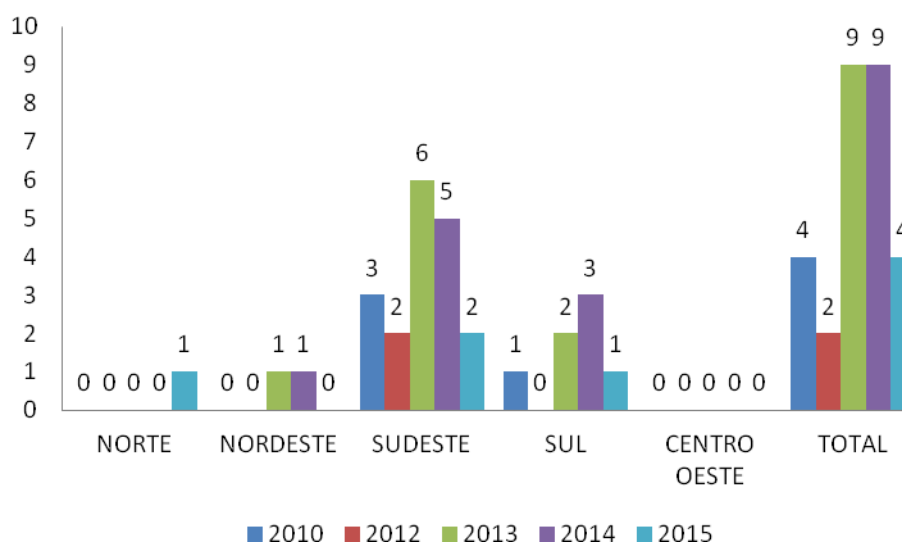
Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde – MS/SAS/DRAC/CGPAS.

Dos estados que apresentaram programas de RMS na área de Urgência/Trauma, todos possuíam PARs até o ano de 2013. Isso significa que as Redes de Urgência e Emergência foram implantadas em todos eles com o apoio do MS e que sua presença pode configurar-se como um facilitador na oferta da formação na modalidade residência. Os estados que possuem uma rede instituída podem ser capazes de oferecer um campo de atuação específico para o profissional residente, assim como equipes devidamente qualificadas e uma estrutura apta a receber esse tipo de formação. No último edital de convocação lançado pelo MS, em 2014, programas de RMS inseridos na Rede de Atenção às Urgências e Emergências foram incluídos como prioritários para financiamento de bolsas, como verificado no quadro 4.

Assim como a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, com ênfase na Atenção ao Câncer, também foi apresentada como Rede prioritária para financiamento pelo MS no edital de convocação lançado em 2014. Instituída pela Portaria MS/GM nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, devido à necessidade de reestruturação da atenção às pessoas com doenças crônicas, esta Rede tem como objetivo fomentar a mudança do modelo de

atenção à saúde, fortalecendo e garantindo o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas, entre elas, o câncer (BRASIL, 2014). Em maio do mesmo ano foi publicada a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS pela Portaria MS/GM nº 874, de 16 de maio de 2013, que coloca a formação de profissionais e a promoção de educação permanente como uns de seus princípios gerais (BRASIL, 2013). Esta área de concentração/temática, Atenção ao Câncer/Física Médica, totalizou 28 programas de RMS aprovados nas regiões brasileiras nos anos de 2010 a 2015, com ênfase nos anos de 2013 e 2014 (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Quantitativo de programas aprovados de RMS na área de concentração Atenção ao Câncer/Física Médica por regiões brasileiras, nos anos de 2010, 2012, 2013, 2014 e 2015.



Fonte: A autora, 2016.

A oferta concentrou-se expressivamente na região Sudeste, com 18 programas homologados (64,3%). Nesta, o estado de São Paulo ofertou a maioria dos programas (46,4%), seguido do Rio de Janeiro (14,3%) e Espírito Santo (3,6%) (Tabela 9). São Paulo e Rio de Janeiro apresentaram projetos aprovados desde a primeira portaria de homologação publicada em 2010, nos municípios de São Paulo, Barretos e Rio de Janeiro. Os programas na área de Atenção ao Câncer/Física Médica ofertados pelo Rio de Janeiro ocorreram, em

todos os anos, no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/INCA, instituição de referência em oncologia do estado. Já no estado de São Paulo houve maior distribuição entre os municípios, contemplando, além dos dois já mencionados, os municípios de São José do Rio Preto, Santo André, e Campinas. Apenas um programa foi ofertado pelo estado do Espírito Santo em 2015, no município de Cachoeiro de Itapemirim, enquanto Minas Gerais não apresentou nenhum programa nessa área de concentração/temática.

A tabela 9 mostra que a região Nordeste teve somente dois projetos homologados nos anos de 2013 e 2014, nos estados do Ceará e Pernambuco, respectivamente. Ambos os programas ocorreram nas capitais Fortaleza e Recife.

Em contrapartida, a região Sul teve sete projetos distribuídos por todos os estados, o que representou 25% de todos os projetos apresentados nessa área. Rio Grande do Sul foi responsável pela oferta de três programas de RMS (10,7%) em Atenção ao Câncer/Física Médica nos anos de 2013 e 2014, nos municípios de Passo Fundo e Porto Alegre. Paraná foi o primeiro estado a ofertar um programa de RMS nessa área em 2010/2011 e o único a ter um programa contemplado em 2015, ambos na capital Curitiba. O estado de Santa Catarina apresentou dois programas no ano de 2014, nos municípios de Palhoça e Blumenau.

Apenas um programa de RMS na área de Atenção ao Câncer/Física Médica foi ofertado na região Norte, no estado do Pará em 2015 na capital Belém. A região Centro-Oeste não apresentou nenhum programa de RMS aprovado nessa área para financiamento pelo MS nos anos estudados.

Foi observada uma concentração de programas de residência homologados a partir do ano de 2013 em todas as regiões brasileiras, exceto o Centro-Oeste, o que pode ter sido influenciado pela instituição da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e pela aprovação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, ambas em 2013. No entanto essa Rede só veio a ser considerada pelos editais de convocação como prioritária para financiamento através do MS em

2014, não provocando aumento no número de novos programas homologados em 2015.

Tabela 9 - Quantitativo de projetos de RMS aprovados e financiados pelo MS na área de Atenção ao Câncer/Física Médica nos estados das regiões brasileiras, nos anos de 2010/2011, 2012, 2013, 2014 e 2015.

continua

Região	Estados	Ano											
		2010/2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	Total	%
NORTE		0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%	1	3,6%
	AC	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	AP	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	AM	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	PA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%	0	3,6%
	RO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	RR	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	TO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
NORDESTE		0	0,0%	0	0,0%	1	11,1%	1	11,1%	0	0,0%	2	7,1%
	PE	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	11,1%	0	0,0%	1	3,6%
	CE	0	0,0%	0	0,0%	1	11,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,6%
	BA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	PB	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	PI	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	RN	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	SE	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	MA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
AL	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
SUDESTE		3	75,0%	2	100,0%	6	66,7%	5	55,6%	2	50,0%	18	64,3%
	SP	2	50,0%	1	50,0%	4	44,4%	5	55,6%	1	25,0%	13	46,4%
	MG	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	RJ	1	25,0%	1	50,0%	2	22,2%	0	0,0%	0	0,0%	4	14,3%
	ES	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%	1	3,6%
SUL		1	25,0%	0	0,0%	2	22,2%	3	33,3%	1	25,0%	7	25,0%
	RS	0	0,0%	0	0,0%	2	22,2%	1	11,1%	0	0,0%	3	10,7%
	PR	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%	2	7,1%

Tabela 9 - Quantitativo de projetos de RMS aprovados e financiados pelo MS na área de Atenção ao Câncer/Física Médica nos estados das regiões brasileiras, nos anos de 2010/2011, 2012, 2013, 2014 e 2015.

continuação

Região	Estados	Ano										Total	%
		2010/2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%		
	<b>SC</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	22,2%	0	0,0%	2	7,1%
<b>CENTRO OESTE</b>		0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>DF</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>GO</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>MT</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	<b>MS</b>	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>Geral</b>	4	100,0%	2	100,0%	9	100,0%	9	100,0%	4	100,0%	28	100,0%

Fonte: A autora, 2016.

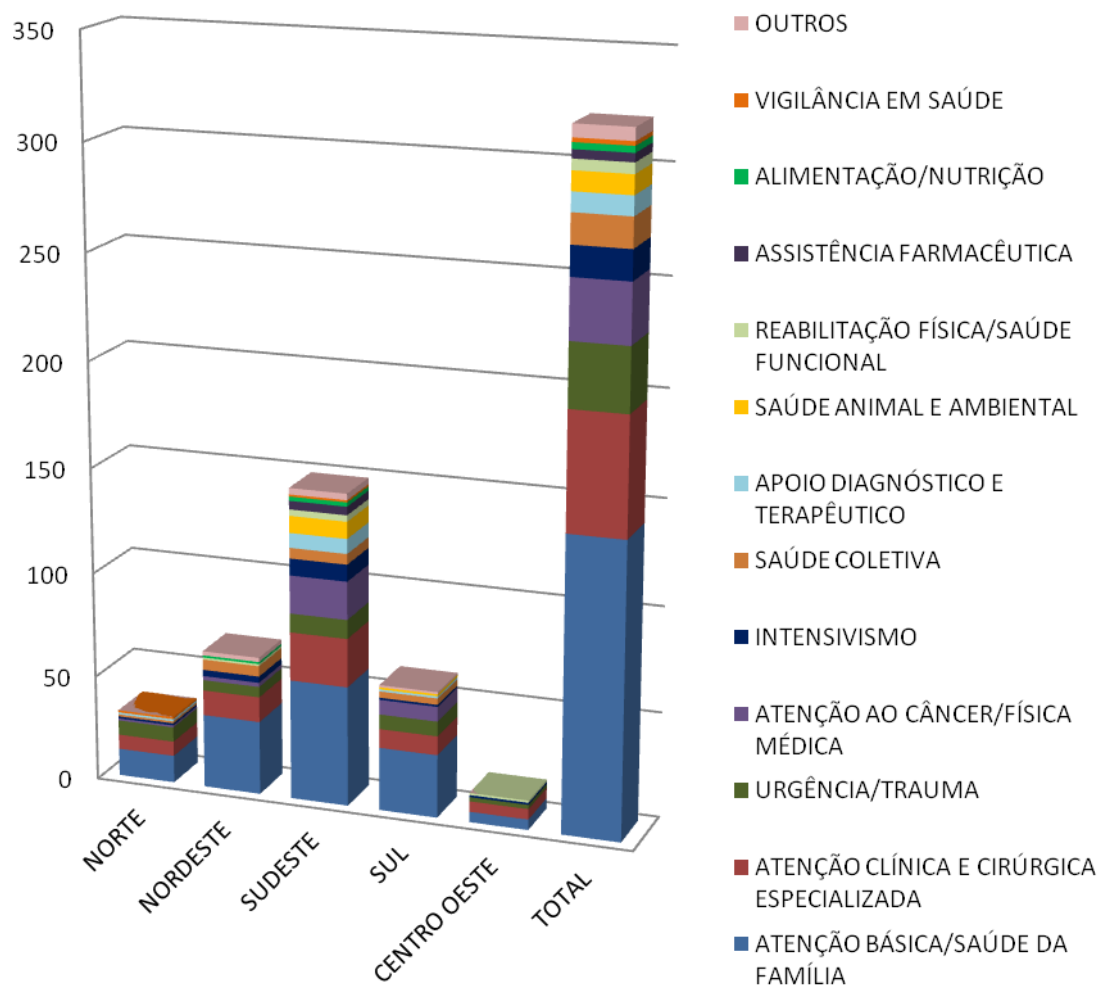


Ressalta-se a quantidade pouco expressiva de projetos homologados na área de concentração/temática Atenção ao Câncer/Física Médica nas regiões Nordeste e Norte e a ausência de programas na região Centro-Oeste, ou seja, a oferta maior concentrou-se nas regiões Sudeste e Sul, onde se encontram os grandes centros especializados e a tecnologia necessária a este nível de atenção.

A importância do incremento no número de programas de RMS ofertados nessa área vem do fato de que a mortalidade proporcional por câncer cresceu consideravelmente nas últimas décadas no país, acompanhando o cenário mundial. Este crescimento apresenta relação direta com a transição demográfica e epidemiológica observada no Brasil, colocando em evidência as doenças crônicas não transmissíveis, entre as quais está o câncer (BRASIL, 2014). Portanto, a ampliação de incentivos para a formação de profissionais aptos a lidar com este cenário de forma integral e considerando a articulação entre as redes e linhas de cuidados, deve ser considerada na organização da oferta de programas de RMS pelo MS.

No gráfico 9 pode-se visualizar a síntese da oferta de programas de RMS nas diferentes áreas de concentração/temáticas e suas respectivas regiões. As regiões Sudeste, Nordeste e Sul, especialmente os estados de São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco e Rio Grande do Sul, foram as que mais apresentaram programas homologados pelas portarias estudadas, com a maioria destes inseridos nas áreas de Atenção Básica/Saúde da Família, Atenção Clínica e Cirúrgica especializada, Urgência/Trauma e Atenção Câncer/Física Médica. A área de Saúde Indígena não foi incluída no gráfico por não ter apresentado nenhum programa de RMS financiando pelo MS nessa área.

Gráfico 9 - Distribuição dos programas de RMS por área de concentração nas regiões brasileiras, nos anos de 2010 a 2015.



Fonte: A autora, 2016.

#### 8.4 Perfil das instituições de ensino contempladas pelas portarias do Ministério da Saúde

As instituições formadoras contempladas foram denominadas em todas as portarias de homologação analisadas. De acordo com os editais de convocação publicados, estas abrangem as instituições públicas estaduais, municipais e Distrito Federal, as instituições privadas sem fins lucrativos, excetuando-se as instituições federais vinculadas ao MEC e as instituições

privadas. Dentre os princípios e diretrizes para os Programas de Residência em Saúde está a promoção da integração entre as instituições de ensino superior e os programas de residência, compreendendo que o processo de formação pós-graduada em serviço deve dialogar com os processos de formação graduada (BRASIL, 2009c). As instituições proponentes devem estabelecer parceria com a Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde e desenvolver atividades em serviços de saúde, atestadas pelo respectivo gestor municipal, estadual ou federal ao qual se vincular os serviços. Além disso, as mesmas devem ter seus Projetos Pedagógicos cadastrados em consonância com o normatizado pelas Resoluções da CNRMS e orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, levando em conta as necessidades e realidades locais e regionais, de forma a contemplar os eixos norteadores apresentados na Portaria Interministerial nº45 de 12 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007).

De todos os 320 programas homologados nas portarias publicadas entre 2010 e 2015, foi observada a predominância de instituições executoras de natureza pública. Estas instituições, distribuídas nas esferas federal, estadual e municipal, englobando as fundações, associações, organizações sociais e autarquias, foram associadas a 265 projetos de RMS aprovados, sendo a maioria na região Sudeste (134). Em seguida, aparecem as regiões Nordeste e Sul, com 47 e 42 programas ofertados por instituições públicas ao longo dos anos, respectivamente. A região Norte apresentou 32 projetos selecionados no período estudado realizados por instituições de caráter público, e a região Centro-Oeste 10.

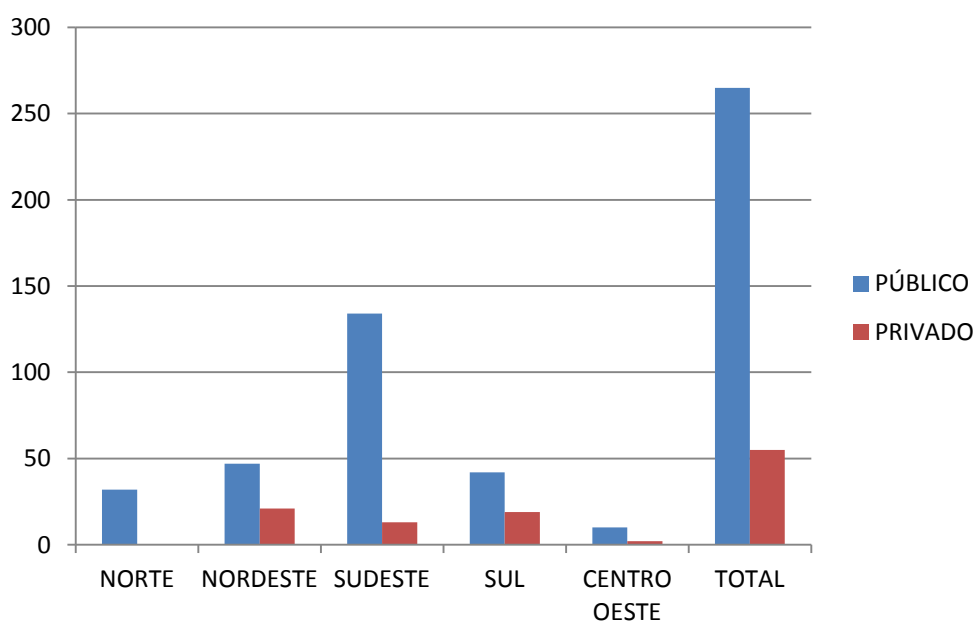
Como verificado na tabela e no gráfico abaixo, os programas ocorridos em instituições privadas sem fins lucrativos foram minoria. A região a ofertar o maior número de programas nestas instituições foi a região Nordeste (21), seguida da região Sul (19) e Sudeste (13). Por outro lado a região Norte não apresentou nenhum programa ofertado em instituições privadas, e a região Centro-Oeste apenas dois.

Tabela 10 - Quantitativo de programas de RMS financiados pelo MS por região brasileira de acordo com a natureza jurídica das instituições entre os anos de 2010 e 2015.

REGIÃO	PÚBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL	%
NORTE	32	12,1%	0	0,0%	32	10,0%
NORDESTE	47	17,7%	21	38,2%	68	21,3%
SUDESTE	134	50,6%	13	23,6%	147	45,9%
SUL	42	15,8%	19	34,5%	61	19,1%
CENTRO OESTE	10	3,8%	2	3,6%	12	3,8%
<b>TOTAL</b>	<b>265</b>	<b>100,0%</b>	<b>55</b>	<b>100,0%</b>	<b>320</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: A autora, 2016.

Gráfico 10 - Quantitativo de programas de RMS financiados pelo MS por região brasileira de acordo com a natureza jurídica das instituições entre os anos de 2010 e 2015.



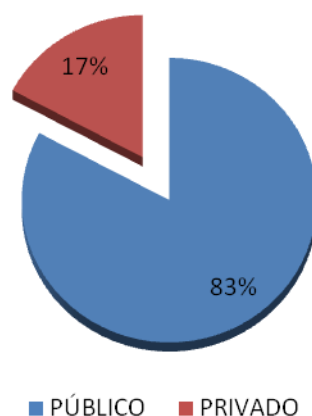
Fonte: A autora, 2016.

Estes dados mostram uma tendência oposta ao sistema de ensino superior brasileiro, que se apresenta predominantemente privado (cerca de 60%), inclusive na área da saúde. Em algumas profissões incluídas nas RMS como fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional observa-se uma participação dominada por este setor (PIERANTONI, 2003). Dados dos anos 2000 mostram que a iniciativa privada já detinha 62,1% dos cursos de

graduação em saúde no Brasil, sofrendo um incremento ao longo dos anos. No ano de 2010, 70% dos cursos da área da saúde foram oferecidos em instituições privadas, sendo que das 1.034 instituições de ensino superior existentes nesse ano 76% eram privadas (INEP, 2012).

No caso das RMS financiadas pelo MS desde 2010, a oferta segue pelo caminho contrário, havendo um protagonismo das instituições de natureza pública. Ao todo, apenas 17% dos programas citados nas portarias de homologação ocorreram em instituições privadas, contra 83% ofertados em instituições públicas (Gráfico 11).

Gráfico 11 - Percentual de programas de RMS financiados pelo MS ofertados por instituições públicas e privadas sem fins lucrativos em âmbito nacional entre os anos de 2010 a 2015.



Fonte: A autora, 2016.

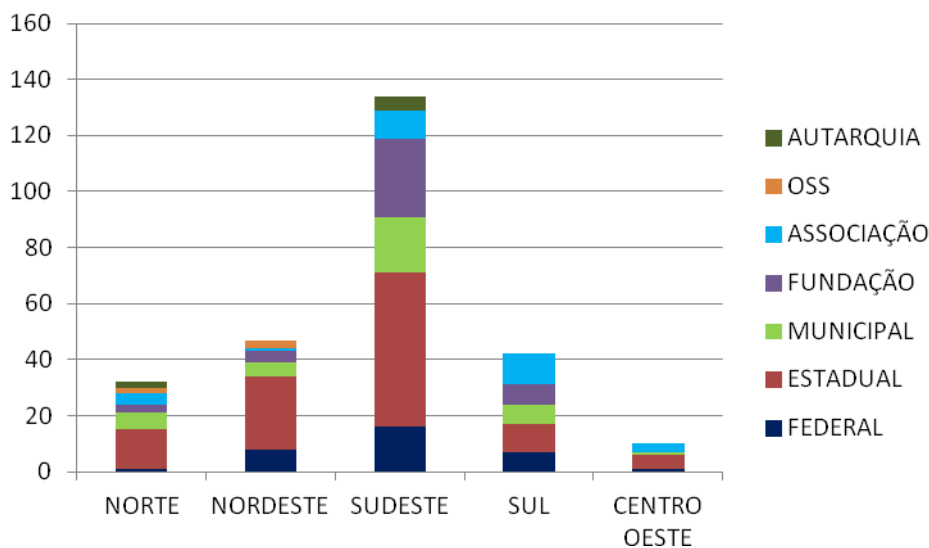
A maior parte dos programas de RMS ofertados por estas instituições públicas se deu na esfera estadual, como demonstrado na tabela a seguir e ilustrado pelo gráfico 12. Os projetos oferecidos por fundações somaram 42 no período estudado, seguidos pelos propostos por instituições públicas municipais (39), federais (33), associações (29), autarquias (7) e organizações sociais (OS's) (5).

Tabela 11 - Quantitativo de programas de RMS financiados pelo MS por região brasileira de acordo com a esfera das instituições públicas entre os anos de 2010 e 2015.

ESFERA/REGIÃO	NORTE	%	NORDESTE	%	SUDESTE	%	SUL	%	CENTRO OESTE	%	TOTAL	%
<b>FEDERAL</b>	1	3,1%	8	17,0%	16	11,9%	7	16,7%	1	10,0%	33	12,5%
<b>ESTADUAL</b>	14	43,8%	26	55,3%	55	41,0%	10	23,8%	5	50,0%	110	41,5%
<b>MUNICIPAL</b>	6	18,8%	5	10,6%	20	14,9%	7	16,7%	1	10,0%	39	14,7%
<b>FUNDAÇÃO</b>	3	9,4%	4	8,5%	28	20,9%	7	16,7%	0	0,0%	42	15,8%
<b>ASSOCIAÇÃO</b>	4	12,5%	1	2,1%	10	7,5%	11	26,2%	3	30,0%	29	10,9%
<b>OS's</b>	2	6,3%	3	6,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	1,9%
<b>AUTARQUIA</b>	2	6,3%	0	0,0%	5	3,7%	0	0,0%	0	0,0%	7	2,6%
<b>TOTAL</b>	32	100,0%	47	100,0%	134	100,0%	42	100,0%	10	100,0%	265	100,0%

Fonte: A autora, 2016.

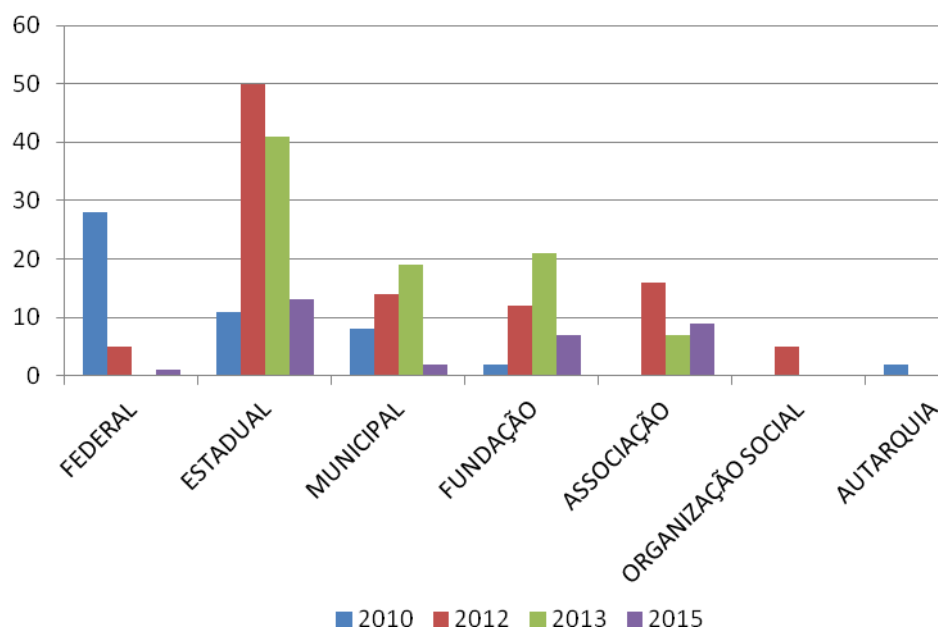
Gráfico 12 - Quantitativo de programas de RMS por região brasileira de acordo com a esfera das instituições públicas entre os anos de 2010 e 2015.



Fonte: A autora, 2016.

O gráfico 13 demonstra a evolução da quantidade de programas descritos em todas as portarias publicadas nos respectivos anos, de acordo com a esfera da instituição executora. A esfera estadual constituiu-se como a mais significativa em termos de oferta de programas de RMS financiados pelo MS ao longo dos anos de publicação das portarias. Verifica-se que há uma queda importante na oferta de programas de RMS pela esfera federal, enquanto há um incremento de programas ocorridos na esfera municipal, com exceção dos programas homologados pela Portaria nº1 publicada em 2015. Este aumento pode estar relacionado especialmente com a expansão do processo de descentralização do setor saúde, gerando recursos e autonomia de gestão para as esferas estadual e municipal permitindo o financiamento de ações de educação em saúde como, por exemplo, os programas na modalidade residência (MACIEL FILHO, 2007).

Gráfico 13 - Quantitativo de programas de RMS por esfera das instituições públicas nos anos de publicação das portarias de homologação, 2010, 2012, 2013 e 2015.



Fonte: A autora, 2016.

As autarquias aparecem nas portarias de homologação lançadas nos anos 2010 e 2015 nas regiões Norte e Sudeste (Tabela 11; Gráfico 13). Foi observado o surgimento das OS's como executoras de programas de RMS nas regiões Norte e Nordeste nas portarias publicadas em 2012. Estas compreendem as “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” (BRASIL, 1998). Já os programas executados por fundações apresentou um crescimento até a portaria publicada em 2013.

A criação e regulamentação das fundações públicas de direito privado e das OS's como gestoras dos serviços públicos de saúde influencia na presença dessas instâncias nas portarias analisadas como instituições executoras dos programas de RMS. Apesar de caracterizadas como públicas são regidas pelo direito privado, o que acaba por não garantir a legitimidade do controle social e leva a precarização do vínculo dos trabalhadores. Diante deste fato, são consideradas mecanismos de privatização da gestão do SUS, a qual inclui a contratação de recursos humanos,



representando uma ação contraditória do MS em relação às pautas defendidas pela Reforma Sanitária (ABIB, 2012).

A formação de residentes em serviços de saúde geridos por tais fundações e OS's pode apresentar certas especificidades no que diz respeito ao contato deste profissional com os preceitos do SUS, com sua inserção e articulação nas redes de atenção à saúde, com o controle social e com outras características inerentes a instituições formadoras de caráter exclusivamente público.

As instituições privadas identificadas para análise foram categorizadas como instituições privadas sem fins lucrativos, entidades filantrópicas e organizações não governamentais (ONG's). Observou-se um predomínio de programas de RMS ofertados pelas entidades filantrópicas, totalizando 38 projetos selecionados nas portarias analisadas. Estes se concentraram na região Nordeste, seguida da região Sul e Sudeste. As instituições privadas sem fins lucrativos foram responsáveis pela execução de 16 programas de RMS, concentrados no Sudeste, como demonstrado na tabela 12.

No edital publicado em 2015 as ONG's aparecem pela primeira vez como instituição proponente de um programa de RMS na região Sul, no estado do Paraná. As ONG's no Brasil surgem no contexto da ditadura militar, tanto com o intuito de amenizar as injustiças sociais decorrentes do cenário de repressão política e cultural, quanto com o objetivo de fazer avançar o sistema capitalista nos países subdesenvolvidos prestando serviços de utilidade pública e de cunho assistencial. Nos anos 80 este termo, ONG's, se popularizou entre as próprias organizações e muitas delas passaram a atuar conjuntamente aos movimentos sociais ou como prestadoras de serviços, surgindo um novo discurso adequado ao período de redemocratização.

Com o avanço neoliberal a partir dos anos 90, determinadas ONG's passaram a tomar parte das políticas públicas com uma participação do tipo "pública não estatal". Na medida em que o projeto de Estado mínimo foi avançando, essas ONG's foram assumindo determinadas responsabilidades sociais do Estado e dando respostas locais às pressões da sociedade quanto à garantia de direitos e de serviços que o Estado deveria providir. No setor da saúde, à medida que o Estado não consegue suprir as demandas sociais por ações de saúde, seja por questões de financiamento ou vontade política, abre-se espaço para a atuação dessas instâncias

na prestação de serviços à população, inclusive na área de formação dos profissionais de saúde, como constatado nesta análise (MACHADO, 2012).

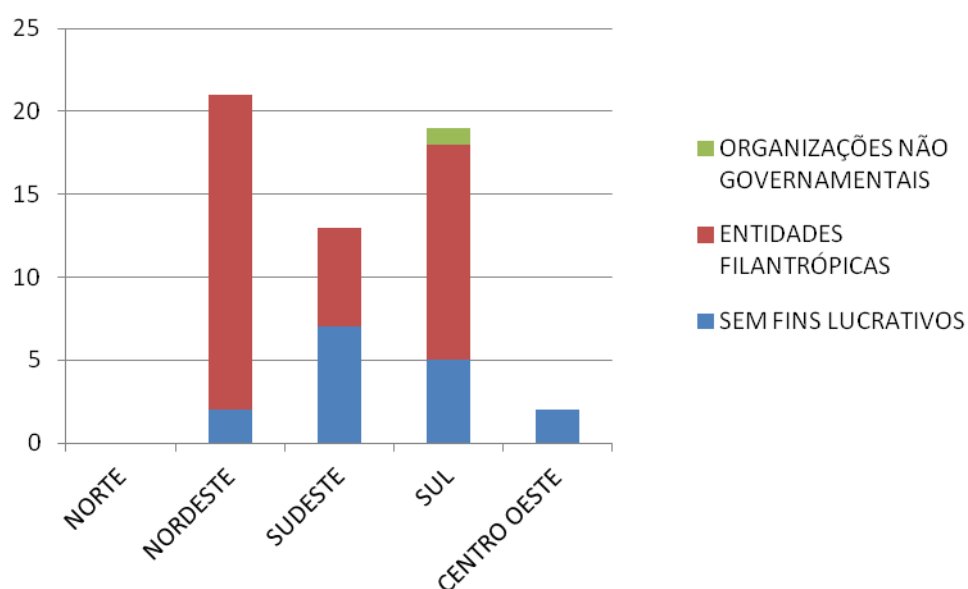
Tabela 12 - Quantitativo de programas de RMS financiados pelo MS por região brasileira de acordo com as instituições privadas entre os anos de 2010 e 2015.

<b>INSTITUIÇÕES PRIVADAS/REGIÃO</b>	<b>NORTE</b>	<b>%</b>	<b>NORDESTE</b>	<b>%</b>	<b>SUDESTE</b>	<b>%</b>	<b>SUL</b>	<b>%</b>	<b>CENTRO OESTE</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>SEM FINS LUCRATIVOS</b>	0	-	2	9,5%	7	53,8%	5	26,3%	2	100,0%	16	29,1%
<b>ENTIDADES FILANTRÓPICAS</b>	0	-	19	90,5%	6	46,2%	13	68,4%	0	0,0%	38	69,1%
<b>ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS</b>	0	-	0	0,0%	0	0,0%	1	5,3%	0	0,0%	1	1,8%
<b>TOTAL</b>	0	-	21	100,0%	13	100,0%	19	100,0%	2	100,0%	55	100,0%

Fonte: A autora, 2016.

O gráfico abaixo ilustra a distribuição dos programas de RMS financiados pelo MS e ofertados pelas instituições privadas identificadas nas portarias publicadas. As regiões Nordeste e Sul apresentaram a maioria dos programas ofertados por entidades filantrópicas, enquanto a região Sudeste realizou a maior parte dos programas através de instituições privadas sem fins lucrativos. A região Centro-Oeste apresentou dois programas executados pelas instituições privadas sem fins lucrativos, enquanto a região Norte não ofertou nenhum programa em instituições de regime jurídico privado.

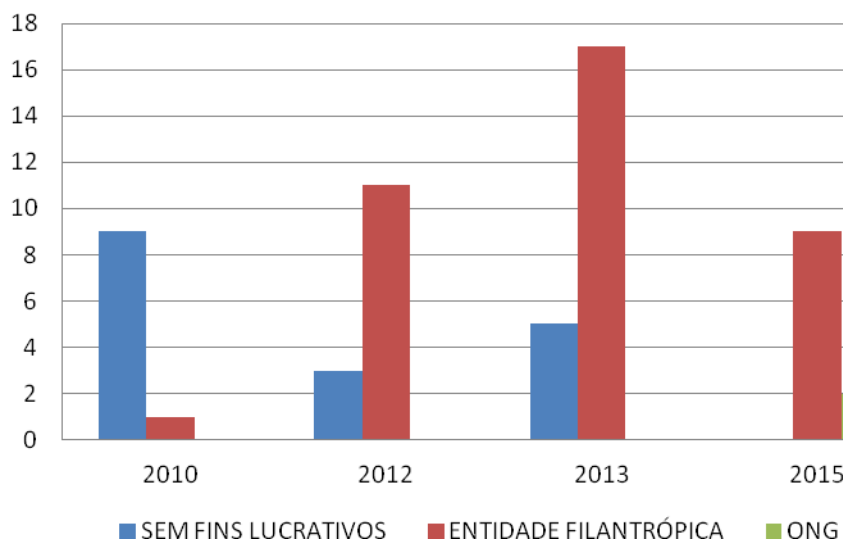
Gráfico 14 - Quantitativo de programas de RMS por região brasileira de acordo com as instituições privadas entre os anos de 2010 e 2015.



Fonte: A autora, 2016.

Na primeira portaria de homologação publicada em 2010, os principais programas ocorridos na esfera privada foram executados por instituições categorizadas como privadas sem fins lucrativos. Os projetos selecionados executados por entidades filantrópicas apresentaram um crescimento a partir de 2012 e foram maioria até a última portaria analisada neste estudo. No ano de 2015, foi observada a presença de programas ofertados por entidades filantrópicas além de uma organização não governamental (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Quantitativo de programas de RMS por instituições privadas nos anos de publicação das portarias de homologação, 2010, 2012, 2013 e 2015.



Fonte: A autora, 2016.

A distribuição de programas de RMS financiados pelo MS pelas instituições formadoras identificadas nas portarias de homologação reflete uma oferta predominantemente pública a nível estadual, com o surgimento mais recente de outras conformações institucionais, como as OS's e autarquias apresentadas como executoras desses programas. Das instituições proponentes privadas sem finalidade de lucro, foram as entidades filantrópicas as que mais ofertaram programas de RMS no período estudado. Dado que na história do desenvolvimento da sociedade brasileira o Estado nem sempre tem conseguido atuar de forma eficiente na garantia de serviços essenciais à população, na área de saúde, as instituições filantrópicas apresentaram-se como uma alternativa a esse quadro, oferecendo, com a implementação do SUS, descentralização e operação do sistema público. Essas instituições são beneficiadas com isenção fiscal sobre seus patrimônios, rendas e serviços, e em contrapartida devem destinar uma fatia de sua receita para atendimento ao SUS ou uma parcela de seus atendimentos em serviços gratuitos à população (CASTRO, 2003).

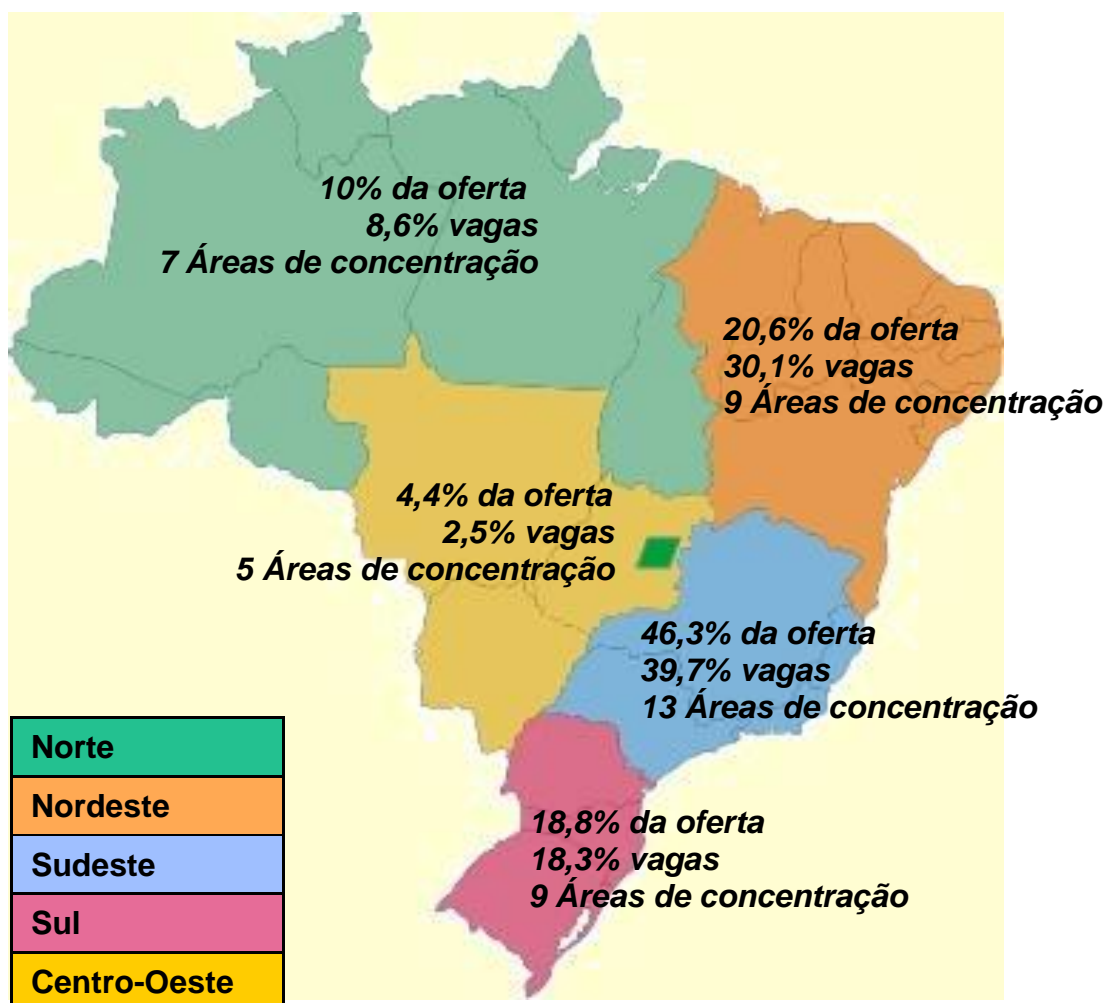
Destaca-se que, independentemente da esfera e natureza das instituições proponentes, é fundamental que as mesmas ofereçam condições

de formação condizentes com os princípios e diretrizes do SUS e com os eixos norteadores que orientam os programas de residência. Na atual realidade de formação focada em hospitais, cuidados especializados e com acentuada expansão do setor privado representado pelos planos de saúde, a inserção dos residentes em cenários de educação em serviço adequados à situação sócio-epidemiológica brasileira e que possuam estratégias pedagógicas capazes de garantir a formação integral e interdisciplinar, é necessária para a consolidação de mudanças no processo de formação e para afirmação de uma política de educação em saúde voltada à defesa do SUS (SAMPAIO, 2010).

Aspectos relacionados à rigidez das instituições de ensino, à abertura para novas concepções de práticas em saúde e ao ideário do exercício profissional atrelado ao desenvolvimento tecnológico, podem dificultar a assimilação de novos modelos e práticas pedagógicas relevantes para a proposta de formação através das residências (PIERANTONI, 2003). Para Ceccim (2004), as relações de compromisso e responsabilidade entre o SUS e as instituições de educação superior devem ser viabilizadas por políticas que visem, entre outros objetivos, o estabelecimento de projetos de cooperação técnica para o desenvolvimento de competências pedagógicas voltadas à rede de serviços e gestão local em saúde e a estruturação do ensino de saúde de forma vinculada e negociada com o SUS. Uma mudança significativa na formação também depende do fortalecimento da articulação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde de modo a ampliar a indução de novos compromissos de cooperação entre as mesmas e o SUS.

A partir dos dados obtidos pela análise dos editais de convocação e das portarias de homologação, foi possível realizar o mapeamento da oferta dos programas de RMS no país, esquematizado pela figura abaixo:

Figura 4 - Mapeamento da distribuição da oferta de programas e vagas de RMS, e do quantitativo de áreas de concentração contempladas por regiões brasileiras, do ano 2010 a 2015.



Fonte: A autora, 2016.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As RMS, ao longo de seu percurso e percalços, vêm sendo cada vez mais consideradas como uma importante alternativa de formação dos profissionais de saúde para o arranjo de novos desenhos tecnoassistenciais. Originária de um contexto histórico de grandes disputas acerca da implantação de um modelo de saúde contra-hegemônico, estas encontraram diversas resistências até que fossem consolidadas como parte de uma política de educação para os trabalhadores do SUS.

Antigas na experimentação dos modos de formar, baseados na integração entre diferentes áreas e pautados pela integralidade e pelos preceitos do SUS, as RMS são recentes em sua regulamentação e legislação se comparadas, por exemplo, com a Residência Médica, já que somente a partir dos anos 2000 foram instituídas as bases legais dessa modalidade de formação.

Ao longo de anos diversos arranjos foram concebidos para o desenvolvimento e fortalecimento desses programas a fim de garantir sua sustentabilidade. Um importante passo para a construção das RMS foi o reconhecimento, pelo MS, de sua responsabilidade como ordenador da formação de mão de obra para a saúde, identificando prioridades para a oferta de vagas, e de financiamento. O perfil dos profissionais formados para o SUS é de suma importância na medida em que ajudam a fortalecer a implantação de certas iniciativas e políticas em direção aos seus princípios. Isso é possível através de dispositivos regulatórios que favoreçam os processos formativos em concordância com as diretrizes e princípios do SUS, nos quais os profissionais sejam absorvidos pelo próprio sistema e possam utilizar suas qualificações em prol deste (FEUERWERKER, 2009).

Desde 2009 o MS começou a realizar a seleção de programas de RMS por meio de editais de convocação e a financiar os programas aprovados de acordo com uma Comissão de Seleção articulada entre a SGTES, do MS, e a SESu, do MEC. Após esse edital, foram publicados outros três, sendo o último em 2014, estimulando a criação de novos programas e a renovação dos já existentes. Com esses editais o MS também despenha o papel de determinar quais áreas são prioritárias para a inserção desses programas levando em



conta as necessidades das redes de atenção do SUS, direcionando assim o financiamento.

A aprovação da Portaria 1077/2009, ao mesmo tempo em que instituiu o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, criando um mecanismo de oferta de bolsas de residências a partir dos editais de convocação, gerou enfrentamentos na questão da CNRMS. Esta Portaria substituiu a Portaria 45/2007, que regulamentou o funcionamento da Comissão e deu representatividade a diversos segmentos de forma colegiada, apresentando um espaço democrático de diálogo. Já a Portaria 1077/2009, ao realizar alterações na composição da CNRMS, foi vista como excessivamente centralizadora dos processos decisórios. Apesar disso, a importância desta portaria está na criação de um programa específico para a garantia de financiamento das RMS. A regularidade de apresentação de projetos através dos editais publicados permite a continuidade dos programas implementados e o surgimento de novos a partir das demandas.

O investimento ordenado desses programas é crucial para sua sobrevivência e para a afirmação das RMS como parte fundamental de uma política de educação dos trabalhadores de saúde para o SUS. Nesse sentido, os marcos normativos, ao mesmo tempo em que podem limitar o processo de criação dos programas, acabam por contribuir no processo de legitimação dos mesmos. Além disso, o Ministério da Saúde, ao realizar a avaliação e acompanhamento das residências que financia, embasa o estabelecimento de diretrizes para o prosseguimento do investimento nessa modalidade de formação.

Quanto à distribuição dos programas de RMS financiados pelo MS no território nacional, observa-se uma tentativa de organização tendo em vista as desigualdades regionais e as distintas realidades epidemiológicas existentes. Além disso, pôde-se perceber uma tendência ao aumento dos programas apresentados e aprovados.

Num país de grandes dimensões como o Brasil, as necessidades de saúde que se apresentam são as mais diversificadas, exigindo dos gestores e formuladores de políticas públicas o direcionamento adequado para atender as demandas sociais. No campo da saúde, a formação dos trabalhadores deve

alinhar as necessidades específicas de cada profissão com o contexto no qual se insere, considerando os problemas vivenciados pela população assistida, além daqueles referentes à organização do trabalho.

As RMS, ao provocarem reflexões sobre o cotidiano, as relações e o processo de trabalho, possuem o potencial de modificar não apenas a perspectiva do indivíduo formado, mas os próprios espaços em que se desenrolam. A partir das problematizações e questionamentos do instituído é possível que se fortaleça o contínuo processo de educação permanente em saúde. Desta forma, as RMS podem ser consideradas como importantes espaços políticos e pedagógicos da formação visando o fortalecimento do SUS.

Com a seleção de programas de RMS realizada pelos editais do MS desde 2009, pode-se observar a prioridade dada aos projetos inseridos nas áreas de atenção primária, em convergência com a Política Nacional de Atenção Básica, fazendo com que a maioria dos programas aprovados se concentrasse nessa área. Em todas as regiões do país essa área foi a que mais apresentou programas de RMS contemplados, caminhando com o fato de que a atenção básica se expande cada vez mais com uma maior capacidade de cobertura ao longo dos anos. No ano de 2012, o MS publicou o reajuste do Piso da Atenção Básica (PAB), em torno de 6%, no incentivo ao custeio das equipes de Saúde da Família e dos NASF, permitindo aumentar o número de equipes e, conseqüentemente, a demanda por profissionais qualificados (LADEIRA, 2012). O trabalho em equipe multiprofissional preconizado por essas residências leva a formação de diversos arranjos de integração entre os profissionais, formatos que beneficiam a estratégia de saúde da família, da atenção básica e do princípio da integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2009c).

A inserção de residentes nessa área vai contra a tendência do ensino especializado, que fragmenta o cuidado e foca nos aspectos meramente técnicos sem considerar todos os outros complexos aspectos que integram o processo saúde-doença de um indivíduo. Essa competência estritamente técnica, por muitas vezes, acaba atendendo somente aos interesses de mercado e econômicos, e não as reais necessidades sociais de saúde.

No entanto, as áreas voltadas à especialização também apresentaram elevado número de programas contemplados, trazendo à tona a discussão do

modelo hegemônico biologicista da formação. Apesar desses dados, as RMS trazem em sua estruturação concepções relevantes a qualquer área de concentração que estejam inseridas. O trabalho em equipe, superando as hierarquias e relações de poder entre os profissionais, o cuidado integral e humanizado focado no indivíduo como um todo, o ensino inserido no campo de prática, a adequação aos princípios e diretrizes do SUS, a atenção voltada às necessidades de saúde da população, são eixos que norteiam o desenvolvimento desses programas e que trazem uma perspectiva de transformação positiva num modelo de atenção à saúde que ainda caminha na direção dos ideais defendidos pelo Movimento Sanitário.

A questão da regionalização dos serviços de saúde também pôde ser abordada visto que a maior parte dos programas de RMS aprovados nas portarias do MS se concentrou na região Sudeste, principalmente no estado de São Paulo. Esse achado vai de encontro ao cenário de desigualdades regionais tanto na oferta de graduações e pós-graduações quanto na oferta de serviços à população, e conseqüentemente na disponibilidade de profissionais.

A má distribuição de serviços e formação em saúde acaba resultando na dificuldade de acesso às ações de saúde especialmente por determinados subgrupos e segmentos sociais, como populações que vivem em áreas rurais, favelas e comunidades indígenas (BRASIL, 2012a). Como verificado, a área de Saúde Indígena não apresentou nenhum programa de RMS contemplado. O MS, também através de seus editais de convocação, propõe-se a incentivar a oferta de novos programas e continuação dos já existentes em áreas que saiam do eixo dos grandes centros, colocando as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste como prioritárias para financiamento. Estas duas últimas foram as menos representativas na quantidade total de programas selecionados. No entanto, a região Nordeste apresentou um incremento de programas de RMS induzido pela prioridade dada nos editais publicados.

A maioria dos programas de RMS identificados nos documentos (editais de convocação e portarias de homologação) analisados se desenvolveu em instituições públicas. Este se configura como um aspecto relevante, já que o objetivo das residências é a formação direcionada para o SUS, qualificando profissionais capazes de lidar com suas demandas. Apesar das instituições privadas autorizadas a concorrer aos editais do MS serem “sem fins lucrativos”,

a lógica de trabalho que se desenrola dentro desses espaços pode se distanciar daquela praticada em instituições de caráter público. Não há, no entanto, dados disponíveis que analisem as potenciais diferenças que a formação dos residentes realizada nessas instituições pode acarretar.

Foi observado o predomínio de instituições proponentes na esfera estadual, refletindo a descentralização crescente de recursos financeiros para as unidades federativas. Uma particularidade observada nas portarias de homologação foi a presença de instituições proponentes geridas pelas OS's, nas regiões Norte e Nordeste, refletindo o quadro atual caracterizado pela opção do governo de terceirizar a gestão dos serviços de saúde do SUS. Fato este que traz diversas controvérsias acerca da construção de um SUS fortalecido e 100% público que visa atender interesses exclusivamente dos cidadãos. Estas novas conformações, como também é o caso das fundações, associações e autarquias observadas nas portarias, traz novos desafios para a consolidação de um projeto de residência multiprofissional voltado inteiramente ao SUS, necessitando de mais aprofundamento para analisar seus desdobramentos.

As análises apresentadas por este estudo não pretendem esgotar as possibilidades de discussão e indagações acerca desse tema. As RMS são um rico campo de formulações e pesquisa na área de formação de recursos humanos para a saúde. Pela sua regulamentação recente ainda há muito que se debater para se chegar a formatos de programas que atendam tanto as necessidades de formação dos profissionais quanto às situações de saúde apresentadas pela população, e que suportem os atores envolvidos no seu processo, como os próprios residentes, preceptores, tutores, coordenadores, representantes dos Fóruns e Conselhos, dentre outros.

Através dos documentos estudados não foi possível analisar especificamente quais profissões foram contempladas, tampouco o projeto político pedagógico embutido em cada programa. Os achados aqui presentes convidam a uma análise mais aprofundada da distribuição dos programas de RMS financiados pelo MS em relação a questões como: comparação de vagas ofertadas nesses programas com os cursos de graduação em cada profissão, diferenças nos projetos políticos pedagógicos, associação da oferta desses programas com a oferta de serviços de saúde nos estados e municípios,

formulação de um banco de dados que permita o acompanhamento das ações pertinentes às RMS, entre outras.

As RMS, na medida em que representam um dispositivo de educação permanente para o SUS e figuram como potenciais indutoras de transformações nos seus espaços de trabalho, exigem constante mobilização, inclusive através de instrumentos legais, para sua continuidade como estratégia de formação de trabalhadores para o SUS.

## REFERÊNCIAS

ABIB, L.T. “Caminhando contra o vento...”: a história das Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde. 2012, 55p. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. [Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Rose Teresinha da Rocha Mayer].

BARATA, R.B. A pós-graduação e o campo da Saúde Coletiva. *Physis*, v.18, n.2, p.189-214, 2018.

BALDISSEROTTO, J. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição RIS/GHC: uma estratégia de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. In: 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BOTTI, S. H. O. O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. / Sérgio Henrique de Oliveira Botti. Rio de Janeiro : s.n., 2009.

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 05 de outubro de 1988. 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/legislacao/>>. Acesso: jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso: jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso: jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm)>. Acesso: dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.381, de 1º de dezembro de 2006. Altera a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente, e revoga dispositivos da Lei nº 10.405, de 9 de janeiro de 2002. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11381.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11381.htm)>. Acesso: dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.514, de 28 de outubro de 2011. 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12514.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12514.htm)>. Acesso: dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória Nº 238, de 1º de fevereiro de 2005. Institui, no âmbito da Secretaria-Geral da Presidência da República, o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem, cria o Conselho Nacional de Juventude - CNJ e cargos em comissão, e dá outras providências. Brasília, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 1, de 30 de janeiro de 2012. Institui as Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 31 jan. 2012. Seção I, p.29-30. Disponível em: <[portal.mec.gov.br/docman/marco.../15445-resol-cnrms-n1-30jan-2012](http://portal.mec.gov.br/docman/marco.../15445-resol-cnrms-n1-30jan-2012)>. Acesso: dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União nº 73, 16 abr. – Seção 1, p. 24-25. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/docman/marco-2014-pdf/15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012>>. Acesso: dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ªed., 40p. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed., rev. e atual. – Brasília, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências Brasília, v. 141, n. 32, 2004. Seção 1, p.37-41.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério

da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Brasília, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.º 2.117, de 3 de Novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.º 2.118, de 3 de Novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Brasília, 2005c.

\_\_\_\_\_. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Decreto de 20 de junho de 2007. Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências. Brasília, 2007a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Decreto%20de%2020062007.pdf>>. Acesso em: jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2007b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html)>. Acesso em: dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação na Saúde. III Seminário Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008b.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. HADDAD, A.E. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Seminário “Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde”: Ações Estratégicas necessárias para construir uma Política de Formação de Recursos Humanos para o SUS. Rio de Janeiro, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. I Seminário Nacional do PRÓ-SAÚDE II. 1º Encontro Nacional dos Coordenadores do PET Saúde. O Pró-Saúde na Política Nacional de Educação na Saúde. Brasília, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2009c. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS - Exercício 2007/2009. Brasília, 2009c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS. Versão/dezembro, 2010. Disponível em: <<http://200.18.45.28/sites/residencia/images/Disciplinas/Diretrizes%20para%20organizacao%20redes%20de%20ateno%20SUS21210.pdf>>. Acesso em: jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGETS: políticas e ações / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011 – Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seminário Nacional sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e de maior vulnerabilidade. Relatório síntese. Brasília, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.663 de 6 de julho de 2012. Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Diário oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 7 jul. 2012b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663\\_06\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html)>. Acesso em: jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS, 160p. Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. SUS. Conheça a secretaria - SGTES, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/conheca-a-secretaria-sgtes>>. Acesso em: jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. SUS. Gestão da Educação, 2016a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/320-sgtes-p/gestao-da-educacao-raiz/gestao-da-educacao/noticias/9332-teste-de-area-1>>. Acesso em: jan. 2016.

BRUNHOLI, G. N. Caminhando pelo fio da história: a residência multiprofissional em saúde nos espaços de construção da política de formação de trabalhadores para o SUS / Gislene do Nascimento Brunholi. – 2013.

CAMPOS, F.E.; MACHADO, M.H.; GIRARDI, S.N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, mai/2009.

CAMPOS, F.E. et al. O desafio dos processos e do mercado de trabalho na APS – o desafio da formação e da qualificação. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da Saúde da Família no Brasil. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias\\_saude\\_familia\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf)>. Acesso em: jan. 2016.

CAMPOS, C.E.A.; IZECKSOHN, M.M.V. Análise do perfil e da evolução dos programas de residência em medicina de família e comunidade no Brasil. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 148-155, abr./jun. 2010.

CASTRO, M.L., et al. Instituições Filantrópicas Hospitalares: comodeterminar o ponto de equilíbrio entre as isenções e os déficits gerados pelo SUS. In: 3º Congresso USP Controladoria e Contabilidade, São Paulo, 2003.

CECCIM, R.B., et al. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.7, n.2, p.373-383, 2002.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1400-1410, set-out/2004.

CECCIM, R.B., FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41- 65, 2004a.

CECCIM, R.B. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. FAJARDO, A. P; ROCHA, C. M. F; PASINI, V. L. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. 260 p.

CECCIM, R.B., et al. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva: Educação Pós-graduada em Área Profissional da Saúde realizada em serviço, sob orientação docente-assistencial. In: Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. FAJARDO, A. P; ROCHA, C. M. F; PASINI, V. L. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010a. 260 p.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. Resolução CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p.24-25. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192)>. Acesso em: jan. 2016.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2011. 120 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011).

DA ROS, M. A. Residência multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do Movimento Sanitário. In: *Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. v.3, n. 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Rev. AdID. púb.*, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.8-19, abr./jun. 1992.

FACCHINI L.A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n.3, p.669-681, 2006.

FERRAZ F, BACKES V.M.S, MATÍNEZ F.J.M, PRADO M.L. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. *Saúde Transf Soc*. v.3, n.2, p.113-28, 2012. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1488/2601>>. Acesso em: jan. 2016.

FERREIRA, S.R., OLSCHOWSKY, A. Residência: uma modalidade de ensino. In: Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. FAJARDO, A. P; ROCHA, C. M. F; PASINI, V. L. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. 260 p.

FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 2, n.3, 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S1414-32831998000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1414-32831998000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: jan. 2016.

FEUERWERKER, L.C.M. Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Editora Hucitec/Londrina: Rede Unida/Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2002.

FEUERWERKER, L.C.M. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. *Comunicação saúde educação - Debate*, v.13, n.28, p.213-37, jan/mar. 2009.

FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES E SAÚDE. CARTA DE PRINCÍPIOS FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES E SAÚDE (FNRS), Brasília, 2012. Disponível em: <<http://forumresidentes.blogspot.com.br/p/encontro-nacional-de-residentes.html>>. Acesso em: 20 out. 2015.

FORÚM NACIONAL DE RESIDENTES E SAÚDE. 9ª Reunião Nacional do FNRS. Resgate histórico. 2009. Disponível em: <<http://forumresidentes.blogspot.com.br/2010/05/resgate-historico-do-fnrs.html>>. Acesso em: 20 out. 2015.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa / Antônio Carlos Gil. - 5.ed.- São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.490-498, mar/abr, 2005.

HADDAD, A.E. et al. Política Nacional de Educação na Saúde. Revista Baiana de Saúde Pública, v.32, supl.1, p.98-114, out. 2008.

HADDAD, A.E. Sobre a residência multiprofissional em saúde. Interface. Comunicação saúde educação, debate, v.13, n.28, p.213-37, jan./mar. 2009. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a19.pdf)>. Acesso: dez. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: jan. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA/MEC. In: O panorama do mercado educativo em saúde no Brasil, Indicadores das Graduações em Saúde/Estação de Trabalho IMS/UERJ do ObservaRH, 2012. Disponível em: <[http://www.obsnetims.org.br/uploaded/4\\_7\\_2013\\_\\_0\\_Panorama%20geral.pdf](http://www.obsnetims.org.br/uploaded/4_7_2013__0_Panorama%20geral.pdf)> . Acesso em: jan. 2016.

LADEIRA, F. Financiamento da AB cresce 37% em dois anos. Revista Brasileira Saúde da Família / Ministério da Saúde – Ano 12, n.31, jan./abr.2012.

LOBATO, C.P. Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família: uma cartografia da dimensão política [tese]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2010.

MACHADO, A.M.B. O percurso histórico das ONGs no Brasil: perspectivas e desafios no campo da educação popular. IX SEMINÁRIO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS “HISTÓRIA, SOCIEDADE E EDUCAÇÃO NO BRASIL”. Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa, 2012.

MACIEL FILHO, R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro. 263 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

MOURÃO, A.M.A, et al. A formação dos trabalhadores sociais no contexto neoliberal. O projeto das residências em saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional, 2, 2007, 352-380. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-8.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-8.pdf). Acesso em: jan/2015.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência

multiprofissional em saúde da família. Rev. Min. Enf. v.10, n.4, p.435-439, out./dez., 2006.

NASCIMENTO, D. D. G.; QUEVEDO, M. P. Aprender fazendo: considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família na qualificação de profissionais da saúde. In: BOURGET, M. M. M. (org.). Estratégia Saúde da Família: a experiência da equipe de reabilitação. São Paulo: Martinari, 2008. p. 43-59

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.4, p.814-827, 2010.

NUNES, T. C. M. A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1998. 194 p.

OLIVEIRA, M.S. Estratégias de fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde, no contexto do Pacto pela Saúde. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 44, p. 29-33, maio 2009.

PASINI, V. L. Residência Multiprofissional em Saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS. Tese (Doutorado) Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PEDERNEIRAS, A. R. P. Multiprofissionalidade nas residências em medicina preventiva e social: informe final. In: Associação brasileira de pós-graduação em saúde coletiva. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil: 3. Rio de Janeiro: ABRASCO/PEC/ENSP, 1984. p.107-109.

PEDUZZI, M. Trabalho de equipe de saúde na perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007a. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.

PIERANTONI, C. R.; FRANÇA, T.; VARELLA, T. C. Evolução da oferta de médicos e enfermeiros no Brasil: disponibilidade do sistema educacional para a formação. Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Rio de Janeiro, 2003. p. 279-292.

PIERANTONI, C. R. Tendências da gestão do trabalho e da educação na saúde na última década. In: França T, Garcia AC, Santos MR, Varella TC, Matsumoto KS. Gestão do trabalho e da Educação em Saúde. 1ª Edição. 156 p. Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/UERJ:ObservaRH, p.67-103, 2012.

PIERANTONI, C. R. Políticas de Gestão do Trabalho e da Educação no Brasil. In: França T, Garcia AC, Santos MR, Varella TC, Matsumoto KS. Gestão do trabalho e da Educação em Saúde. 1ª Edição. 156. Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/UERJ:ObservaRH, p.31-65, 2012a.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. (PNUD). Ranking IDHM Unidades da Federação 2010. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-UF-2010.aspx>>. Acesso em: jan. 2016.

RAMOS, A. S. Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

RAMOS, A. S. Aracaju: em foco o modelo “saúde todo dia” – em debate a residência multiprofissional em saúde coletiva. In: Seminário do projeto integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde, Rio de Janeiro. Gestão em redes: racionalidades e práticas novas de avaliação, formação e participação em saúde. Rio de Janeiro: [s.n.], 2006b.

ROSA, S. D. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. In: Trab.Educ.Saúde, Rio de Janeiro, v.7n.3, p.479-498, nov.2009/fev.2010.

SÁ-SILVA, J.R., ALMEIDA, C.D., GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, ano I, n. I, jul. 2009.

SAMPAIO, L.F.R. Mais uma história de mineiro. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da Saúde da Família no Brasil. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias\\_saude\\_familia\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf)>. Acesso em: jan. 2016.

SCHRAMM, J.M.A.; et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.4, p.897-908, Rio de Janeiro, 2004.

SEIFFERT, O.M.L.B. A formação do enfermeiro: uma aproximação à recente produção científica (2001-2005). *Trabalho, Educação e Saúde*, v.3, n.2, p.331 - 350, 2005. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S1981-77462005000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1981-77462005000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: jan. 2016.

SILVA, C.T. Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. In: *Rev Gaúcha Enferm.* v.35, n.3, p.49-54, set/2014.

SILVA JÚNIOR, A.G, ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: *Modelos de atenção e a saúde da família.* MOROSINI, M.V.G.C./ Organizado por Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D'Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SILVEIRA, A. Residência de Medicina do Trabalho – Programa 2005. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais. Serviço Especial de Saúde do Trabalhador do Hospital de Clínicas/Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador, jan. 2005.

Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – SisCNRMS. Manual do Usuário. 2011. Disponível em: <<http://cnrms.mec.gov.br/>>. Acesso em: jul. 2015.



## ANEXO A - Edital de Convocação Nº 24, de 2 de dezembro de 2009

Nº 234, terça-feira, 8 de dezembro de 2009

Diário Oficial da União - Seção 3

ISSN 1677-7069

141

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO  
E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDEEDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 24, DE 2 DE DEZEMBRO  
DE 2009  
PROGRAMA NACIONAL DE BOLSAS PARA RESIDÊNCIAS  
MULTIPROFISSIONAIS E EM ÁREA PROFISSIONAL DA  
SAÚDE

O SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, do Ministério da Saúde e a SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, do Ministério da Educação, ao uso de suas atribuições, e considerando os termos do Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007, que instituiu a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde (CIGES) e a Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, que instituiu o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, convidam a apresentação de propostas com vistas a seleção de projetos de Instituições Formadoras em conjunto com Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde, a partir da data de publicação deste Edital até o dia 29/01/2010.

1. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES  
A seleção será regida pela Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, e por este Edital.

2. DO OBJETIVO  
O presente Edital tem o objetivo de disciplinar a concessão de bolsas de estudo de pós-graduação lato sensu destinadas a profissionais e em Área Profissional da Saúde, criado com a finalidade de incentivar a formação de especialistas, na modalidade residência multiprofissional e em área profissional da saúde, em campos de atuação estratégicos para o Sistema Único de Saúde - SUS e em regiões prioritárias do país, definidas em comum acordo com os gestores de saúde.

3. DO OBJETO  
O presente edital tem por objeto selecionar propostas para concessão de bolsas para residentes em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Programas de Residência em Área Profissional da Saúde.

Parágrafo primeiro. A Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde constituem modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu destinadas a profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 2 (dois) anos.

Parágrafo segundo. A concessão de bolsas para residentes de que trata este Edital deve incluir Programas desenvolvidos nas seguintes especialidades e áreas temáticas consideradas prioritárias para o financiamento: Atenção Básica/Saúde da Família, Atenção Especializada em Saúde, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Reabilitação Física, Intensive Care, Urgência/Trauma, Alimentação e Nutrição, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Vigilância Sanitária e Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

4. DOS CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE  
4.1. Poderão participar do presente processo de seleção instituições formadoras que desenvolvam atividades em serviços de saúde, atestadas pelo respectivo gestor municipal, estadual ou federal ao qual se vincular os serviços.

4.1.1. As instituições responsáveis pela titulação dos residentes deverão estar formalmente indicadas nos projetos apresentados.  
4.1.2. Os Projetos deverão contemplar Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, abrangendo uma ou mais das seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

4.2. Poderão participar do presente processo de seleção serviços de saúde vinculados a Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde.

4.3. Os projetos deverão ser elaborados e apresentados conjuntamente pelo(s) instituição(ões) formadora(s) e pela Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde, e assinados por seus respectivos dirigentes, com o compromisso de implementá-los em efetiva parceria.

4.4. Os serviços de saúde participantes do Programa devem manifestar assistência institucional em receber os residentes e sua concordância em:

4.4.1. Receber em suas instalações, representante(s) da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS instituída por meio da Portaria Interministerial nº 1.077/2009, com o objetivo de acompanhar a implementação do projeto proposto;

4.4.2. Realizar seminários internos anuais de avaliação do projeto, contando com a participação de preceptores e residentes das áreas temáticas/especialidades envolvidas, bem como representantes da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) da região;

4.4.3. Participar, por meio de seus representantes, de Seminários Estaduais, Regionais ou Nacionais do PROGRAMA NACIONAL DE BOLSAS PARA RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE, coordenados conjuntamente pelo CONASS, CONASEMS, Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES e Secretarias de Ensino Superior - SESu do MEC.

5. DA INSCRIÇÃO NA SELEÇÃO

5.1. O projeto, com os devidos comprovantes, deverá ser enviado em arquivo digital para o endereço eletrônico [ms@su.gov.br](mailto:ms@su.gov.br) e por SEDEX, na forma impressa e em CD, com a identificação do destinatário PROGRAMA NACIONAL DE BOLSAS

mercado de Medicamentos Ltda - EPP foi vencedora do item 04; a empresa Nunes Farmá Distribuidora de Produtos Farmacêuticos Ltda foi vencedora do item 05; a empresa Baramboim e Cia Ltda foi vencedora dos itens 06 a 08.17 a 19.25.31.32 e 33; a empresa Merck Sharp & Dohme Farmacêutica Ltda foi vencedora do item 09; a empresa Autobiódo Pharms Ind Farmacêutica Limitada foi vencedora dos itens 13 e 15; a empresa Ambióticos do Brasil Ltda foi vencedora dos itens 14 e 16; a empresa Germed Farmacêutica Ltda foi vencedora dos itens 22 e 23; a empresa Comercial Cirúrgica Rioclarense Ltda foi vencedora dos itens 33 e 38; a empresa Cristália Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda foi vencedora dos itens 36 e 39; a empresa 53 Med Distribuidora de Medicamentos Ltda foi vencedora do item 40; a empresa Justus Imagem do Brasil Ltda foi vencedora do item 41; a empresa Guebet Produtos Radiológicos Ltda foi vencedora do item 42. Para o item 11, o prego foi deserto e para os itens 01.12.21.24.26.29 e 34, o prego foi frustrado.

NELSON DOS SANTOS

(SIDE - 07/12/2009) 250052-00001-2009NE900010

PREGÃO Nº 182/2009

O Instituto Nacional do Câncer, através do pregoeiro, vem tornar público o resultado de julgamento referente ao prego acima. A empresa CRISTALLA PROD. QUÍM. FARM. LTDA, foi vencedora dos itens 01 e 23; LABORATÓRIO FEITO BRASILEIRO S/A 05.07 e 12; BARENBOIM E CIA LTDA 06.14.31.38.42.43 e 44; COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA 08.10.13.24 e 25; DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS MEDIVITA LTDA 09.39 e 41; FARMACE IND. QUÍMICO-FARMACÊUTICA CEARENSE LTDA 15 e 16; NOVAFARMA IND. FARM. LTDA 17 e 45; MERCK SHARP & DOHME FARM. LTDA 22; HOSPFAR IND. E COM. DE PROD. HOSP. LTDA 28; PRODIET FARM. LTDA 33; LABORATÓRIO NEO QUÍMICA COM. E IND. LTDA 40; ASTRATENGA DO BRASIL LTDA 43 e 49. Os itens 02.04.11.18.19.20.21.26.27.29.33.34.35.36 e 46, foram frustrados; Os itens 03 e 30 foram desertos.

(SIDE - 07/12/2009) 250052-00001-2009NE900010

PREGÃO Nº 206/2009

O Instituto Nacional do Câncer, através do pregoeiro, torna público o resultado de julgamento do prego acima; a empresa SanoF-Aventis Farmacêutica Ltda foi vencedora do item 01; a empresa Geolab Indústria Farmacêutica Ltda foi vencedora dos itens 02 e 24; a empresa Comercial Cirúrgica Rioclarense Ltda foi vencedora dos itens 03.13.17.19 e 36; a empresa Confarma Distribuidora de Medicamentos Ltda foi vencedora dos itens 04 e 20; a empresa Vianello Produtos Farmacêuticos Ltda foi vencedora do item 05; a empresa Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A foi vencedora dos itens 07.08 e 32; a empresa Baramboim e Cia Ltda foi vencedora dos itens 09.10.12.18.17.19 e 31; a empresa Concorde Distribuidora de Medicamentos Ltda foi vencedora do item 15; a empresa Janssen-Cilag Farm. Ltda foi vencedora do item 22; a empresa Central Distribuidora de Medicamentos Ltda foi vencedora do item 25; a empresa Probiog Distribuidora de Medicamentos Ltda foi vencedora do item 28; a empresa Laboratório Teuto Brasileiro S.A foi vencedora do item 35; a empresa Laboratório Pfizer Ltda foi vencedora dos itens 41 e 42. Para os itens 26 e 37, o prego foi deserto e para os itens 06.11.14.16.21.23.30.33.34.38.39 e 40, o prego foi frustrado.

PAULO AUGUSTO DIAS DE OLIVEIRA

(SIDE - 07/12/2009) 250052-00001-2009NE900010

PREGÃO Nº 226/2009

O Instituto Nacional do Câncer, através do pregoeiro, vem tornar público o resultado de julgamento referente ao prego acima. A empresa HALEX STAR IND. FARMACÊUTICA LTDA foi vencedora do item 02; a empresa UNIAO QUÍMICA FARMACÊUTICA NACIONAL S/A foi vencedora do item 06; a empresa GERMED FARMACÊUTICA LTDA foi vencedora do item 07; a empresa BARENBOIM S.A foi vencedora dos itens 08 e 21; a empresa EXPRESSA DIST DE MEDICAMENTOS LTDA foi vencedora do item 12; a empresa AGLON COM. E REP. LTDA foi vencedora do item 14; a empresa PRODIET FARMACÊUTICA LTDA foi vencedora do item 16; a empresa NOVARTIS BIOCÊNCIAS S.A foi vencedora do item 17; a empresa CELLOFARM LTDA foi vencedora do item 19 e a empresa PRODUTOS ROCHE QUÍMICOS E FARMACÊUTICOS S/A foi vencedora dos itens 22 e 24. Pa os itens 01.03.04.05.09.11.13.15.18.20 e 23 o prego foi frustrado e para os itens 10 e 25 o prego foi deserto.

RENATA DIAS FERREIRA QUINTANILHA

(SIDE - 07/12/2009) 250052-00001-2009NE900010

PREGÃO Nº 257/2009

O Instituto Nacional do Câncer, através do pregoeiro, torna público o resultado de julgamento do prego acima; a empresa Alban Ind e Com. de Embalagens Plásticas, ASS foi vencedora dos itens 01 e 03.06 e 08. 16 e 18; a empresa Ajardy Distribuidora de Produtos Ltda foi vencedora do item 06; a empresa Ferraz Com. e Representações Ltda foi vencedora dos itens 09 e 13; a empresa Ricomar 2001 Distribuidora de Alimentos e Doces/Laticínios Ltda foi

vencedora do item 10; a empresa Sada Produtos de Limpeza Ltda foi vencedora do item 11; a empresa Ferreira Sanches Com. e Serviços de Produtos de Limpeza foi vencedora do item 12; a empresa Guimaraes Comercial Empreendimentos Industriais Ltda - ME foi vencedora dos itens 14 e 15. Para o item 05, o prego foi frustrado.

(SIDE - 07/12/2009) 250052-00001-2009NE900010

PREGÃO Nº 260/2009

O Instituto Nacional do Câncer, através do pregoeiro, vem tornar público o resultado de julgamento referente ao prego acima. A empresa A. DE OLIVEIRA FORTUNA foi vencedora dos itens 01 e 02.

NELSON DOS SANTOS

(SIDE - 07/12/2009) 250052-00001-2009NE900010

PREGÃO Nº 261/2009

O Instituto Nacional do Câncer, através do pregoeiro, vem tornar público o resultado de julgamento referente ao prego acima. A empresa BECTON DICKINSON IND. CIRURGICAS LTDA foi vencedora do item 03; a empresa CCL CENTRAL DE CURATIVOS E PROD. ESPECIALIZADOS LTDA foi vencedora dos itens 01 e 08; a empresa CONEXÃO COM. E REP DE MATERIAL HOSPITALAR, foi vencedora dos itens 02.04.05.06 e 07 e a empresa D-MED MAT MEDICO LABORATORIAL LTDA foi vencedora do item 09.

(SIDE - 07/12/2009) 250052-00001-2009NE900010

PREGÃO Nº 265/2009

O Instituto Nacional do Câncer, através do pregoeiro, vem tornar público o resultado de julgamento referente ao prego acima. A empresa H.G ARTES GRAFICAS E FOTOLITOS LTDA foi vencedora do item 01. Para os itens 02 e 03 o prego foi deserto.

RENATA DIAS FERREIRA QUINTANILHA

(SIDE - 07/12/2009) 250052-00001-2009NE900010

PREGÃO Nº 268/2009

O Instituto Nacional do Câncer, através do pregoeiro vem tornar público o resultado de julgamento referente ao prego acima. A empresa FRENESUS KABI BRASIL LTDA, foi vencedora do item 02, o item 01 foi frustrado.

PAULO AUGUSTO DIAS DE OLIVEIRA

(SIDE - 07/12/2009) 250052-00001-2009NE900010

PREGÃO Nº 270/2009

O Instituto Nacional do Câncer, através do pregoeiro, vem tornar público o resultado de julgamento referente ao prego acima. A empresa BIG HOSPITALAR ASSISTÊNCIA A HOSPITAIS LTDA foi vencedora dos itens 01.02, 03 e 04 (Grupo 01); a empresa INCMED LTDA ME foi vencedora dos itens 07.06 e 07 (Grupo 02); 08.09.10.11.12.13.14 e 15(Grupo 03); 16.17.18 e 19 (Grupo 04) e 20.21.22 e 23 (Grupo 05). Para o item 24 o prego foi deserto.

RENATA DIAS FERREIRA QUINTANILHA

(SIDE - 07/12/2009) 250052-00001-2009NE900010

PREGÃO Nº 271/2009

O Instituto Nacional do Câncer, através do pregoeiro, torna público o resultado de julgamento do prego acima; a empresa Conselho Com. e Representação de Materiais Hospitalares foi vencedora do item 01; a empresa Becton Dickinson Ind. Cirúrgicas Ltda foi vencedora do item 04; a empresa 3M do Brasil Ltda foi vencedora do item 05. Para os itens 02 e 03, o prego foi frustrado.

(SIDE - 07/12/2009) 250052-00001-2009NE900010

PREGÃO Nº 273/2009

O Instituto Nacional do Câncer, através do pregoeiro vem tornar público o resultado de julgamento referente ao prego acima. A empresa INSTRUMENTOS CIRURGICOS PRIS-CILLA LTDA ME foi vencedora do item 07. Os itens 01 e 08 foram frustrados e os itens 02.03.04.05 e 09 foram desertos.

NELSON DOS SANTOS

(SIDE - 07/12/2009) 250052-00001-2009NE900010

PREGÃO Nº 280/2009

O Instituto Nacional do Câncer, através do pregoeiro, torna público o prego acima fora frustrado.

RENATA DIAS FERREIRA QUINTANILHA

(SIDE - 07/12/2009) 250052-00001-2009NE900010

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>, pelo código 00032009120800141

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

continua





#### PARA RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE, no envelope, para o seguinte endereço:

Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde - Esplanada dos Ministérios - Bloco G, Edifício sede, 7º andar, sala 725 - CEP: 70058-900 - Brasília - DF

5.2. O prazo de postagem via SEDEX, de até o dia 29/01/2010.

5.3. O prazo para recebimento por via eletrônica, do projeto, será até as 23 horas e 59 minutos do dia 29/01/2010, horário de Brasília.

#### 6. DA ELABORAÇÃO DOS PROJETOS

6.1. Os projetos deverão atender aos termos da Portaria Interministerial nº 1.077/2009 e do presente Edital.

6.2. Os projetos deverão estar de acordo com o modelo apresentado no Anexo I deste Edital, contendo o diagnóstico da situação atual dos programas nas áreas temáticas/especialidades envolvidas e dos serviços de saúde que participam como cenários da formação, bem como os objetivos, metas, atividades previstas, resultados esperados, estratégias e indicadores de acompanhamento e avaliação.

6.3. Cada projeto deverá indicar um coordenador, designado em comum acordo pelos gestores das instituições formadoras e da Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde.

6.4. Os projetos deverão conter informações relevantes sobre a instituição proponente e o(s) serviço(s) de saúde local(is) envolvido(s) na formação, considerando-se para tanto a justificativa e motivação para sua implementação conjunta. Estas informações incluirão o corpo do projeto, devendo ser apresentadas em até 4 (quatro) folhas.

6.5. Cada instituição deverá apresentar um único projeto, com período de duração inicial máximo equivalente ao número de anos do programa de residência previsto para apoio, e vir acompanhada de declaração conjunta com a Secretaria da Municipal ou Estadual de Saúde, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, de forma a contemplar os seguintes eixos norteadores:

6.5.1. Caso o projeto envolva pleito referente a mais de um programa de residência, o apoio solicitado deverá referir-se a cada programa, devendo constar o número de anos correspondente a duração prevista para seu desenvolvimento.

6.6. As propostas deverão ser orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, de forma a contemplar os seguintes eixos norteadores:

I - cenários de educação em serviço representativos da realidade socio-epidemiológica do país;

II - conceito ampliado de saúde;

III - política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS;

IV - abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho;

V - estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar;

VI - integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde;

VII - integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde;

VIII - integração dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área de saúde;

IX - articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas para o SUS - PRO-RESIDÊNCIA, instituído pela Portaria Interministerial nº 1.001/2009, e com as áreas de intervenção em saúde relacionadas nos Editais de Convocação nº 7 e nº 8/2009, referentes a esse Programa;

X - descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;

XI - estabelecimento de sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando o desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas a sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS;

XII - integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema.

6.7. Os projetos deverão ser apresentados às Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), previstas na Lei nº 8.080/1990 e na Portaria GM/MS nº 1.996/2007, nos locais onde já estejam constituídas, e pactuadas nas Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e Conselhos Municipais de Saúde (CMS), mesmo que ad referendum, cujos pareceres deverão ser anexados posteriormente.

6.8. O projeto deverá ter, no máximo, 15 folhas, com letra tipo "arial" 12, espaço entre linhas 1,5.

#### 7. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E DE DESEMPATE

7.1. O processo de seleção consistirá em verificar se a instituição proponente atende às exigências e requisitos técnicos aqui descritos. A instituição proponente deverá observar todas as instruções e condições contidas neste Edital. A inobservância quanto às informações solicitadas poderá constituir motivo de rejeição do pleito.

7.2. A seleção será executada por um grupo técnico designado pela SGTES/MS e pela SESu/MEC. A fim de contribuir no processo de análise da proposta, a comissão de seleção poderá:

I - solicitar a instituição proponente esclarecimentos sobre sua proposta. O requerimento para esclarecimento e a resposta deverão ser feitos por e-mail, telegrama ou fax.

II - contar e/ou visitar as instalações indicadas pela instituição em sua proposta, bem como promover quaisquer outras diligências que entenda necessárias. As instituições deverão empreender esforços para facilitar a resolução de tais diligências.

7.3. A Comissão de Seleção levará em consideração na análise e seleção dos projetos:

7.3.1. Demonstração de que a iniciativa é produto de pactuação com as esferas de gestão do SUS, respondendo às necessidades de saúde, e que exista cartaz na região proponente de desenvolvimento do projeto na especialidade/área temática apresentada (total de 25 pontos, distribuídos entre os subitens abaixo):

a) comprovação da pactuação com os gestores do SUS (até 10 pontos);

b) demonstração da necessidade de formação de especialistas na especialidade/área temática apresentada na região (até 10 pontos);

c) estar localizada nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, consideradas estratégicas na política de saúde do país (5 pontos).

7.3.2. Abordagem de conteúdos e emprego de cenários da formação compatíveis e correspondentes aos eixos de prática envolvidos na linha de cuidado na área de intervenção em que se insere a proposta (até 25 pontos);

7.3.3. Coerência e sinergia entre o pleito de apoio à formação de especialistas contido no projeto e o compromisso do gestor com a implementação da linha de cuidado na área de intervenção em que se insere a especialidade, pela demonstração de (total de 20 pontos, distribuídos entre os subitens abaixo):

a) existência de dispositivos e/ou políticas de fixação dos profissionais formados no Estado/Município (até 8 pontos);

b) oferta de programas de qualificação para preceptores que atuam em programas de formação nessa especialidade (até 6 pontos);

c) prioridade conferida a área de intervenção em que a especialidade se insere em seu plano de educação permanente no Estado ou Município (até 6 pontos);

7.3.4. Demonstração de mecanismos de integração do projeto proposto com outras ações estratégicas em educação na saúde: PRO-RESIDÊNCIA, PRO-SAÚDE, FET-Saúde, TELESSAÚDE Brasil,

UNASUS, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, entre outras (até 10 pontos).

7.3.5. Demonstração da viabilidade de manutenção da qualidade do programa, com destaque para recursos humanos e infraestrutura existentes (até 10 pontos);

7.3.6. Emprego de práticas de avaliação que denotem compromisso com a qualidade do programa de residência proposto (até 5 pontos);

7.3.7. Pertinência das estratégias pedagógicas e dos mecanismos de incorporação do projeto no cotidiano das instituições proponentes (até 5 pontos);

7.4. Em caso de empate serão consideradas, como critérios para o desempate, a pontuação obtida em cada subitem fixado no item 7.3. na ordem em que se apresentam.

#### 8. DO ORÇAMENTO E DOS RECURSOS

8.1. As despesas decorrentes do PROGRAMA NACIONAL DE BOLSAS PARA RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE serão financiadas com recursos da programação orçamentária do Ministério da Saúde, por meio da Funcional Programática 10.364.1436.628.0001 - Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Lato Sensu em Áreas Estratégicas para o Sistema Único de Saúde - SUS.

8.2. As bolsas para residentes terão o valor de R\$ 1.916,45 (um mil, novecentos e sessenta e seis reais e quarenta e cinco centavos), em regime especial de reinvestimento em serviço, de 60 (sessenta) horas semanais, equiparado ao valor da bolsa de Residência Médica, fixado pela Lei nº 11.381 de 1º de dezembro de 2006.

8.3. Caso haja alteração (desistência, afastamento, nova inclusão) na participação de residentes no decorrer do projeto, o coordenador, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, deverá comunicar tal ocorrência, via ofício, ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde/SGTES/MS.

#### 9. DO RESULTADO

O resultado da seleção será publicado no Diário Oficial da União - DOU até a data prevista de 13 de fevereiro de 2010.

#### 10. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1. As instituições proponentes serão responsáveis pelo subseqüente cadastramento do(s) programa(s) no Sistema Eletrônico do Ministério da Educação (no caso de programas ainda não cadastrados), dentro de prazo regulamentar a ser estabelecido, com vistas a análise para credenciamento pela CNRMS/MEC, etapa imprescindível para a concessão das bolsas previstas.

10.2. Os recursos de recursos financeiros serão condicionados ao cadastro dos contemplados no Sistema de Informações Gerenciais do PROGRAMA NACIONAL DE BOLSAS PARA RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE, que deverá ser atualizado mensalmente pelo coordenador do Projeto.

10.3. A SGTES/MS e a SESu/MEC reservam-se o direito de resolver os casos omissos e as situações não previstas neste Edital.

10.4. Fica estabelecido o foro da cidade de Brasília, Distrito Federal, para dirimir questões oriundas da execução do presente Edital.

FRANCISCO EDUARDO DE CAMPOS

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

MARIA PAULA DALLARI BUCCI  
Secretária da Educação Superior

#### ANEXO I Modelo de Apresentação dos Projetos do PROGRAMA NACIONAL DE BOLSAS PARA RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

I. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
PropONENTE:	CNPJ:		
Endereço:	CEP:		
Município:	UF:		
DDD/Tel.:	DDD/Fax:		
E-mail:	Homepage:		
CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE:			
Representante Legal:	CPF:		
Cargo:	Função:	Identidade / Órgão Expedidor:	
Endereço Residencial:	CPF:	DDD/Telefone:	
Assinatura:			
NOME E FUNÇÃO DO(A) COORDENADOR(A) DO PROJETO PROPONENTE:			
CPF:	Endereço para correspondência do coordenador:		
DDD/Telefone:	DDD/Cellular:	DDD/Fax:	E-mail:
Assinatura:			
NOME E FUNÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO DE ELABORAÇÃO DO PROJETO:			
SECRETARIA MUNICIPAL OU ESTADUAL DE SAÚDE			
Instituição:	CNPJ:	DDD/Tel.:	
Endereço Municipal:	E-mail:	Fax:	
Secretaria(s) de Saúde:	UF:		
Nome:			
Endereço:			
Telefone fixo e celular com DDD:			
II. DETALHAMENTO DO PROJETO			
III. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO			

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>, pelo código 00032009120800142

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.





## PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL OU EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE (especialidade):

TIPO DE PROPOSTA: ABERTURA DE NOVO PROGRAMA ( )

PROGRAMA JA EM DESENVOLVIMENTO ( )

TÍTULO DO PROJETO:

3.1 SITUAÇÃO ATUAL

3.2 OBJETIVOS DO PROJETO

3.3 JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO

3.4 PLANO DE TRABALHO (metas, atividades previstas, resultados esperados, estratégias e indicadores de acompanhamento e avaliação)

3.5 NÚMERO DE BOLSAS SOLICITADAS

3.7 DISTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA AFETIVO SOLICITADO

4. RESUMO DO PROJETO (máximo de 300 palavras)

Síntese dos componentes do projeto (incluindo, se for o caso, demandas de mais de um programa de residência da instituição)

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
INSTITUTO EVANDRO CHAGASAVISO DE LICITAÇÃO  
PREGÃO Nº 99/2009

Objeto: Pregão Eletrônico - A presente licitação tem como objeto a aquisição de EQUIPAMENTOS PARA LABORATORIOS (constante nos PBS SEBIO 57/2009 e SAMAM 72.86.99.10/2009), para atender as Seções de Biotério e Meio Ambiente do Instituto Evandro Chagas. Total de Itens Licitados: 00008 - Edital: 08/12/2009 de 08h00 as 11h30 e de 13h as 16h30. ENDEREÇO: Rodovia Br 316, Km 07, S/N, Levidândia - ANANDEUA - PA. Entrega das Propostas: a partir de 08/12/2009 as 08h00 no site www.comprasnet.gov.br. Abertura das Propostas: 23/12/2009 as 10h00 no site www.comprasnet.gov.br. Informações Gerais: O Edital poderá ser adquirido através do endereço eletrônico: www.comprasnet.gov.br.

DANIEL PORTAL CANTANHEIDE  
Procurador

(SICDE - 07/12/2009)

## Ministério das Cidades

SECRETARIA EXECUTIVA  
SUBSECRETARIA DE PLANEJAMENTO,  
ORÇAMENTO E ADMINISTRAÇÃO  
COORDENAÇÃO-GERAL DE RECURSOS  
LOGÍSTICOS

## EXTRATO DO CONTRATO Nº 33/2009

Nº Processo: 8000030793200977. Contratante: MINISTERIO DAS CIDADES - CNPJ Contratado: 0736061000121. Contratado: CRESTIANE DE SOUZA LENDENGUE - ME-Objeto: Aquisição de 10 (dez) frigobares e 15 (quinze) fones de microondas, de acordo com as especificações constantes no Edital do Pregão Eletrônico para Registro de Preços nº 03/2009 e da Ata de Registro de Preços nº 09/2009, ambas do Ministério das Relações Exteriores, e neste Contrato. Fundamento Legal: Lei nº 10.520/2002, Dec. nº 3931/2001, 5450/2005, Lei nº 4312/2002 e Lei nº 8666/1993. Vigência: 04/12/2009 a 03/12/2010. Valor Total: R\$11.439,05. Fonte: 100000000 - 2009NE902980. Data de Assinatura: 04/12/2009.

(SICON - 07/12/2009) 560010-00001-2009NE900056

## EXTRATO DO CONTRATO Nº 34/2009

Nº Processo: 8000030793200977. Contratante: MINISTERIO DAS CIDADES - CNPJ Contratado: 0629832000133. Contratado: DAKOTA COMERCIO DE ELETRONICOS LTDA. Objeto: Aquisição de 15 (quinze) máquinas de café, de acordo com as especificações constantes no Edital do Pregão Eletrônico para Registro de Preços nº 03/2009 e da Ata de Registro de Preços nº 06/2009, ambas do Ministério das Relações Exteriores, e neste Contrato. Fundamento Legal: Lei 10520/2002, Dec. 3931/2001, 5450/2005, Lei 4312/2002 e Lei 8666/1993. Vigência: 04/12/2009 a 03/12/2010. Valor Total: R\$15.600,00. Fonte: 100000000 - 2009NE902981. Data de Assinatura: 04/12/2009.

(SICON - 07/12/2009) 560010-00001-2009NE900056

## EXTRATO DO CONTRATO Nº 35/2009

Nº Processo: 8000030793200977. Contratante: MINISTERIO DAS CIDADES - CNPJ Contratado: 0164226000159. Contratado: TREVISO COMERCIO DE ALIMENTOS LTDA. Objeto: Aquisição de 16 (dezesseis) Refrigeradores, de acordo com as especificações constantes no Edital do Pregão Eletrônico para Registro de Preços nº 08/2009 e da Ata de Registro de Preços nº 14/2009, ambas do Ministério da Justiça, e neste Contrato. Fundamento Legal: Lei 10520/2002, Dec. 3931/2001, 5450/2005, Lei 4312/2002 e Lei 8666/1993. Vigência: 04/12/2009 a 03/12/2010. Valor Total: R\$16.431,00. Fonte: 100000000 - 2009NE902982. Data de Assinatura: 04/12/2009.

(SICON - 07/12/2009) 560010-00001-2009NE900056

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/nutricao.html>, pelo código 00052009120800143AVISOS DE LICITAÇÃO  
PREGÃO Nº 25/2009

Objeto: Pregão Eletrônico - Contratação de empresa especializada em serviços técnicos de operação, manutenção preventiva e corretiva de 04 (quatro) elevadores, com fornecimento de peças, a ser executado no Ministério das Cidades. Total de Itens Licitados: 00001 - Edital: 08/12/2009 de 08h00 as 12h00 e de 13h as 17h00. ENDEREÇO: Ww.comprasnet.gov.br/Brasilia - BRASILIA - DF. Entrega das Propostas: a partir de 08/12/2009 as 08h00 no site www.comprasnet.gov.br. Abertura das Propostas: 18/12/2009 as 10h00 no site www.comprasnet.gov.br.

FRANCIELE CRISTINA MOHL  
Procurador

(SICDE - 07/12/2009) 560010-00001-2009NE900056

## PREGÃO Nº 26/2009

Objeto: Pregão Eletrônico - Prestação de serviços de telefonia móvel pessoal - SMP, nas modalidades: Longa Distância Nacional - LDN e Longa Distância Internacional - LDI, originadas nas estações móveis permanentes no Ministério das Cidades, no sistema pré-pago, conforme especificações de Termo de Referência - Anexo I do edital e demais anexos. Total de Itens Licitados: 00002 - Edital: 08/12/2009 de 08h00 as 12h00 e de 13h as 17h00. ENDEREÇO: Ww.comprasnet.gov.br/Brasilia - BRASILIA - DF. Entrega das Propostas: a partir de 08/12/2009 as 08h00 no site www.comprasnet.gov.br. Abertura das Propostas: 18/12/2009 as 10h00 no site www.comprasnet.gov.br.

JEAN CARLOS SANTOS CRISPIM  
Procurador

(SICDE - 07/12/2009) 560010-00001-2009NE900056

## DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

## EXTRATO DO CONTRATO Nº 1/2009

PROCESSO Nº 80000322658/2009-58 - ESPECIE: Contrato nº 1/2009. PARTICIPES: Ministério das Cidades por meio de Departamento Nacional de Trânsito - DENATRAN. CNPJ 01.465.986/0001-99, e o Serviço Federal de Processamento de Dados - SERPRO. CNPJ 33.683.111/0001-07. OBJETO: O presente Contrato tem como objeto a prestação de serviços especializados e contínuos em Tecnologia da Informação - TI para atender os sistemas: Registro Nacional de Veículos Automotores - RENAVAL, Registro Nacional de Cartões de Habilitação - RENACH, Registro Nacional de Infrações de Trânsito - RENANF, Sistema de Certificação de Segurança Veicular - SISCV, Respostas Judiciais de Veículos Automotores - RENAJUD e Sistema de Vitória de Veículos - ECV. VALOR: O valor total dos serviços é estimado em R\$ 89.368.685,94 (oitenta e nove milhões, trezentos e sessenta e oito mil, seiscentos e cinquenta e cinco reais e noventa e quatro centavos) sendo R\$ 7.500.000,00 (sete milhões e quinhentos mil reais) para o período de 26 de novembro a 31 de dezembro de 2009 e R\$ 81.868.685,94 (oitenta e nove milhões, oitocentos e sessenta e um mil, seiscentos e cinquenta e cinco reais e noventa e quatro centavos) para o período de 01/01/2010 a 25/11/2010. VIGÊNCIA: vigorará por 60 (sessenta) meses a partir de sua assinatura. DATA DA ASSINATURA: 26 de novembro de 2009. SIGNATARIOS: ALFREDO PERES DA SILVA, Diretor do Departamento Nacional de Trânsito, MARCOS VINÍCIUS FERRERA MAZONI, Diretor Presidente do Serviço Federal de Processamento de Dados.

## COMPANHIA BRASILEIRA DE TRENS URBANOS

## EXTRATO DE CONTRATO

ESPECIE: Contrato nº 018-2009/DA. PROT. 7823/09. OBJETO: A contratação de serviços técnicos especializados em tecnologia da informação - TI, atendendo as necessidades da Administração Central, bem como de suas Superintendências Regionais e Escritórios, conforme especificados nos serviços a serem realizados, considerando-se como a configuração, intervenção corretiva de problemas bem como o acompanhamento e manutenção preventiva. Os serviços serão realizados no Rio de Janeiro, independente de quais as unidades com problemas, ou seja, remotamente. A CBTU tem Superintendências em Natal, Macaé, João Pessoa, Recife e Belo Horizonte. VALOR: R\$139.190,76 (cento e trinta e nove mil, cento e noventa e nove reais e setenta e seis centavos). PRAZO: 36 (trinta e seis)

meses. DATA DA ASSINATURA: 04 de dezembro de 2009. ELEMENTO DE DESPESA: 339039 - CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL-PROGRAMÁTICA: 111211950270001. PLANO DE TRABALHO: AIDEF08. CATEGORIA ECONÔMICA: Custeio. CONTRATANTE: CBTU - Companhia Brasileira de Trens Urbanos. CONTRATADA: Logica Tecnologia Ltda. ME. SIGNATARIOS: CBTU: Diretor Presidente: Eltonaldo Maurício Magalhães Moraes; Diretor de Administração e Finanças: Davidson Tolestanto de Almeida; SIGNATARIO LOGICA: Simone Pereira.

## EXTRATO DE INSTRUMENTO CONTRATUAL

ESPECIE: Termo de Alteração nº 03 do Convênio nº 008-2007/DT. PROT. 15888/09. OBJETO: Substituir o Plano de Trabalho do Termo de Alteração nº 02 do Convênio 008-2007/DT. DATA DA ASSINATURA: 30 de novembro de 2009. CONCEDENTE: Companhia Brasileira de Trens Urbanos - CBTU. SIGNATARIOS: Diretor Presidente: Eltonaldo Maurício Magalhães Moraes; Diretor Técnico: Marcus Vinicius Quintella Cury. CONVENIENTE: Companhia Metropolitana de São Paulo - Metrô. SIGNATARIOS: Diretor Presidente: José Jorge Fagali; Diretor de Engenharia e Construção: Luiz Carlos Pereira Grillo. INTERVENIENTE: Secretaria de Estado dos Transportes Metropolitanos. SIGNATARIO: José Luiz Portela Pereira.

SUPERINTENDÊNCIA DE TRENS URBANOS  
DE BELO HORIZONTE

## EXTRATO DE TERMO ADITIVO

TERMO ADITIVO Nº 001 CONTRATO Nº 050/CBTU/ME-TROBH/2007. CONTRATANTE: COMPANHIA BRASILEIRA DE TRENS URBANOS - CBTU. CONTRATADA: MEDICINA EMPRESARIAL LTDA. OBJETO: Prorrogação do prazo. FUNDAMENTO LEGAL: art. 57, parágrafo 1º, inciso III da Lei nº 8.666/93. PROCESSO: PRC-3007/2009. DATA DE ASSINATURA: 27.11.09. SIGNATARIOS: Pela CBTU - José Roisainbrach e Lister César Nascimento. Pela CONTRATADA: José Jacinto Chaves.

AVISO DE HOMOLOGAÇÃO  
TOMADA DE PREÇOS Nº 12/2009

Objeto: contratação de serviços especializados de engenharia para manutenção na infra-estrutura da faixa de domínio da via permanente da CBTU. Empresa vencedora: SINARCO EMPREENDIMENTOS E CONSTRUÇÕES LTDA, com o valor global de R\$ 962.588,60 (Novecentos e sessenta e dois mil, quinhentos e oitenta e oito reais, sessenta centavos).

## COMISSÃO DE LICITAÇÃO

SUPERINTENDÊNCIA DE TRENS URBANOS  
DE JOÃO PESSOAEXTRATO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO  
Nº 2/2009

Data: 03/12/2009. Contratada: Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial. Objeto: Treinamento para formação de operador de empilhadeira para 2 (dois) empregados da STU-JOP/CBTU. Valor: R\$ 140,00. Fundamento Legal: Art. 25 inciso II c/c Art. 13 - Inciso VI.

## EXTRATO DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 5/2009

ESPECIE: Registro de Preços 05/2009. Objeto: Aquisição de material elétrico. CONTRATANTE: Companhia Brasileira de Trens Urbanos - STU-JOP/CBTU. CONTRATADA: Lumina Comercial Elétrica Ltda - EPP. Valor total R\$ 23.956,00. Data de assinatura: 03/11/2009. Modalidade de Licitação: Pregão Eletrônico nº 005/2009 - GELIC/STU-JOP/CBTU. Vigência: 12 (doze) meses.

## EXTRATO DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 8/2009

ESPECIE: Registro de Preços 008/2009. Objeto: Aquisição de equipamentos de informática. CONTRATANTE: Companhia Brasileira de Trens Urbanos - STU-JOP/CBTU. CONTRATADA: Portal Distribuidora de Informática Ltda. Valor total para aquisição de dois Notebooks R\$ 3.796,00. Data da assinatura: 30/10/2009. CONTRATADA: Avitech Tecnologia em Informática Ltda. Valor total para aquisição de Kit Upgrade R\$ 3.332,90. Data da assinatura: 30/10/2009. Modalidade de Licitação: Pregão Eletrônico nº 008/2009 - GELIC/STU-JOP/CBTU. Vigência: 12 (doze) meses.

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.





**EXTRATO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 57/2011 - UASG 250052**

Nº Processo: 25410.00087/2011. Objeto: PROCABAZINA 30 mg Total de Itens Licitados: 0001. Fundamento Legal: Art. 23º, inciso I da Lei nº 8.666 de 21/06/1993. Justificativa: Medicamento utilizado em tumores cerebrais, sem alternativas de outro esquema. Declaração de Inexigibilidade em 01/11/2011. ANDRÉ TADEU HILSENHARDI DE SA, Coordenador de Administração Geral, Ratificação em 01/11/2011. LEIZ ARAÚJO DE MATTOS JUNIOR, Diretor Geral - Substituto. Valor Global: R\$ 13.554,60. CNPJ CONTRATADA: Estrangero SIOMA TAU IND. FARM. REUNITE S.P.A.

(SISDEC - 07/11/2011) 250052-00001-2011NB00003

**AVISOS DE LICITAÇÃO  
PREGÃO Nº 209/2011 - UASG 250052**

Nº Processo: 25410.00291/2011. Objeto: Pregão Eletrônico - Aquisição DE CILINDRO CALIBRADO DE 45AS E OUTROS - 25410.00291/2011 Total de Itens Licitados: 00050. Edital: 08/11/2011 de 08h00 às 17h00. Endereço: Rua Marques de Pombal, 125, 8º Andar Centro - RIO DE JANEIRO - RJ. Entrega das Propostas a partir de 08/11/2011 às 08h00 no site www.comprasnet.gov.br. Abertura das Propostas: 25/11/2011 às 09h00 no site www.comprasnet.gov.br. Informações Gerais: Acessar os sites www.comprasnet.gov.br ou www.inca.gov.br para retirar o edital.

(SISDEC - 07/11/2011) 250052-00001-2011NB00003

**PREGÃO Nº 209/2011 - UASG 250052**

Nº Processo: 25410.00277/2011. Objeto: Pregão Eletrônico - Aquisição de luvax procedimento não estéril e Outros. (proc. 2774/2011) Total de Itens Licitados: 00004. Edital: 08/11/2011 de 08h00 às 17h00. Endereço: Rua Marques de Pombal, 125, 8º Andar Centro - RIO DE JANEIRO - RJ. Entrega das Propostas a partir de 08/11/2011 às 08h00 no site www.comprasnet.gov.br. Abertura das Propostas: 23/11/2011 às 14h00 no site www.comprasnet.gov.br. Informações Gerais: Acessar os sites www.comprasnet.gov.br ou www.inca.gov.br para retirar o edital.

(SISDEC - 07/11/2011) 250052-00001-2011NB00003

**PREGÃO Nº 210/2011 - UASG 250052**

Nº Processo: 25410.00302/2011. Objeto: Pregão Eletrônico - Aquisição de copo com tampo exterior e Outros. Total de Itens Licitados: 00003. Edital: 08/11/2011 de 08h00 às 17h00. Endereço: Rua Marques de Pombal, 125, 8º Andar Centro - RIO DE JANEIRO - RJ. Entrega das Propostas a partir de 08/11/2011 às 08h00 no site www.comprasnet.gov.br. Abertura das Propostas: 24/11/2011 às 09h00 no site www.comprasnet.gov.br. Informações Gerais: Acessar os sites www.comprasnet.gov.br ou www.inca.gov.br para retirar o edital.

(SISDEC - 07/11/2011) 250052-00001-2011NB00003

**PREGÃO Nº 211/2011 - UASG 250052**

Nº Processo: 25410.00070/2011. Objeto: Pregão Eletrônico - Aquisição de grupo motor endônisco contante de 60mm e outros - 25410.00070/2011 Total de Itens Licitados: 00050. Edital: 08/11/2011 de 08h00 às 17h00. Endereço: Rua Marques de Pombal, 125, 8º Andar Centro - RIO DE JANEIRO - RJ. Entrega das Propostas a partir de 08/11/2011 às 08h00 no site www.comprasnet.gov.br. Abertura das Propostas: 24/11/2011 às 09h00 no site www.comprasnet.gov.br. Informações Gerais: Acessar os sites www.comprasnet.gov.br ou www.inca.gov.br para retirar o edital.

(SISDEC - 07/11/2011) 250052-00001-2011NB00003

**PREGÃO Nº 212/2011 - UASG 250052**

Nº Processo: 25410.00154/2011. Objeto: Pregão Eletrônico - Aquisição de almofada para carimbo e Outros. (Proc. 1545/2011). Total de Itens Licitados: 00082. Edital: 08/11/2011 de 08h00 às 17h00. Endereço: Rua Marques de Pombal, 125, 8º Andar Centro - RIO DE JANEIRO - RJ. Entrega das Propostas a partir de 08/11/2011 às 08h00 no site www.comprasnet.gov.br. Abertura das Propostas: 25/11/2011 às 09h00 no site www.comprasnet.gov.br. Informações Gerais: Acessar os sites www.comprasnet.gov.br ou www.inca.gov.br para retirar o edital.

**BULLO AUGUSTO DIAS DE OLIVEIRA  
Programa**

(SISDEC - 07/11/2011) 250052-00001-2011NB00003

**SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO  
E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

**EXTRATOS DE CONVÊNIOS**

Espólio: Convênio Nº 709615/2009. Conveniente: CONCORDE - MINISTÉRIO DA SAÚDE, Unidade Gestora: 257001, Gestor: 00001. Conveniente: ASSOCIAÇÃO HOSPITAL BOM PASTOR LUIJ, CNPJ nº 92.004.225/0001-34. Interveniante: ASSOCIAÇÃO HOSPITAL BOM PASTOR LUIJ, CNPJ nº 92.004.225/0001-34. Atuação

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.gov.br/transparencia/br/>, pelo código 0002011110800133

de material de consumo médico-hospitalar necessários e suficientes a prover a oferta de ações e serviços públicos de saúde à população em geral. Valor Total: R\$ 100.000,00. Crédito Operacional: PTRHS: 3292. Fonte Recurso: 0153000000, NE: 33504, Num Empenho: 2011NB000130. Crédito Operacional: PTRHS: 27879. Fonte Recurso: 0151000000, NE: 33504, Num Empenho: 2009NB900290. Vigência: 07/11/2011 a 06/10/2012. Data de Assinatura: 07/11/2011. Signatário: CONCORDE: MARCIA BASSIT LAMIEIRO DA COSTA MAZZOLI, CPF nº 059.857.811-00, Conveniente: CAKEMIM AMORIM DA SILVA LUCCHESI, CPF nº 192.729.364-04, Interveniante: GUSTAVO ARNO DREWS, CPF nº 126.542.980-72.

(SISCONV - 07/11/2011)

Espólio: Convênio Nº 704006/2009. Conveniente: CONCORDE: MINISTÉRIO DA SAÚDE, Unidade Gestora: 257001, Gestor: 00001. Conveniente: ASSOCIAÇÃO HOSPITAL BOM PASTOR LUIJ, CNPJ nº 92.004.225/0001-34. Interveniante: ASSOCIAÇÃO HOSPITAL BOM PASTOR LUIJ, CNPJ nº 92.004.225/0001-34. AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE. Valor Total: R\$ 100.000,00. Crédito Operacional: PTRHS: 21823. Fonte Recurso: 0151000000, NE: 44504, Num Empenho: 2011NB001165. Vigência: 07/11/2011 a 25/09/2012. Data de Assinatura: 07/11/2011. Signatário: CONCORDE: MARCIA BASSIT LAMIEIRO DA COSTA MAZZOLI, CPF nº 059.857.811-00, Conveniente: CAKEMIM AMORIM DA SILVA LUCCHESI, CPF nº 192.729.364-04, Interveniante: GUSTAVO ARNO DREWS, CPF nº 126.542.980-72.

(SISCONV - 07/11/2011)

**EXTRATO DE TERMO ADITIVO**

Espólio: Termo Aditivo Nº 00003/2011 ao Convênio Nº 713771/2009. Conveniente: CONCORDE: MINISTÉRIO DA SAÚDE, Unidade Gestora: 257001, Gestor: 00001. Conveniente: LÍDIA RAJIANA CONTRA O CâNCER HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ, CNPJ nº 13.181.961/0001-00. Interveniante: ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE DE B. Valor Total: R\$ 100.000,00. Crédito Operacional: PTRHS: 21814. Fonte Recurso: 0151000000, NE: 44504, Num Empenho: 2011NB001155. Crédito Operacional: PTRHS: 27954. Fonte Recurso: 0151000000, NE: 33504, Num Empenho: 2009NB900284. Vigência: 31/12/2009 a 31/12/2011. Data de Assinatura: 26/10/2011. Signatário: CONCORDE: MARCIA BASSIT LAMIEIRO DA COSTA MAZZOLI, CPF nº 059.857.811-00, Conveniente: ARISTIDES PEREIRA MALTEZ FILHO, CPF nº 000.448.645-49.

(SISCONV - 07/11/2011)

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 17,**

**PROGRAMA NACIONAL DE BOLSAS PARA RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS E EM ÁREA PROFISSIONAL DASAÚDE**

O SECRETÁRIO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, do Ministério da Educação, e o SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, do Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando os termos do Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007, que instituiu a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde (CIGES), e a Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, que instituiu o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, convidamos à apresentação de projetos, nos termos do presente Edital.

**1. DO OBJETIVO**

O Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde tem o objetivo de incentivar a formação de especialistas, na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde, em regiões prioritárias do país, em campos de atuação estratégicos para o Sistema Único de Saúde - SUS, definidos em comum acordo com os gestores de SUS.

**2. DO OBJETIVO**

2.1.O objeto deste Edital é a seleção de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Programas de Residência em Área Profissional da Saúde para concessão de bolsas, visando a:

- 2.1.1. Ampliação de vagas em programas de residência que já tem bolsas financiadas pelo Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, por meio do Edital de Convocação nº 24, de 2 de dezembro de 2009, e que tiveram pré-autorização de funcionamento pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS;
- 2.1.2. Viabilização de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Programas de Residência em Área Profissional da Saúde com vagas pré-autorizadas pela CNRMS;
- 2.1.3. Criação de bolsas para residentes de que trata este Edital deve iniciar Programas desenvolvidos nas seguintes especialidades e áreas temáticas consideradas prioritárias para o financiamento: Atenção Básica/Saúde da Família, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Reabilitação Física, Intensivo, Urgência/Trauma, Alimentação e Nutrição, Assistência Farmacêutica, Atenção ao Câncer, Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Saúde Coletiva, Vigilância em Saúde, Saúde Animal e Ambiental, Atenção Clínica Especializada e Atenção Cirúrgica Especializada.

2.1.3. Este Edital destina bolsas por todo o período do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, de 2 (dois) a 3 (três) anos.

2.1.4. As vagas de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Programas de Residência em Área Profissional da Saúde selecionadas por esse edital terão o financiamento de suas bolsas garantido para todos os processos de seleção de residentes iniciados até 31 de dezembro de 2014.

**3. DOS CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE:**

3.1. Poderão concorrer a este Edital, Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Programas de Residência em Área Profissional da Saúde cadastrados no Sistema de Informações da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS e pré-autorizados pelas Câmaras Técnicas da CNRMS.

3.1.1. Os projetos deverão ser elaborados e apresentados conjuntamente pelas instituições formadoras e executoras, e pela Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde, e assinados por seus respectivos dirigentes máximos, com o compromisso de implementá-los em efetiva parceria.

3.1.3. Os projetos pedagógicos dos Programas de Residência apresentados deverão estar em consonância com o normatizado pelas Resoluções da CNRMS.

**4. DAS PRECISÕES:**

4.1. As instituições deverão preencher a proposta de acordo com as diretrizes do formulário eletrônico disponível em [www.saude.gov.br/educacaoinicial2011](http://www.saude.gov.br/educacaoinicial2011), com informações mínimas a:

- a) da instituição;
- b) do representante legal;
- c) do coordenador da COREMI;
- d) do coordenador do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde;
- e) das instituições parceiras, incluindo a Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde;
- f) a parceria com outras instituições.

4.1.3. Justificativa para a implementação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, em conformidade com a Portaria Interministerial nº 1.077/2009, que instituiu o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e com este Edital.

4.2. A instituição deverá apresentar um projeto para cada Programa de Residência.

4.3. As propostas deverão ser orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, de forma a contemplar os seguintes eixos norteadores:

- I - eixos de educação em serviço representativos da realidade socio-epidemiológica do país;
- II - conceito ampliado de saúde;
- III - política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS;
- IV - abordagens pedagógicas que considerem os atuais envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho;
- V - estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover o cenário de aprendizagem nas Redes de Atenção, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar;
- VI - integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários das serviços de saúde;
- VII - integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde;
- VIII - integração dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a educação profissional, a graduação e o pós-graduação na área de saúde;
- IX - articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas para o SUS - PRC-RESIDÊNCIA, instituído pela Portaria Interministerial nº 1.001/2009, e com as áreas de intervenção em saúde relacionadas aos Editais de Convocação nº 7 e nº 9/2009, referentes a esse Programa;
- X - descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;
- XI - estabelecimento do sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando ao desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS;
- XII - integralidade que contemple todos os níveis de Atenção à Saúde e a OMS do Sistema.

4.4. Os projetos deverão ser apresentados às Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), previstas na Lei nº 8.080/1990 e na Portaria CIRMES nº 1.996/2007, nos locais onde já estejam constituídas e pactuadas nas Comissões Intergestoras Regionais (CIR) e Consórcios Municipais de Saúde (CMS), mesmo que ad referendum, cujos pareceres deverão ser anexados posteriormente.

**5. DA INSCRIÇÃO: PROCEDIMENTOS E PRAZOS**

5.1. O período de inscrição será:

5.1.1. De 08/11/2011 a 25/11/2011 para os interessados em condições de oferecer as vagas em 2012.

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.206-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.





5.1.2 De 07/02/2012 a 29/04/2012 para os interessados em condições de oferecer as vagas em 2013.

5.2. As inscrições serão realizadas exclusivamente por meio eletrônico, no endereço: [www.saude.gov.br/sigresidencia/edital2011](http://www.saude.gov.br/sigresidencia/edital2011).

5.2.1. Para cada Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde requerido deverá ser preenchido um formulário, sendo permitido que a mesma instituição requira bolsas para mais de um Programa de Residência.

5.2.2. Os arquivos a serem anexados em formato PDF ou imagem são:

- Carta de Compromisso da Secretaria de Saúde Municipal ou Estadual com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, conforme modelo no Anexo II - se o proponente for Hospital de Ensino;
- Documento que comprove a aprovação das vagas pela COREMU local;
- Comprovante da pré-autorização e credenciamento das vagas pela CNRMS;
- Descrição do projeto com dados para a seleção conforme Anexo I e III deste Edital.

5.3. Ao finalizar o preenchimento das informações no sistema, os coordenadores da COREMU e do Programa de Residência indicados no formulário receberão um e-mail confirmando a inscrição dos projetos para este Edital.

5.4. As instituições deverão manter todos os documentos originais comprobatórios exigidos (arquivos anexados em PDF no formulário eletrônico), devidamente assinados, até o final do processo de seleção.

5.5. As instituições selecionadas deverão encaminhar, após a publicação dos resultados, o Termo de Compromisso do Coordenador do Programa de Residência com a gestão das bolsas, para o seguinte endereço:

Pre-Residência (Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde) - Edital nº 17  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde,  
Departamento de Gestão da Educação na Saúde  
Esplanada dos Ministérios  
Bloco G, Edifício sede, 7º andar, sala 725  
CEP: 70005-900 - Brasília - DF.

5.5.1. O modelo do Termo de Compromisso a ser assinado pelo Coordenador será enviado a instituição no momento da publicação do resultado.

**6. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E DE DESEMPATE**

6.1. O processo de seleção será conduzido pela Comissão de Seleção designada pela Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação (SE/SMEC) e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS).

6.2. Serão analisadas apenas as propostas adequadamente inscritas [www.saude.gov.br/sigresidencia/edital2011](http://www.saude.gov.br/sigresidencia/edital2011) e cujos Programas de Residência estejam cadastrados no SisCNRMS e pré-avaliados pelas Câmaras Técnicas da CNRMS.

6.3. A Comissão de Seleção poderá solicitar esclarecimentos a instituição proponente a fim de contribuir no processo de análise das propostas.

6.4. Para a seleção dos projetos serão ponderados os seguintes itens:

- 6.3.1 - Demonstração da parceria entre o programa de residência e as equipes de gestão do SUS (até 15 pontos);
- 6.3.2 - Justificativa da necessidade loco-regional e abrangência do programa de residência na região proponente (até 20 pontos);
- 6.3.3 - Conteúdo e cenários de formação compatíveis com as Diretrizes Gerais e das Redes de Atenção (Anexo I) (até 25 pontos);
- 6.3.4 - Ações que demonstrem o compromisso do gestor da saúde local com o programa de residência e as Redes de Atenção respectivas:
  - dispositivos e políticas de fixação dos profissionais formados no estado/município (até 6 pontos);
  - indicadores e práticas de avaliação do serviço que demonstrem compromisso com a qualidade do programa de residência (5 pontos);
  - oferta de programas de qualificação para preceptores que amam em programas de formação nesta especialidade (até 5 pontos);
  - Plano de carreira, cargos e salários para preceptores e profissionais da saúde (até 10 pontos);
  - plano de educação permanente no estado ou município relacionado à Rede de Atenção respectiva (até 4 pontos).

6.3.5. Estrutura existente para o programa de residência (até 10 pontos, distribuídos entre os itens abaixo):

- Recursos humanos (até 6 pontos);
- Infraestrutura física e material (até 4 pontos).

6.3.6. Estratégias para incorporação do programa de residência no cotidiano das instituições proponentes (até 5 pontos);

6.3.7. Atividades que promovam a integração entre o programa de residência e os demais programas de formação existentes no local, como residência médica, internato, PET-Saúde, Pro-Saúde etc (até 5 pontos).

6.4. A pontuação do item 6.3.2, 6.3.4 item c, e 6.3.5, nesta ordem, será utilizada como critério para desempate.

**7. DO RESULTADO**

7.1 - O resultado da seleção será publicado no Diário Oficial da União da seguinte forma:

- 7.1.1 Para os projetos candidatos a iniciar a partir de 2012, até 23/01/2012;
- 7.1.2 Para os projetos candidatos a iniciar a partir de 2013, até 03/08/2012.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/extraneidade/limul>, pelo código 00032011110800134

7.2 - Para fazer jus ao uso da bolsa, as vagas do programa de residência deverão estar devidamente pré-autorizadas pela CNRMS/MEC.

**8. DA RESPONSABILIDADE DAS PARTES:**

8.1. Ao MS e ao MEC cabem, conjuntamente, as seguintes responsabilidades:

- 8.1.1. Designar Comissão de Seleção e responsabilizar-se pela gestão do processo seletivo, conforme definido neste Edital;
- 8.1.2. Fornecer orientações pertinentes às instituições interessadas;
- 8.2. Ao MS cabem as seguintes responsabilidades:
  - 8.2.1. Liberar os recursos que assegurem a concessão de bolsas, conforme determina a legislação pertinente;
  - 8.2.2. Prestar, quando necessário, assistência técnico-financeira durante a execução do projeto, diretamente ou por delegação;
  - 8.2.3. Fornecer orientações pertinentes às instituições interessadas;
- 8.3. As instituições proponentes selecionadas e apoiadas com a concessão de bolsas por meio deste Edital cabem as seguintes responsabilidades:
  - 8.3.1. Manifestar amáncia institucional em receber os residentes;
  - 8.3.2. Receber em suas instalações, representante(s) da CNRMS, instituída por meio da Portaria Interministerial nº 1.077/2009, com o objetivo de acompanhar a implementação do projeto proposto;
  - 8.3.3. Demonstrar, por meio de relatório de atividades, a realização de seminários internos anuais de avaliação do projeto, contando com a participação de todos os atores envolvidos no Programa de Residência, além de representantes dos serviços de saúde e representantes da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) do Estado;
  - 8.3.4. Participar de quaisquer eventos oficiais, no âmbito do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, promovidos pela SGTES/MS e pela SE/SMEC;
  - 8.3.5. Comprometer-se com a gestão das bolsas selecionadas, por meio de assinatura de Termo de Compromisso pelo Coordenador do Programa de Residência e o Coordenador da respectiva COREMU, a ser firmado após a divulgação da homologação dos resultados deste Edital;
  - 8.3.6. Cumprir todas as normas de execução previstas, inclusive emitindo relatórios e informes, registros contábeis e prestação de contas, em conformidade com os procedimentos legais;
  - 8.3.7. Disponibilizar todas as informações pertinentes ao acompanhamento e avaliação dos projetos, sempre que solicitadas;

**9. DO ORÇAMENTO E DOS RECURSOS**

9.1. As despesas decorrentes do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde serão financiadas com recursos da programação orçamentária do Ministério da Saúde, por meio da Funcional Programática 10.364.1436.8628.0001- Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Lato Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS.

**10. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

10.1. O pagamento de bolsas pelo Ministério da Saúde será condicionado ao cadastro dos residentes no Sistema de Informações Gerenciais do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (SIG-Residência), que deverá ser atualizado mensalmente pelo Coordenador do Programa de Residência, bem como ao atendimento às normas contidas na Portaria Conjunta nº 11/2010.

10.2. A SGTES/MS e a SE/SMEC reservam-se o direito de resolver os casos omissos e as situações não previstas neste Edital.

10.3. Fica estabelecido o foro da cidade de Brasília, Distrito Federal, para dirimir questões oriundas da execução do presente Edital.

LUIZ CLAUDIO COSTA  
Secretaria de Educação Superior - MEC

MILTON DE ARRUDA MARTINS  
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação  
na Saúde - MS

#### ANEXO I

**DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DAS PROPOSTAS**

**DIRETRIZES GERAIS PARA TODOS OS PROGRAMAS**

I. Temáticas relevantes

- Abordar temas que envolvam a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos problemas mais comuns encontrados no âmbito em que se desenvolve o programa de residência, de acordo com as especificidades de cada profissional;
- Desenvolver atividades relacionadas à gestão do serviço e do trabalho em rede;
- Desenvolver atividades que estejam relacionadas à Política Nacional de Humanização e a debates atuais em bioética;
- Reconhecer as necessidades e políticas de saúde relacionadas à área de atuação;

II. Cenários relevantes

- Priorizar cenários que estejam integrados a rede de saúde regional, com possibilidade de referência e contra-referência de pacientes;
- Diversificar os cenários nos vários níveis de atenção, de acordo com a área temática;
- Desenvolver atividades em cenários que integrem as ações de ensino-serviço-comunidade, de acordo com a profissão e área de atuação;

III. Estratégias pedagógicas

- Priorizar o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, procurando envolver também os residentes médicos, se houver Programa de Residência Médica no local;
- Desenvolver as ações pertinentes à profissão e à área de atuação que possibilitem a coordenação do cuidado pela Atenção Básica, por exemplo, atividades de educação permanente, seguimento conjunto de pacientes etc;
- Desenvolver estratégias para a educação permanente e para o uso crítico da literatura científica;

**DIRETRIZES ESPECÍFICAS RELACIONADAS A ALGUMAS REDES DE ATENÇÃO**

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

I. Temáticas relevantes

- Priorizar temas relacionados a clínica ampliada e a abordagem familiar;
- Usar ferramentas para a gestão da equipe e do cuidado;
- Desenvolver ações para a criação de redes interestaduais e comunitárias;
- Debater sobre os desafios e avanços da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

II. Estratégias pedagógicas

- Articular o Núcleo de Telessaúde local (quando houver) e o programa de residência para o desenvolvimento de atividades de educação e de atenção;
- Desenvolver atividades do programa de residência com os projetos do UNA-SUS e/ou PET-Saúde;

III. Cenários relevantes

- Ter a maioria da carga horária desenvolvida em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), preferencialmente em ESF, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica;

**SAÚDE DA CRIANÇA**

I. Temáticas relevantes

- Abordar conteúdos e atividades relacionadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; atenção à saúde do recém-nascido; promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno; prevenção de violências; vigilância da mortalidade infantil e fetal e temas relacionados à saúde mental da criança, de acordo com as especificidades de cada profissional;

II. Cenários relevantes

- Priorizar, no cumprimento da carga horária prevista para ambulatório geral, atividades em Unidades Básicas de Saúde do SUS, segundo planejamento resultante de pactuação com o gestor;
- Envolver os residentes em atividades na comunidade, em articulação com equipes da ESF do município;
- Desenvolver atividades de atenção humanizada ao parto, ao recém-nascido e a criança como, por exemplo: alojamento conjunto, ser reconhecido como Hospital Amigo da Criança, adotar o Método Canguru, incentivo à presença do acompanhante;

**SAÚDE DA MULHER**

I. Temáticas relevantes

- Realizar atenção ao parto vaginal, às urgências e emergências obstétricas, ao recém-nascido, de acordo com a especificidade de cada profissional;
- Abordar vítimas de violência sexual e aborto legal, de acordo com a especificidade de cada profissional, discutindo sobre as relações de gênero;
- Discutir sobre as Políticas Públicas na Área de Saúde da Mulher/SUS/Legislação: lei do acompanhante, licença maternidade, lei da vinculação entre o local do pré-natal e o hospital;
- Abordar os transtornos mentais (de humor, ansiosos, psicóticos, alimentares) e dependência de substâncias psicoativas, de acordo com a especificidade de cada profissional;

II. Cenários relevantes

- Priorizar o cumprimento da carga horária de ambulatório em atividades em Unidades Básicas de Saúde do SUS, em articulação com o gestor municipal;
- Envolver os residentes em atividades na comunidade, em articulação com equipes do ESF do município;
- Desenvolver o programa em serviços que promovam a atenção humanizada ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, por meio, entre outros, da implementação da legislação vigente, como a Lei nº 11.108/05, referente à presença do acompanhante;
- Desenvolver o programa em serviços que apoiem a Lei nº 11.634/07, ou seja, que garantam o direito à gestante atendida pelo SUS de conhecer e vincular-se a uma maternidade antes do parto;
- Desenvolver o programa em serviços que invistam na atenção humanizada ao parto, ao recém-nascido e a criança como, por exemplo: dispor de alojamento conjunto, ser reconhecido como Hospital Amigo da Criança, adotar o Método Canguru;

**SAÚDE MENTAL**

I. Temáticas relevantes

- Contemplar conteúdos sobre Políticas Públicas em Saúde Mental, com conteúdos sobre a organização do SUS, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, a Rede de Atenção Psicossocial e a organização do trabalho em equipe;
- Contemplar conhecimentos relacionados ao acolhimento, projeto terapêutico, grupos terapêuticos e trabalho em equipe dentro de uma perspectiva interdisciplinar. Esses dispositivos devem produzir sentido, fomentando as possibilidades de desenvolvimento dos usuários, da sua família e da comunidade, e convergendo para a reabilitação e reinserção social;
- Contemplar conteúdos em Saúde Mental da Infância e Adolescência;

II. Cenários relevantes

- Contemplar conteúdos em Abuso e Dependência de Drogas, incluindo estratégias de redução de danos;
- Cenários relevantes
- Priorizar estágios supervisionados em ambulatórios e em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.





**ANEXO C - Edital de Convocação Nº 28, de 27 de junho de 2013**

O SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE do Ministério da Saúde e o SECRETÁRIO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, do Ministério da Educação, no uso de suas atribuições, e considerando os termos do Decreto

Presidencial de 20 de junho de 2007, que instituiu a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde (CIGES), e a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, que institui a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde (CIGES), e a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, que instituiu o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multi- profissionais e em Área Profissional da Saúde, convidam à apresentação de projetos, nos termos do presente Edital,

**1. DO OBJETIVO**

O Programa Nacional de Bolsas para Residências Multi- profissionais e em Área Profissional da Saúde tem o objetivo de incentivar a formação de especialistas na modalidade Residência Multi- profissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde, caracterizada pela integração ensino-serviço-comunidade, em regiões prioritárias do país, em campos de atuação estratégicos para o Sistema Único de Saúde – SUS, definidos em comum acordo com os gestores do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais identificadas e deve ser executado nos termos da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009.

**2. DO OBJETO**

2.1 O objeto deste Edital é a seleção de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde para concessão de bolsas para residentes pelo Ministério da Saúde (MS), para as Instituições que:

2.1.1. Pleiteiam bolsas para a AMPLIAÇÃO de vagas que foram contempladas ou não pelo Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, por meio dos Editais de Convocação SGTES/SESU nº 24, de 2 de dezembro de 2009 e nº 17, de 04 de novembro de 2011. Parágrafo único: a Instituição Proponente que pleitear bolsas para a ampliação de vagas deverá primeiramente atualizar o seu cadastro no Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – SisCNRMS

([cnrms.mec.gov.br](http://cnrms.mec.gov.br)), com as adequações necessárias no Programa de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde para a ampliação de Vagas.

2.1.2. Pleiteiam bolsas para NOVOS Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde.

Parágrafo único: A Instituição Proponente deverá primeiramente inscrever e concluir o cadastro do seu Programa de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde no

continua

continuação

SisCNRMS ([cnrms.mec.gov.br](http://cnrms.mec.gov.br)) do Ministério da Educação, sendo emitido um número de Protocolo.

2.2. A concessão de bolsas para residentes de que trata este edital deve priorizar programas desenvolvidos nas especialidades e áreas prioritárias para o SUS, assim relacionadas: Atenção Básica/Saúde da Família; Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde do Idoso,

Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Reabilitação Física, Intensivismo, Urgência/Trauma, Alimentação e Nutrição, Assistência Farmacêutica, Atenção ao Câncer, Apoio Diagnóstico e Terapêutico; Saúde Coletiva; Vigilância em Saúde; Saúde Animal e Ambiental;

Atenção Clínica Especializada, Atenção Cirúrgica Especializada e Enfermagem Obstétrica e Neonatologia. Parágrafo Único: Os programas deverão estar de acordo com as áreas temáticas estabelecidas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), quais sejam:

- (1) Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Especialidades Clínicas, Especialidades Cirúrgicas;
- (2) Intensivismo, Urgência e Emergência;
- (3) Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva;
- (4) Saúde Mental;
- (5) Saúde Funcional; e
- (6) Saúde Animal e Ambiental.

2.3. Este Edital destinará bolsas por todo o período do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde, pelo período de 02 (dois) a 03 (três) anos.

2.4. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde selecionados por este Edital terão a concessão de suas bolsas garantida para todas as turmas dos programas que realizarem seus processos de seleção de residentes até 31 de dezembro de 2014.

### 3. DOS CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE

3.1 Poderão concorrer a este Edital instituições públicas estaduais e municipais e os hospitais privados sem fins lucrativos, exceto as instituições federais.

Parágrafo único: Todos os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde deverão estar com seus cadastros atualizados e concluídos no SisCNRMS- MEC

(<http://cnrms.mec.gov.br>) do Ministério da Educação, observadas as resoluções da CNRMS.



continuação

3.1.1. Os Projetos Pedagógicos dos Programas de Residência apresentados deverão estar em consonância com o normatizado pelas

Resoluções da CNRMS.

3.2 Do Cadastro no Ministério da Saúde:

3.2.1 As instituições proponentes, após realizarem a exigência do Parágrafo único do item 3.1, deverão cadastrar-se para solicitar bolsas no SIGRESIDENCIA (<http://sigresidencias.sau-de.gov.br>) do Ministério da Saúde, inserindo os documentos exigidos no subitem 5.1.3 deste Edital, que comprovem a relevância e o compromisso do programa para o processo formativo no SUS.

3.2.2 Todas as instituições proponentes devem estabelecer parceria com a Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde local, para apresentação conjunta da proposta, com o comprometimento de seus dirigentes máximos para implementação do Programa de Residência.

#### 4. DAS PROPOSTAS

4.1. As instituições interessadas em participar deste edital deverão preencher a proposta de acordo com as diretrizes do formulário eletrônico disponível no SIGRESIDÊNCIA, em <http://sigresidencias.saude.gov.br>, com informações relativas à:

4.1.1 À identificação:

- a) da instituição;
- b) do representante legal;
- c) do coordenador e da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);
- d) do coordenador do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde ou do Programa de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde; e
- e) das instituições parceiras, incluindo a Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde.

4.1.2 Ao projeto, nos termos dos Anexos I e II.

#### 5. DOS PRAZOS E DOS PROCEDIMENTOS

5.1. O período de inscrição será: 01/07/2013 a 30/09/2013.

5.1.1. As inscrições serão realizadas, exclusivamente, por meio eletrônico, no endereço: <http://sigresidencias.saude>.

## ANEXO D - Edital de Convocação Nº 32, de 24 de julho de 2014



9.3.4. Disponibilizar todas as informações pertinentes ao acompanhamento e avaliação do desenvolvimento dos programas de residência médica com bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde, sempre que solicitadas.

9.3.5. Cadastrar os residentes, que terão suas bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde, no site SIGRESIDÊNCIAS - <http://sigresidencias.saude.gov.br>.

9.3.5.1. O pagamento de bolsas pelo Ministério da Saúde será condicionado ao cadastro dos residentes no site SIGRESIDÊNCIAS - <http://sigresidencias.saude.gov.br>, que deverá ser atualizado mensalmente com a frequência dos residentes pelo Coordenador do PRM ou da COREME, bem como ao atendimento das normas contidas na Portaria Conjunta SGTES/SE/MS nº 11 de 28/12/2010.

9.3.6. Comunicar ao Ministério da Saúde se, porventura, vier a oferecer novos vagas do que as autorizadas pela CNRM a qualquer tempo após divulgação das bolsas contempladas para esta instituição no Diário Oficial da União.

9.3.6.1. O não cumprimento do disposto no item 9.3.6 acarretará na suspensão das bolsas financiadas pelo MS até que a situação seja contornada e a devolução, por parte da instituição, dos recursos venenados indenizados.

#### 10. DO ORÇAMENTO E RECURSOS

10.1. As despesas decorrentes do PRO-RESIDÊNCIA serão financiadas com recursos da ação orçamentária nº 10.128.2015.20YD.0001, do orçamento da SGTES/MS.

#### 11. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

11.1. Em caso de descredenciamento ou cancelamento do programa de residência médica com bolsas financiadas pelo PRO-RESIDÊNCIA, o Ministério da Saúde se compromete a manter o financiamento do(s) residente(s) durante o restante da sua formação em outra instituição de saúde para a qual tiver sido transferido, mesmo que esta não faça parte do PRO-RESIDÊNCIA, de acordo com a Resolução CNRM/MEC Nº 06, de 20 de outubro de 2010.

11.2. A SGTES/MS e a SES/MEC reservam-se o direito de resolver os casos omissos e as situações não previstas neste Edital.

11.3 Fica estabelecido o foro da cidade de Brasília, Distrito Federal, para dirimir questões oriundas da execução do presente Edital.

FELIPE PROENÇA DE OLIVEIRA

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
Substituto

PAULO SPELLER

Secretário de Educação Superior

#### ANEXO I

##### ESPECIALIDADES E ÁREAS DE ATUAÇÃO

1. Anestesiologia
2. Clínica Médica
3. Cirurgia Geral
4. Cirurgia do Trauma
5. Cancerologia Clínica
6. Cancerologia Cirúrgica
7. Cancerologia Pediátrica
8. Cardiologia
9. Ginecologia e Obstetrícia
10. Geriatria
11. Medicina de Família e Comunidade
12. Medicina Intensiva
13. Medicina de Urgência
14. Neonatologia
15. Nefrologia
16. Neurocirurgia
17. Neurologia
18. Ortopedia e Traumatologia
19. Pediatra
20. Psiquiatria
21. Radiologia e Diagnóstico por Imagem
22. Radioterapia
23. Cardiologia Pediátrica
24. Cirurgia Cardiovascular
25. Patologia/Patologia Clínica/Medicina Laboratorial
26. Transplantes
27. Medicina Nuclear

#### ANEXO II

Modelo com orientações para elaboração do Termo de Compromisso, a ser assinado pela Secretaria Municipal, Estadual ou Distrito Federal de Saúde. Este termo deverá ser assinado pelo gestor e uma cópia eletrônica deverá ser anexada ao formulário de inscrição na internet.

Exemplo de Termo de Compromisso da Secretaria (Municipal, Estadual ou do Distrito Federal) de Saúde:

1. A Secretaria de Saúde de (nome do município, estado da Federação ou Distrito Federal) assume o compromisso de apoiar as atividades do Programa de Residência de (nome da especialidade) cujos estudos serão desenvolvidos nos seguintes serviços de saúde: (Mencionar os locais onde os residentes desenvolverão seus estudos).

2. As seguintes ações serão desenvolvidas pela Secretaria de Saúde para apoiar a qualificação e consolidação do programa de residência médica: (por exemplo: Dispositivos e políticas para fixação dos profissionais formados no estado/município; Indicadores e práticas de avaliação do serviço que denotem compromisso com a qualidade do PRM; Oferta de programas de qualificação para preceptores que atuam em programas de formação nessa especialidade; Plano de carreira, cargos e salários para preceptores e profissionais da saúde;

Plano de educação permanente no estado ou município relacionado a Rede de Atenção respectiva; Estrutura física, material e recursos humanos destinados ao programa de residência médica)

Atenciosamente,  
Assinatura do Secretário de Saúde  
Local e Data

OBS: O documento deverá ser datado, carimbado e em papel timbrado

#### ANEXO III

(MODELO DE DECLARAÇÃO PARA INSTITUIÇÕES CONTEMPLADAS COM BOLSAS PARA RESIDENTES ATRAVÉS DOS EDITAIS MS/MEC Nº 07, DE 22 DE OUTUBRO DE 2009; Nº 08, DE 22 DE OUTUBRO DE 2009; Nº 19, DE 21 DE JULHO DE 2010; Nº 18, DE 07 DE NOVEMBRO DE 2011 E Nº 29 DE 27 DE JUNHO DE 2013).

Na qualidade de representantes legais do Programa de Residência \_\_\_\_\_ (informar nome do programa) da Instituição \_\_\_\_\_ (descrever nome completo da instituição), registrada no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_

declaramos, sob as penas da lei, que lemos, temos plena ciência e que a referida instituição atende a todos os requisitos do Edital SGTES/SE/MS/MEC nº \_\_\_\_\_/2014, para fins de obtenção do benefício de que trata o item 8.1. citado normativo.

Brasília/DF (exemplo), (dia) de (mês) de (ano).

Nome e Assinatura do Coordenador da COREME

Nome e Assinatura do Coordenador do Programa  
OBS: (O documento deverá ser em papel timbrado, datado e com firma reconhecida em cartório).

#### EDITAL Nº 32, DE 24 DE JULHO DE 2014

O SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE - SUBSTITUTO do Ministério da Saúde e o SECRETÁRIO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, do Ministério da Educação, no uso de suas atribuições, e considerando, a Lei nº 11.125 de 30 de junho de 2005, que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde e criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e a Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, convidam a apresentação de projetos para financiamento de bolsas para o Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, nos termos do presente Edital.

#### 1. DO OBJETIVO

O Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde tem o objetivo de incentivar a formação de especialistas para esta modalidade, caracterizada pela integração ensino-serviço-comunidade, em campos de atuação estratégicos para o Sistema Único de Saúde - SUS, principalmente nas Áreas e Redes Prioritárias, definidas em comum acordo com os gestores do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais identificadas.

#### 2. DO OBJETO

2.1. O objeto deste Edital é a seleção de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde para concessão de bolsas para residentes pelo Ministério da Saúde (MS), para as Instituições especificadas no item 3.1 deste Edital que:

2.1.1. Pleiteiam bolsas para a AMPLIAÇÃO de vagas em Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde.

Parágrafo único: A Instituição Proponente que pleitear bolsas para a ampliação de vagas deverá primeiramente atualizar o seu cadastro no Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - SiCNRMS ([curms.mec.gov.br](http://curms.mec.gov.br)), com as adequações necessárias no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde para a ampliação de vagas, sendo emitido um número de Protocolo.

2.1.2. Pleiteiam bolsas para NOVOS Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde.

Parágrafo único: A Instituição Proponente deverá primeiramente cadastrar o Projeto Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde no SiCNRMS ([curms.mec.gov.br](http://curms.mec.gov.br)), sendo emitido um número de Protocolo.

2.2. A concessão de bolsas para residentes de que trata este Edital deve priorizar Programas desenvolvidos nas Áreas e Redes Prioritárias do SUS, assim relacionadas:

- a) Rede de Atenção Psicossocial, com ênfase no "Plano Crik e Postural Vencer";
- b) Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
- c) Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;
- d) Rede Cegonha;
- e) Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, com ênfase na Atenção ao Câncer;

f) Área Prioritária: Atenção Básica;

g) Áreas Gerais: Vigilância em Saúde, Saúde Indígena, Saúde Animal e Ambiental;

2.2.1. Os Programas desenvolvidos nas Áreas e Redes Prioritárias de que trata o item 2.2 deverão ser estruturados nas seguintes áreas de concentração/temática no SUS:

- a) Atenção Básica/Saúde da Família;
- b) Saúde Bucal;
- c) Saúde Coletiva;
- d) Saúde Mental;
- e) Saúde do Idoso;
- f) Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica;

g) Saúde da Criança e Neonatologia;

h) Saúde Funcional e Reabilitação;

i) Nutrição;

j) Alimentação e Nutrição;

k) Assistência Farmacêutica;

l) Urgência/Trauma;

m) Atenção ao Câncer e Física Médica;

n) Apoio Diagnóstico e Terapêutico;

o) Vigilância em Saúde;

p) Saúde Animal e Ambiental;

q) Saúde Indígena;

r) Atenção Clínica Especializada; e

s) Atenção Cirúrgica Especializada.

2.3. Este Edital destina bolsas para todas as turmas e durante todo o período do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde relacionado por este Edital, desde que esteja em consonância com as exigências e regulamentações da CNRMS e com orçamento disponível no Ministério da Saúde.

#### 3. DOS CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE

3.1. Poderão concorrer a este Edital, instituições públicas estaduais, municipais e Distrito Federal, as Instituições privadas sem fins lucrativos, excetuando-se as instituições federais vinculadas ao MEC e instituições privadas.

Parágrafo único. Todos os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde deverão estar com seus cadastros atualizados no SiCNRMS-MEC (<http://curms.mec.gov.br>), observadas as resoluções da CNRMS.

3.1.1. Os Projetos Pedagógicos dos Programas de Residência apresentados deverão estar em consonância com o normatizado pelas Resoluções da CNRMS e com as diretrizes das Áreas e Redes Prioritárias do SUS.

3.2. Do Cadastro no Ministério da Saúde:

3.2.1. As instituições proponentes, após realizarem a atualização do Cadastro único do item 3.1, deverão cadastrá-lo para solicitar bolsas no SIGRESIDÊNCIAS, inserindo os documentos exigidos no item 3.3 deste Edital, que comprovem a relevância e o compromisso do programa para o processo formativo no SUS.

3.2.2. Todas as instituições proponentes devem estabelecer parceria com a Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde local, por meio de termo de compromisso, conforme Anexo I, com o comprometimento de seus dirigentes para implementação do Programa de Residência.

#### 4. DAS PROPOSTAS

4.1. As instituições interessadas em participar deste edital deverão preencher formulário eletrônico disponível no site SIGRESIDÊNCIAS - <http://sigresidencias.saude.gov.br>.

4.2. As solicitações previstas neste processo deverão estar pactuadas com a Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde.

4.3. As propostas devem ser orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais.

#### 5. DOS PRAZOS E DOS PROCEDIMENTOS

5.1. O período de inscrição será: 11 de agosto de 2014 às 08h a 30 de setembro de 2014 às 23h59min.

5.1.1. As inscrições serão realizadas, exclusivamente, por meio eletrônico, no endereço: <http://sigresidencias.saude.gov.br>.

5.2. A instituição deverá apresentar um projeto para cada Programa de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde, sendo permitido que a mesma instituição requera bolsas para mais de um Programa de Residência.

5.3. Os documentos obrigatórios a serem anexados no SIGRESIDÊNCIAS em formato PDF ou JPEG (com capacidade de armazenamento máxima de 1,5 MB por arquivo) são:

- a) Termo de Compromisso da Secretaria de Saúde Municipal ou Estadual com o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, conforme modelo no Anexo I, em papel timbrado, datado, assinado e carimbado;
- b) Documento que comprovare a aprovação do programa e das vagas pela COREMU local, com descrição e distribuição do número de vagas por categoria profissional, conforme modelo no Anexo II, em papel timbrado, datado e assinado;
- c) Comprovante de cadastro com o número do protocolo do SiCNRMS, conforme Anexo III;
- d) Documento comprobatório da natureza jurídica da instituição a que se refere o item 3.1.;
- e) Edital de processo seletivo de residentes referente às turmas com início da residência em 2014.

5.3.1. O Projeto sobre a relevância do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde para o SUS local deverá ser preenchido no SIGRESIDÊNCIAS, contemplando os seguintes itens:

I. Nome e situação atual da Rede Prioritária (ou Área Prioritária ou Áreas Gerais);

II. Nome da Área de Concentração/Temática no SUS, conforme orientações do Manual Instrutivo, disponível no site SIGRESIDÊNCIAS - <http://sigresidencias.saude.gov.br>;

III. Descrição dos principais pontos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde e sua relação com as diretrizes da Rede Prioritária (ou Área Prioritária ou Áreas Gerais), no que se refere a: temas relevantes, estratégias pedagógicas e centros de práticas relevantes, conforme orientações do Manual Instrutivo disponível no site SIGRESIDÊNCIAS - <http://sigresidencias.saude.gov.br>;

IV. Descrição resumida da proposta de educação permanente do estado ou município para os profissionais de saúde e a articulação do Programa de Residência com outros processos formativos existentes no Serviço, a exemplo do Pro-Pet Saúde, Residência Médica, dentre outros.





V- Descrição da estrutura existente no serviço de saúde para o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde ou Área Profissional da Saúde:

a) Profissionais envolvidos nos serviços de saúde com o Programa de Residência - equipes de saúde;

b) Infraestrutura física e material nos serviços de saúde.

VI- Descrição das estratégias de incorporação do Programa de Residência no cotidiano das instituições.

9.4. Ao finalizar a inscrição no SIGRESIDÊNCIAS, o proponente do Programa de Residência receberá uma mensagem de confirmação do cadastro no endereço eletrônico informado.

9.5. As instituições deverão manter guardados todos os documentos originais comprobatórios exigidos devidamente assinados (arquivos assinados).

#### 6. DOS CRITÉRIOS DE ANÁLISE

6.1. O processo de seleção será conduzido pela Comissão de Seleção designada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESU/MEC) em ato conjunto.

6.2. Serão analisadas somente as propostas de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde que atendam os seguintes requisitos:

a) Possuir a inscrição devidamente concluída no site SIGRESIDÊNCIAS - <http://sigresidencias.saude.gov.br>;

b) Ter anexado todos os documentos obrigatórios a que se refere o item 5.3 e preenchido o Projeto sobre a relevância do Programa de saúde que trata o item 5.3.1, ambos no site SIGRESIDÊNCIAS - <http://sigresidencias.saude.gov.br>;

6.3. Serão priorizadas as propostas de AMPLIAÇÃO de bolsas e NOVOS programas:

a) Nas Regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste;

b) Desenvolvidas nas Redes Prioritárias do SUS (ou Área Prioritária ou Áreas Gerais), conforme o item 2.2;

c) Em Atenção Básica/Saúde da Família desenvolvidas nos Serviços de saúde com Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade.

6.4. A Comissão de avaliadores poderá solicitar adequações e esclarecimentos a instituição proponente a fim de contribuir no processo de análise das propostas.

#### 7. DO RESULTADO

7.1. O resultado da seleção será publicado no Diário Oficial da União, a partir de 31 de outubro de 2014.

8. DAS INSTITUIÇÕES CONTEMPLADAS COM BOLSAS PARA RESIDENTES ATRAVÉS DOS EDITAIS MS/MEC Nº 24, DE 02 DE DEZEMBRO DE 2009, Nº 17, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2011 E Nº 28, DE 27 DE JUNHO DE 2013.

8.1. Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde que estiverem de acordo com o item 3.1 deste Edital e foram selecionados pelos Editais MS/MEC de nºs 24/2009, 17/2011 e 28/2013 passarão com as bolsas de residência financiadas enquanto houver orçamento disponível pelo Ministério da Saúde.

8.2. Para fazer jus ao benefício do item 8.1, as Instituições com programas contemplados deverão informar o interesse e assinar, no site SIGRESIDÊNCIAS - <http://sigresidencias.saude.gov.br>, cópia digital de declaração (sem papel timbrado e datada) assinada pelos Coordenadores da COREMU e Coordenador do Programa de Residência de que atendem plenamente os termos e condições deste Edital, conforme modelo do Anexo IV. Posteriormente, a declaração original deverá ser enviada para a Coordenação de Planejamento e Dimensionamento de Profissionais de Saúde do DEPREP/SGTES, no seguinte endereço: Ministério da Saúde - MS, Esplanada dos Ministérios - Bloco G - 7º andar - Sala 739, CEP: 70.018-900 - Brasília/DF, com data de postagem até 03 de Outubro de 2014.

8.3. Os Programas contemplados no item 8.1 deste Edital deverão realizar recadastramento obrigatório no SIGRESIDÊNCIAS quando convocados pelo Ministério da Saúde.

#### 9. DAS RESPONSABILIDADES DAS PARTES:

9.1. Ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Educação cabem, conjuntamente, as seguintes responsabilidades:

9.1.1. Designar Comissão de Avaliação e responsabilizar-se pela gestão do processo seletivo, conforme definido neste Edital.

9.1.2. Fornecer orientações pertinentes às instituições interessadas, no âmbito de suas competências.

9.2. Ao Ministério da Saúde cabem as seguintes responsabilidades:

9.2.1. Liberar os recursos que assegurem a concessão de bolsas, conforme determina a legislação pertinente;

9.2.2. Prestar, quando necessário, assistência técnico-financeira durante a execução do projeto diretamente ou por delegação;

9.3. As instituições proponentes selecionadas e apontadas com a concessão de bolsas por meio deste edital cabem as seguintes responsabilidades:

9.3.1. Manifestar autenticação institucional em receber os residentes;

9.3.2. Receber em suas instalações, representante(s) da CNRMS, instituída por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077/2009, com o objetivo de acompanhar a implementação do projeto proposto;

9.3.3. Manter arquivado documentos referentes ao programa e aos residentes (frequências, avaliações, Trabalho de Conclusão de Curso, dentre outros) e arquivar relatório das atividades realizadas durante o período de execução do Programa.

9.3.4. Participar de quaisquer eventos oficiais, no âmbito do Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, promovidos pela SGTES/MS e pela SESU/MEC.

9.3.5. Comprometer-se com a gestão das bolsas selecionadas, por meio de assinatura de Termo de Compromisso pelo Coordenador de cada Programa de Residência contemplado e do Coordenador da respectiva COREMU da instituição responsável, a ser firmado após a divulgação dos resultados deste Edital.

9.3.5.1. O Termo de Compromisso a que se refere o item 9.3.5 será disponibilizado no site SIGRESIDÊNCIAS - <http://sigresidencias.saude.gov.br> para a instituição em seguida a publicação dos resultados no Diário Oficial da União.

9.3.5.2. Após assinatura do Termo de Compromisso a que se refere o item 9.3.5 o mesmo deverá ser anexado no site SIGRESIDÊNCIAS - <http://sigresidencias.saude.gov.br>.

9.3.6. Realizar cadastro dos Residentes no SIGRESIDÊNCIAS, improrrogavelmente no prazo informado pela Portaria de homologação do resultado.

9.3.7. Disponibilizar todas as informações pertinentes ao acompanhamento e avaliação dos projetos, sempre que solicitadas.

#### 10. DO ORÇAMENTO E DOS RECURSOS

10.1. As despesas decorrentes do Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde serão financiadas com recursos da programação orçamentária do Ministério da Saúde, por meio do Programa de Trabalho: 10.128.2015.201D. 0001 Educação e Formação em Saúde.

#### 11. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

11.1. O pagamento de bolsas pelo Ministério da Saúde será condicionado ao cadastro de residentes no SIGRESIDÊNCIAS, que deverá ser atualizado mensalmente com a frequência dos residentes pelo Coordenador do Programa de Residência ou da COREMU, bem como ao atendimento às normas contidas na Portaria Conjunta SE/SGTES nº 11, de 28/12/2010.

11.2. A SGTES/MS reserva o direito de resolver os casos omissos e as situações não previstas neste Edital.

11.3. Todos os atos pertinentes a este Edital serão publicados no Diário Oficial da União.

FELIPE PROENÇA DE OLIVEIRA  
Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação  
na Saúde  
Substituto

PAULO SPELLER  
Secretário de Educação Superior

#### ANEXO I

MODELO COM ORIENTAÇÕES PARA ELABORAÇÃO DO TERMO DE COMPROMISSO, A SER ASSINADO PELA SECRETARIA ESTADUAL OU MUNICIPAL DE SAÚDE (Este termo deverá ser assinado pelo gestor e uma cópia eletrônica deverá ser anexada no formulário de inscrição no SIGRESIDÊNCIAS).

Exemplo: Termo de Compromisso da Secretaria (Municipal ou Estadual) da Saúde.

A Secretaria da Saúde de (nome do município e/ou estado) assume o compromisso de apoiar as atividades do Programa de Residência (Mencionar nome do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde) cujos cenários de práticas serão desenvolvidos nos seguintes serviços de saúde: (Mencionar todos os cenários de práticas onde os residentes desenvolverão suas atividades).

A Secretaria da Saúde desenvolverá as seguintes ações para apoiar a qualificação e consolidação do Programa de Residência:

(especificar as ações). Por exemplo:

- ✓ Dispositivos e políticas para fixação dos profissionais egressos no estado/município;

- ✓ Indicadores e práticas de avaliação dos serviços de saúde que garantam compromisso com a qualidade do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde;

- ✓ Oferta de programas de qualificação para preceptores que atuam nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde;

- ✓ Plano de Educação Permanente no estado ou município relacionado à Rede de Atenção à Saúde;

- ✓ Plano de carreira, cargos e salários para preceptores e profissionais de saúde;

- ✓ Estrutura física, material e profissionais envolvidos no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde;

- ✓ E disponibilização dos outros Serviços de Saúde (ponto de atenção) para a vivência dos Residentes em Rede Prioritárias.

Atenciosamente:

(município/estado), (dia) de (mês) de 2014.

Nome e Assinatura do Secretário de Saúde  
(OBS: O documento deverá ser em papel timbrado, datado, assinado e carimbado)

#### ANEXO II

OFÍCIO COREMU - APROVAÇÃO  
(MODELO DE OFÍCIO DE APROVAÇÃO DO PROGRAMA E DAS VAGAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE OU EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE NA COREMU)

Brasília/DF (exemplo), (dia) de (mês) de (ano).  
A SGTES

Assunto: Programa de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde, Edital nº XX

#### AMPLIAÇÃO:

A COREMU da instituição \_\_\_\_\_ (nome da instituição) ANALISOU e APROVOU em reunião no (dia) de (mês) de (ano), a solicitação para ampliação de vagas do Programa \_\_\_\_\_ (informar nome do Programa de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde), de 10 vagas (exemplo) para 13 vagas (exemplo), sendo as novas vagas distribuídas em 1 vaga (exemplo) para (categoria profissional) e 2 vagas (exemplo) para \_\_\_\_\_ (categoria profissional), conforme encaminhado pelo coordenador (nome do coordenador do Programa).

#### NOVO PROGRAMA:

A COREMU da instituição \_\_\_\_\_ (nome da instituição) ANALISOU e APROVOU em reunião no (dia) de (mês) de (ano), a solicitação para criação de novo Programa \_\_\_\_\_ (informar nome do Programa de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde), com 10 vagas (exemplo), sendo distribuídas 5 vagas (exemplo) para \_\_\_\_\_ (categoria profissional) e 5 vagas (exemplo) para \_\_\_\_\_ (categoria profissional), conforme encaminhado pelo coordenador (nome do coordenador do Programa).

Nome e Assinatura do Coordenador da COREMU

Nome e Assinatura do Coordenador do Programa

OBS: (O documento deverá ser em papel timbrado, datado e assinado)

#### ANEXO III

COMPROVANTE DE CADASTRO ATUALIZADO E CONCLUÍDO NO SISCNRMS/MEC PARA SER ANEXADO NO SIGRESIDÊNCIAS.

Como obter comprovante de cadastro atualizado no SisCNRMS (número de protocolo do processo e a Situação do Processo):

- ✓ O SisCNRMS gera número de protocolo do processo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde a partir da realização do cadastro no sistema. Este número é composto pela indicação de ano e número de protocolo (por exemplo: 2014-001) e a frente consta a Situação do processo em que se encontra o Programa no SisCNRMS.

- ✓ A instituição proponente deverá fazer uma cópia da tela ("print screen") que apresenta o número de protocolo do processo e a Situação do Processo gerados pelo SisCNRMS e, então, colar a imagem em editor de texto (Word, BrOffice writer) para ser anexado no SIGRESIDÊNCIAS.

#### ANEXO IV

(MODELO DE DECLARAÇÃO PARA INSTITUIÇÕES CONTEMPLADAS COM BOLSAS PARA RESIDENTES ATRAVÉS DOS EDITAIS MS/MEC Nº 24, DE 02 DE DEZEMBRO DE 2009, Nº 17, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2011 E Nº 28 DE 27 DE JUNHO DE 2013).

Na qualidade de representantes legais do Programa de Residência \_\_\_\_\_ (informar nome do programa) da Instituição \_\_\_\_\_ (descrever nome completo da instituição), registrada no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, declaramos, sob as penas da lei, que lemos, temos plena ciência e que a referida instituição atende a todos os requisitos do Edital SGTES/SESU/MS/MEC nº \_\_\_\_\_ (2014, para fins de obtenção do benefício de que trata o item 8.1 deste normativo.

Brasília/DF (exemplo), (dia) de (mês) de (ano).

Nome e Assinatura do Coordenador da COREMU

Nome e Assinatura do Coordenador do Programa

OBS: (O documento deverá ser em papel timbrado e datado).

#### SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

##### EDITAL Nº 9, DE 24 DE JULHO DE 2014

A Secretária Substituta de Vigilância em Saúde, torna pública a promoção do prazo para recursos estabelecido no item 12 do Edital nº 1, de 10 de 14 de fevereiro de 2014, chamada para seleção de projetos de instituições privadas, sem fins lucrativos para ações de prevenção e promoção em vigilância à saúde, publicado no Diário Oficial da União nº 33, seção 3, págs. 148/149.

Caso o proponente tenha justificativa para contestar o resultado do julgamento das propostas, poderá apresentar recurso direcionado ao Secretário de Vigilância em Saúde, encaminhado por Correio (Sedex), com data de postagem até o dia 14 de agosto de 2014, para o endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, Sala 104, Brasília/DF, CEP: 70.018-900 - Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento (CGPAN/SVS/MS), da Secretaria de Vigilância em Saúde.

SÔNIA MARIA FEITOSA BRITO

#### AVISO DE CANCELAMENTO

Tomar sem efeito a publicação do Extrato do Termo de Doação nº 3074/2013 publicado no Diário Oficial da União nº 69 de 11/04/2013, seção 3, página 99.

JARBAS BARBOSA DA SILVA JR.  
Secretaria

**ANEXO E - Portaria Conjunta Nº 1, de 24 de fevereiro de 2010**

Ministério da Saúde  
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

## **PORTARIA CONJUNTA Nº 1, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010**

Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, do Ministério da Saúde, e a SECRETÁRIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, do Ministério da Educação, no uso de suas atribuições, e considerando o Edital de Convocação nº 24, de 2 de dezembro de 2009, resolvem:

Art. 1º Homologar o resultado do processo de seleção dos Projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde.

Art. 2º Divulgar a relação dos projetos selecionados, conforme Anexo desta Portaria.

Art. 3º As Instituições de Educação Superior/Secretarias de Saúde selecionadas deverão firmar Termo de Compromisso com o objetivo de atender às adequações dos respectivos Projetos, quando for o caso, de acordo com a avaliação realizada durante o Processo Seletivo do presente programa, sob pena de desclassificação.

Parágrafo único. As adequações de que trata o caput deste serão comunicadas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES/MS à coordenação dos projetos aprovados, individualmente, e dizem respeito ao número de vagas aprovadas para participação no Programa e à apresentação de documentação necessária que, porventura, não tenha sido incluída no projeto enviado ao Ministério da Saúde.

Art. 4º O prazo para o atendimento do disposto no artigo 3º será até 26 de março de 2010.

Art. 5º Para a concessão de bolsas para residentes, faz-se necessário o cadastramento dos programas e vagas aprovados junto aos dois Sistemas de Cadastramento de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde: o do Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGES/SGTES/MS, responsável pelo pagamento das bolsas, e o da Diretoria dos Hospitais Universitários Federais e de Residências em Saúde (DHR) da Secretaria de Educação Superior - SESu/MEC, responsável pela gestão

continua

dos processos de autorização, supervisão e regulação de programas de residência junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**FRANCISCO EDUARDO DE CAMPOS**  
**Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**

**MARIA PAULA DALLARI BUCCI**  
**Secretária da Educação Superior**

**ANEXO**

	INSTITUIÇÃO	PARCEIRA	NOME DO PROGRAMA
1	Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Cuiabá/ Hospital Geral Universitário da Universidade de Cuiabá	Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
2	Centro de Ciências da Saúde/ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Piauí	Secretaria Estadual de Saúde do Piauí	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
3	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Betim	Secretaria Municipal de Saúde de Betim	Residência Multiprofissional em Saúde Mental
4	Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA	Secretaria Municipal de Saúde de Marília Secretaria Estadual de Saúde - DRS IX	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família
5	Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP	Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
6	Faculdade Santa Marcelina - FASM	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	Residência Multiprofissional em Saúde da Família continuação
7	Fundação Antonio Prudente - Hospital AC Camargo	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	Residência Multiprofissional em Reabilitação, Diagnóstico e Tratamento de

			Câncer Bucal
8	Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos	Secretaria Municipal de Saúde de Barretos	Residência em Enfermagem Oncológica
9	Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian	Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
10	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP	Secretaria Estadual da Saúde	Residência em Área Profissional da Saúde - Odontologia
11	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP	Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto	Residência Multiprofissional com ênfase na Atenção Básica à Saúde
12	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais UFMG	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
13	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP - Centrinho de Bauru	Secretaria Municipal de Bauru	Residência Multiprofissional em Síndromes e Anomalias Crâniofaciais
14	Hospital do Câncer de Mato Grosso/Associação Matogrossense de Combate ao Câncer	Secretaria Municipal de Saúde	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
15	Hospital Escola São Francisco de Assis/Universidade Federal do Rio de Janeiro	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
16	Hospital Municipal Dr. Mario Gatti	Secretaria Municipal de Saúde de Campinas	Residência Multiprofissional em Saúde
17	Hospital Municipal Dr. Mario Gatti	Secretaria Municipal de Saúde de Campinas	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial

18	Hospital Municipal Odilon Behrens	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	Residência Multiprofissional com ênfase em Saúde da Criança
19	Hospital Municipal Odilon Behrens	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	Residência Multiprofissional com ênfase em Urgência e Trauma
20	Hospital Regional Dom Moura de Garanhuns (PE)	Secretaria Municipal de Saúde de Garanhuns	Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde
21	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ	Secretaria Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
22	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina UFSC	Fundo Municipal de Saúde	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
23	Hospital Universitário Onofre Lopes/Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN	Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
24	Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará - UFC	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
25	Hospital Universitário da Faculdade de Odontologia da USP	Secretaria Estadual de São Paulo	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
26	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP	Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Recife	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
27	Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ	Secretaria Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	Residência Multiprofissional da Saúde da Criança e do

			Adolescente cronicamente Adoecido
28	Instituto Nacional do Câncer - INCA		Residência Multiprofissional em Oncologia
29	Liga Paranaense de Combate ao Câncer/ Erasto Gaertner	Secretaria Estadual de Saúde do Paraná	Residência Multiprofissional em Cancerologia
30	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
31	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco	Secretaria Municipal de Saúde de Recife	Residência Multiprofissional em Saúde Mental
32	Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza	Escola de Saúde da Família	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
33	Universidade de Pernambuco - UPE	Secretaria Municipal de Saúde de Recife	Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família
34	Universidade do Extremo Sul Catarinense - Unesc	Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
35	Universidade Estadual da Bahia - UNEB	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia - SESAB/ SMS Salvador	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
36	Universidade Estadual de Maringá - UEM (Paraná)	Secretaria Municipal de Maringá	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
37	Universidade Estadual do Ceará - UECE	Secretaria Municipal de Saúde de Iguatu	Residência Multiprofissional em Saúde Mental
38	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade



39	Universidade Federal da Bahia - Hospital Ana Nery	Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo	Residência Multiprofissional em Cardiologia
40	Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL	Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
41	Universidade Federal de Goiás - UFG	Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
42	Universidade Federal de Juiz de Fora - Hospital Universitário da UFJF	Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
43	Universidade Federal de Juiz de Fora - Hospital Universitário da UFJF	Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora	Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial
44	Universidade Federal de Pernambuco - Hospital João Murilo	Secretaria Municipal de Saúde de Vitória de Santo Antão	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
45	Universidade Federal de Pernambuco - Hospital João Murilo	Secretaria Municipal de Saúde do Recife	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
46	Universidade Federal de Rio Grande - FURG	Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
47	Universidade Federal de Rondônia - UNIR	SES Rondônia e SMS Porto Velho	Residência Multiprofissional em Saúde Mental
48	Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC	Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
49	Universidade Federal de Santa Maria - UFSM	Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria	Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde
50	Universidade Federal de São Carlos - UFSCAR	Secretaria municipal de Saúde de São Carlos	Residência Multiprofissional

			em Saúde da Família
51	Universidade Federal de São João Del Rei - UFSJ	Secretaria Municipal de Divinópolis	Residência em Área Profissional da Saúde - Enfermagem na Atenção Básica/Saúde da Família
52	Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP	Secretaria Municipal de Saúde de Santos	Residência Integrada Multiprofissional em Atenção à Saúde
53	Universidade Federal do Ceará - Hospital Universitário Walter Cantídio	Secretaria Estadual de Saúde do Ceará	Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde
54	Universidade Federal do Paraná - UFPR	Secretaria Municipal de Saúde de Colombo	Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família
55	Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS	SMS Novo Hamburgo e SMS Porto Alegre	Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva
56	Universidade Federal do Vale do Rio São Francisco - UNIVASF	Secretaria Municipal de Saúde	Residência em Área Profissional da Saúde - Enfermagem em Urgência
57	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM	Secretaria Municipal de Saúde de Gouveia, de Datas e de São Gonçalo do Rio Preto	Residência em Área Profissional da Saúde - Fisioterapia na Saúde Coletiva
58	Universidade Regional do Noroeste do estado do RGS - UNIJUI/RS	Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa - FUMSSAR	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
59	Universidade Tiradentes - Unit	Secretaria Municipal de Saúde	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva

**ANEXO F - Portaria Conjunta Nº 1, de 13 de janeiro de 2012**



Ministério da Saúde  
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

## **PORTARIA CONJUNTA Nº 1, DE 13 DE JANEIRO DE 2012**

Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde.

O SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE do Ministério da Saúde e o SECRETÁRIO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR do Ministério da Educação, no uso de suas atribuições, e considerando o Edital de Convocação nº 17, de 4 de novembro de 2011, e a alteração do Edital de Convocação nº 17, de 25 de novembro de 2011, resolvem:

Art. 1º Homologar o resultado do processo de seleção dos Projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde.

Art. 2º Divulgar a relação dos projetos selecionados, conforme Anexo desta Portaria.

Art. 3º Conceder bolsas para residentes dos programas selecionados, condicionado ao envio à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS) dos documentos relacionados abaixo até o dia 20/1/2012:

I - Ofício informando a Natureza Jurídica, o CNPJ e a descrição do nome da Instituição Proponente/Executora e da Instituição Formadora.

II - Documentos originais devidamente assinados e com as páginas rubricadas:

a) Comprovante de vínculo com Instituição de Ensino Superior de acordo com a Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS 2/2010);

b) Carta de Compromisso da Secretaria de Saúde Municipal ou Estadual com o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde;

c) Documento que comprove a aprovação das vagas pela COREMU local; e

continua

- d) Termo de Compromisso do Coordenador do Programa de Residência conforme modelo a ser enviado por email.

### III - Cópia:

a) Comprovante de cadastro (Novos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde ) ou de atualização de cadastro (Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde em funcionamento) no SisCNRMS (número de protocolo), nos prazos estabelecidos pelo Edital de Convocação nº 17, de 7 de novembro de 2011 e pela alteração do referido Edital publicado no DOU no. 227, de 28/11/2011, Seção 3, página 144; e

b) ofício que solicitou a pré-autorização de novas vagas à CNRMS (apenas para as Instituições que pleitearam bolsas para a ampliação de vagas);

c) Descrição do Projeto.

IV - Os documentos deverão ser enviados para o seguinte endereço:

Pró-Residência (Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde) - Edital de Convocação nº 17/2011

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde,

Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Esplanada dos Ministérios - Bloco G, Edifício sede, 7º andar, sala 725

CEP: 70058-900 - Brasília - DF

Art. 4º As despesas decorrentes do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde serão financiadas com recursos da programação orçamentária do Ministério da Saúde, por meio da Funcional Programática 10.364.1436.8628.0001- Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Lato Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS.

Art. 5º O pagamento de bolsas pelo Ministério da Saúde será condicionado ao cadastro dos residentes no Sistema de Informações Gerenciais do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (SIG-Residências), que deverá ser atualizado mensalmente pelo Coordenador do Programa de Residência, bem como ao atendimento às normas contidas na Portaria Conjunta nº 11/2010.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**MILTON DE ARRUDA MARTINS**  
**Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na**  
**Saúde**

**LUIZ CLÁUDIO COSTA**  
**Secretário da Educação Superior**

ANEXO

Resultado do Edital Convocatório nº 17, de 7 de novembro de 2011 - Projetos  
Aprovados

REGIÃO	UF	CIDADE	INSTITUIÇÕES	PROGRAMA	Bolsas Aprovadas (Novos Programas)	Bolsas por 10.000.000/habitantes	Bolsas Aprovadas (Ampliação de Vagas)
NORTE	PA	Belém	Universidade do Estado do Pará - UEPA	ATENÇÃO BÁSICA / SAÚDE DA FAMÍLIA	12	42,8	-
	PA	Belém	Hospital Ophir Loyola/ Universidade do Estado do Pará U E PA	ATENÇÃO CLÍNICA ESPECIALIZADA	10		-
	PA	Belém	Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas GasparVianna - FHCGV/ Universidade do Estado do Pará - UEPA	ATENÇÃO CLÍNICA ESPECIALIZADA	13		-
	PA	Belém	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará/	SAÚDE DA CRIANÇA/MULHER	18		-

			Universidade do Estado do Pará - UEPA				continuação
	P A	Belé m	Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas GasparVianna - FHCGV/ Universidade do Estado do Pará - UEPA	SAÚDE MENTAL	9		–
	P A	Belé m	Hospital Metropolitan o de Urgência e Emergência (HMUE)/ Instituto de Saúde Santa Maria (IDESMA)	URGÊNCIA/ TRAUMA	6		–
NORD ESTE	A L	Mace ió	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas UNCISAL	ATENÇÃO BÁSICA / SAÚ-DE DA FAMÍLIA	–		16
	B A	Feira de Santa na	Instituto Sócrates Guanaes - ISG	SAÚDE DA CRIANÇA	7	10,7	–
	B A	Feira de Santa na	Instituto Sócrates Guanaes - ISG	SAÚDE DA CRIANÇA	4		–
	C E	Sobra l	Prefeitura Municipal Sobral	ATENÇÃO BÁSICA / SAÚ-DE DA FAMÍLIA	30		–
SUDE STE	M G	Belo Horiz onte	Hospital Municipal Odilon Behrens/Secretaria Municipal deSaúde de	ATENÇÃO BÁSICA / SAÚ-DE DA FAMÍLIA	14	21,2	–

		Belo Horizonte				
M G	Belo Horizonte	Hospital Municipal Odilon Behrens/Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	SAÚDE DA MULHER	-		8
M G	Belo Horizonte	Hospital Municipal Odilon Behrens/Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	SAÚDE DO IDOSO	16		-
M G	Belo Horizonte	Hospital Municipal Odilon Behrens/Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	SAÚDE MENTAL	8		-
M G	Belo Horizonte	Hospital Municipal Odilon Behrens/Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	URGÊNCIA/TRAUMA	-		24
R J	Rio de Janeiro	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA	ATENÇÃO AO CÂNCER	-		18
S P	Barretos	Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de	APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUT	2		-

		Barretos	ICO			continuação
S P	Barre tos	Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos	ATENÇÃO AO CÂNCER	-		4
S P	Camp inas	Hospital Municipal Dr. Mário Gatti	SAÚDE COLETIVA	-		8
S P	Maríl ia	Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA	ATENÇÃO BÁSICA / SAÚDE DA FAMÍLIA	14		-
S P	Maríl ia	Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA	ATENÇÃO CIRÚRGICA ESPECIALIZ ADA	10		-
S P	Maríl ia	Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA	SAÚDE MENTAL	12		-
S P	São Paulo	Hospital AC Camargo - Fundação Antonio Prudente	APOIO DIAGNÓSTI CO ETERAPÊUT ICO	-		7
S P	São Paulo	Universidade de São Paulo - USP	ASSISTÊNCI A FARMACÊU -TICA	4		-
S P	São Paulo	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo - USP	ATENÇÃO CLÍNICA ESPECIALIZ ADA	14		-
S P	São Paulo	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP	SAÚDE MENTAL	8		-
SUL	R S	Cano as Secretaria Municipal de Saúde -	SAÚDE COLETIVA	5	13,9	-



			Prefeitura de Canoas/Universidade Luterana do Brasil				
	R S	Porto Alegre	Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul / FundaçãoUniversitária de Cardiologia (IC/FUC)/ Universidade Federal de Ciências Saúde de Porto Alegre - UFCSPA	ATENÇÃO CLÍNICA ESPECIALIZADA	17		-
	S C	Lages	Universidade Do Planalto Catarinense - UNIPLAC	ATENÇÃO BÁSICA / SAÚDE DA FAMÍLIA	-		16
CENTRO-OESTE	M T	Cuiabá	Associação de Proteção à Infância e à Maternidade / Hospital Geral Universitário (HGU)	SAÚDE BUCAL	-	0,7	1

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

## ANEXO G - Portaria Conjunta Nº 7, de 27 de novembro de 2012

Nº 230, quinta-feira, 29 de novembro de 2012

Diário Oficial da União - Seção 1

ISSN 1677-7042

49



## SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

## PORTARIA CONJUNTA Nº 7, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2012

Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde nos termos do Edital de Convocação nº 17, de 04 de novembro de 2011.

O SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE - SUBSTITUTO, do Ministério da Saúde e o SECRETÁRIO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR do Ministério da Educação, no uso de suas atribuições e nos termos do Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007, a Portaria Interministerial nº 1.077/MS/MEC, de 12 de novembro de 2009, considerando o Edital de Convocação nº 17, de 04 de novembro de 2011 e sua alteração publicada no Diário Oficial da União nº 227, de 28 de novembro de 2011 e a Portaria Conjunta SGTES/SESU nº 06/2012, de 26 de novembro de 2012, resolvem:

- Art. 1º Homologar o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde.
- Art. 2º Divulgar a relação dos projetos aprovados, conforme Anexo I desta Portaria.
- Art. 3º Divulgar a relação dos projetos selecionados com pendências referentes a: 1) Carta de Compromisso da Secretaria de Saúde Municipal ou Estadual com o Programa de Residência e/ou 2) Documento que comprove a aprovação das vagas pela COREMU local e/ou 3) Descrição do projeto com dados para a seleção, conforme Anexo II desta Portaria.
- § 1º Os projetos listados no Anexo II terão o prazo de 30 dias, a contar da publicação desta Portaria, para realizar as adequações necessárias no Sistema de Informações Gerenciais das Residências do Ministério da Saúde pelo endereço eletrônico: <http://sig/residencias.saude.gov.br>.
- § 2º Os programas das Instituições relacionadas no Anexo II apenas terão assegurado o custeio de bolsas dos residentes, caso realizem as adequações necessárias, no prazo estabelecido.
- Art. 4º Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação desta Portaria, para os projetos que necessitam atualizar ou concluir o cadastro no SisCNRMS do Ministério da Educação.
- Parágrafo Único: Os projetos mencionados neste Artigo serão reavaliados pela Comissão de Avaliadores designada pela Portaria Conjunta SGTES/SESU nº 06/2012 e terão seus resultados divulgados nova Portaria de Homologação do Edital de Convocação nº 17, de 04 de novembro de 2011.
- Art. 5º Os residentes deverão ser cadastrados no Sistema de Informações Gerenciais das Residências pelo endereço eletrônico: <http://sig/residencias.saude.gov.br>, até o dia 01/03/2013.
- Parágrafo Único: Todos os residentes dos programas aprovados deverão ser cadastrados obrigatoriamente também no SisCNRMS- MEC.
- Art. 6º O Termo de Compromisso, disponível no endereço eletrônico [www.saude.gov.br/sig/residencias](http://www.saude.gov.br/sig/residencias), deverá ser assinado pelo Coordenador da COREMU e pelo Coordenador do Programa de Residência e enviado, conforme orientações contidas no próprio documento, até dia 20/02/2013 (data da postagem), sob pena de não-inclusão dos residentes na folha de pagamento do primeiro mês.
- § 1º O Coordenador da COREMU deverá realizar a atualização mensal das informações relativas aos programas de residências cadastrados;
- § 2º O Coordenador do programa deverá realizar a atualização mensal das informações relativas aos residentes cadastrados.
- Art. 7º O financiamento das bolsas para os residentes fica condicionado ao cumprimento do disposto nos Artigos 5º e 6º desta Portaria.
- Art. 8º Os programas de residência aprovados deverão ser apresentados às Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), previstas na Lei nº 8.080/1990 e na Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, nos locais onde já estejam constituídas, e pactuadas nas Comissões Interiores Bipartite (CIB) e Comissões Municipais de Saúde (CMS).
- Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FERNANDO ANTONIO MENEZES DA SILVA  
Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
Substituto

AMARO HENRIQUE PESSOA LINS  
Secretário da Educação Superior - MEC

## ANEXO I

## RELAÇÃO DOS PROGRAMAS APROVADOS PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO

CODIGO DO PROGRAMA	UF	MUNICIPIO	INSTITUICAO	PROGRAMA	BOLSAS APROVADAS
854	AM	Manaus	Universidade do Estado do Amazonas	Atenção Clínica Especializada	3
1593	AM	Manaus	Universidade do Estado do Amazonas	Atenção Cirúrgica Especializada	3
1549	BA	Feira de Santana	Faculdade Maria Milza LIDA - ME	Residência Multiprofissional	18
859	BA	Juazeiro	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP	Intensivismo	6
1242	BA	Salvador	Universidade do Estado da Bahia	Atenção Básica/Saúde da Família	20
79	BA	Salvador	Instituto Sócrates Cozzani - ISC	Intensivismo, Reforço em Atenção Primária	10
1546	BA	Santo Antônio de Jesus	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB	Alimentação e Nutrição	3
604	CE	Fortaleza	Escola de Saúde Pública do Ceará	Atenção ao Câncer	24
390	CE	Fortaleza	Escola de Saúde Pública do Ceará	Atenção Básica/Saúde da Família	119
373	CE	Fortaleza	Escola de Saúde Pública do Ceará	Saúde Coletiva	26
453	CE	Fortaleza	Escola de Saúde Pública do Ceará	Saúde Mental	13
746	CE	Sobral	Município de Sobral/Prefeitura Municipal	Saúde Mental	10
1498	GO	Goiânia	Secretaria de Estado da Saúde	Urgência e Trauma	2
891	GO	Goiânia	Secretaria de Estado da Saúde	Atenção Clínica Especializada	22
703	GO	Goiânia	Secretaria de Estado da Saúde	Urgência e Trauma	13
797	MG	Belo Horizonte	Hospital Municipal Odilon Behnen HOB	Saúde da Criança	6
874	MG	Belo Horizonte	Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte	Intensivismo	6
814	MG	Contagem	Prefeitura Municipal de Contagem	Urgência e Trauma	3
593	MG	Contagem	Prefeitura Municipal de Contagem	Saúde da Criança	7
883	MG	Itaúba	Associação de Integração Social de Itaúba	Apoio Diagnóstico e Terapêutico	10
746	MG	Juiz de Fora	Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus	Assistência e Farmacêutica	2
781	MG	Juiz de Fora	Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus	Intensivismo	2
744	MG	Juiz de Fora	Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus	Intensivismo	2
914	MG	Montes Claros	Universidade Estadual de Montes Claros	Atenção Básica/Saúde da Família	28
826	MG	Montes Claros	Universidade Estadual de Montes Claros	Saúde da Mulher	6
943	MG	Viçosa	Fundação de Ensino e Pesquisa do Sul de Minas	Atenção Cirúrgica Especializada	6
1395	PA	Altamira	Pro Saúde - Associação Beneficente de Assistência Social	Urgência e Trauma	2
1315	PA	Belém	Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna - FHCGV	Atenção Clínica Especializada	3
1380	PA	Kadandó	Instituto de Saúde Santa Maria - ISESMA	Urgência e Trauma	2
1183	PA	Santarém	Universidade do Estado do Pará UEPA	Urgência e Trauma	9
1120	PA	Nesque	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP	Atenção Clínica Especializada	7
974	PR	Curitiba	Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro	Saúde da Criança	24
1100	PR	Curitiba	Associação Paranaense de Câncer - APC	Saúde do Idoso	6
928	PR	Curitiba	Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro	Saúde da Criança	9
896	PR	Londrina	Universidade Estadual de Londrina	Saúde da Mulher	16
871	RJ	Rio de Janeiro	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA	Atenção ao Câncer	43
1700	RJ	Rio de Janeiro	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA	Programa de Residência em Física Médica	6
559	RJ	Rio de Janeiro	Fundação Oswaldo Cruz	Saúde da Criança	7
1450	RJ	Teófilo Otonari	Fasoc-Fundação Educacional Santa dos Órgãos	Saúde Animal e Ambiental	4
823	RO	Cacoal	Rondônia Secretaria de Estado da Saúde	Programa de Residência em Área Profissional em Transfusão e Cirurgia Bucodentofacial	1
1391	RS	Campos	Comunidade Evangélica Luterana São Paulo - CELSP	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde	5
657	RS	Passo Fundo	Associação Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo	Atenção ao Câncer	10
656	RS	Passo Fundo	Associação Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo	Saúde do Idoso	10
1076	RS	Porto Alegre	União Brasileira de Educação e Assistência	Residência em Área Profissional em Física Médica	3
651	RS	Porto Alegre	União Brasileira de Educação e Assistência	Programa em Área Profissional em Saúde em Urgência e Emergência	3
832	RS	Porto Alegre	União Brasileira de Educação e Assistência	Programa em Área Profissional da Criança e Adolescência	3
608	RS	Porto Alegre	União Brasileira de Educação e Assistência	Residência em Área Profissional em Apoio Diagnóstico e Terapêutico	1
352	SC	Criciúma	Fundação Educacional de Criciúma	Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família	12
521	SE	Aracaju	Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia	Residência Integrada Multiprofissional em Terapia Intensiva Adulto	8
1481	SP	Barretos	Fundação Pio XII	Saúde Bucal	4
320	SP	Baurá	Universidade de São Paulo	Atenção Clínica Especializada	20
703	SP	Campinas	Universidade Estadual de Campinas	Atenção Clínica Especializada	16
297	SP	Nesque	Faculdade de Medicina de Marília	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde	6

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/nunciadocs.html>, pelo código 00012012112900049

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

continua



929	SP	Presidente Prudente	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho	Reabilitação Física	11
876	SP	Ribeirão Preto	Universidade de São Paulo	Atenção Básica/Saúde da Família	7
870	SP	Ribeirão Preto	Universidade de São Paulo	Atenção Cirúrgica Especializada	6
723	SP	São José do Rio Preto	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	Programa Multidisciplinar com Ênfase Saúde da Criança	3
564	SP	São José do Rio Preto	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer	6
380	SP	São José do Rio Preto	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	Programa de Residência Multiprofissional de Vigilância em Saúde	10
1122	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Apoio Diagnóstico e Terapêutico	6
1409	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Apoio Diagnóstico e Terapêutico	6
1548	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Saúde Animal e Ambiental	1
1547	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Saúde Animal e Ambiental	7
950	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Saúde Animal e Ambiental	8
607	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Primária	8
1144	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Residência Multiprofissional em Saúde Mental com Ênfase em Dependência Química	8
1319	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Atenção Básica/Saúde da Família	6
1044	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Física Médica	6
989	SP	São Paulo	Fundação Antonio Prudente	Programa de Física de Radioterapia em Área de Física Médica	3

## ANEXO II

## RELAÇÃO DOS PROGRAMAS SELECIONADOS PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO COM PENDÊNCIAS

CODIGO DO PROGRAMA	UF	MUNICIPIO	INSTITUIÇÃO	PROGRAMA	BOLSAS APROVADAS
1376	MS	Campo Grande	Fundação Serviços de Saúde de Mato Grosso do Sul - Saúde-MS	Intensivismo	14
1377	PE	Racine	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP	Saúde do Idoso	8
1019	PE	Racine	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP	Saúde Mental	5
1343	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Atenção Cirúrgica Especializada	10
1338	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Saúde da Criança	4
936	SP	São José do Rio Preto	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	Programa de Residência Multiprofissional em Reabilitação Física	20
779	RI	Rio de Janeiro	Fundação Oswaldo Cruz	Saúde Coletiva	12
627	RS	Porto Alegre	União Brasileira de Educação e Assistência	Residência em Área Profissional Saúde Bucal Cirurgia Bucocomaxilofacial	2

## PORTARIA CONJUNTA Nº 8, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2012

Homologa resultado de seleção de projetos para programas de residência médica nos termos do Edital de Convocação nº 18, de 07 de novembro de 2011.

O SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE - SUBSTITUTO, do Ministério da Saúde e o SECRETÁRIO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR do Ministério da Educação, no uso de suas atribuições e nos termos do Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007; da Portaria Interministerial nº 1.001, de 22 de outubro de 2009, que instituiu o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em áreas estratégicas (PRO-RESIDÊNCIA), e considerando o Edital de Convocação nº 18, de 07 de novembro de 2011 e suas prorrogações, resolvem:

Art. 1º Homologar o resultado do processo de seleção dos programas de residência médica apresentados ao Edital nº 18, de 07 de novembro de 2011.

Art. 2º Divulgar no Anexo I a relação dos programas aprovados para recebimento de bolsas para turmas com início em 2013.

Art. 3º Divulgar no Anexo II a relação dos programas com indicativo de financiamento de bolsas de residência médica pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo Único. Terão assegurado o curso de bolsas para vagas de Residência Médica os programas relacionados no Anexo II, quando autorizados pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação (CNRM).

Art. 4º Os residentes somente poderão ser cadastrados no Sistema de Informações Gerenciais das Residências no Ministério da Saúde - SIGRESIDÊNCIAS - para fazer jus ao financiamento das bolsas,

1º:

§1º O Formulário FORMSUS, disponível no link [http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=9831](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=9831), for preenchido e finalizado até 60 dias após a publicação desta Portaria.

§2º O Termo de Compromisso, disponível no endereço eletrônico [www.saude.gov.br/sigresidencias](http://www.saude.gov.br/sigresidencias), for assinado pelo Coordenador da COREME e pelo Coordenador do Programa de Residência e enviado, conforme orientações contidas no próprio documento, até dia 20/02/2013 (data da postagem), sob pena de não-inclusão dos residentes na folha de pagamento do primeiro mês.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FERNANDO ANTONIO MENEZES DA SILVA  
Secretário de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde  
Substituto

AMARO HENRIQUE PESSOA LINS  
Secretário de Educação Superior

## ANEXO I

## PROGRAMAS COM VAGAS AUTORIZADAS PELA CNRM E APROVADAS PELA COMISSÃO DE SELEÇÃO DO EDITAL 18/2011

CODIGO DO PROGRAMA	UF	MUNICIPIO	INSTITUIÇÃO PROPONENTE	NOME FANTASIA	ESPECIALIDADE	Nº DE BOLSAS APROVADAS
1000	AL	MACEIO	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MACEIO	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MACEIO	OBSTETRICIA E GINECOLOGIA	3
1288	BA	SALVADOR	INSTITUTO SOCRATES GUANAES - ISG	ISG	CLINICA MEDICA	1
577	BA	SALVADOR	MONTE TABOR CENTRO ITALO BRASILEIRO DE PROM SANITARIA	HOSPITAL SAO RAFAEL	RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	3
1379	CE	PORTALEZA	ESCOLA DE SAUDE PUBLICA DO CEARA	ESCOLA DE SAUDE PUBLICA DO CEARA	CLINICA MEDICA	14
1307	CE	SOBRAL	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL	NEONATOLOGIA	2
1310	CE	SOBRAL	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2
116	GO	GOIANIA	SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE	HOSPITAL DE URGENCIAS DE GOIANIA HUGO	MEDICINA DE URGENCIA	4
763	MA	CAXIAS	MUNICIPIO DE CAXIAS	PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXIAS	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	2
848	MG	ALFENAS	CASA DE CARIDADE DE ALFENAS N S P SOCORRO	CASA DE CARIDADE DE ALFENAS N S P SOCORRO	CIRURGIA GERAL	2
849	MG	ALFENAS	CASA DE CARIDADE DE ALFENAS N S P SOCORRO	CASA DE CARIDADE DE ALFENAS N S P SOCORRO	CLINICA MEDICA	2
850	MG	ALFENAS	CASA DE CARIDADE DE ALFENAS N S P SOCORRO	CASA DE CARIDADE DE ALFENAS N S P SOCORRO	ANESTESIOLOGIA	2
1471	MG	BELO HORIZONTE	ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE MONTES CLAROS	ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE MONTES CLAROS	NEUROCIRURGIA	1
828	MG	MONTES CLAROS	IRMANDADE NOSSA SENHORA DAS MERCES DE MONTES CLAROS	IRMANDADE DE NOSSA SENHORA DAS MERCES SANTA CASA DE CARIDADE MONTES CLAROS	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/nst/atividade.html>, pelo código 00012012112900050

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.



## ANEXO H - Portaria Conjunta Nº 1, de 18 de janeiro de 2013



70

ISSN 1677-7042

Diário Oficial da União - Seção 1

Nº 14, segunda-feira, 21 de janeiro de 2013

Art. 1º Fica incorporado no SUS a alfinterferona para a quimioterapia adjuvante do melanoma cutâneo em estágio clínico III, conforme Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Ministério da Saúde.

Art. 2º Conforme determina o art. 25 do Decreto 7.646, as áreas técnicas do Ministério da Saúde terão prazo máximo de cento e cinquenta dias para efetivar a oferta ao SUS. A documentação objeto desta decisão está à disposição dos interessados no endereço eletrônico: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=1611](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1611).

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

CARLOS AUGUSTO GRABOIS GADELHA

## PORTARIA Nº 4, DE 18 DE JANEIRO DE 2013

Toma pública a decisão de incorporar a vacina tetraviral (varicela, sarampo, catumbá e rubéola) na rotina do Programa Nacional de Imunização do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SECRETÁRIO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais e com base nos termos dos art. 20 e art. 23 do Decreto 7.646, de 21 de dezembro de 2011, resolve:

Art. 1º Fica incorporado no SUS a vacina tetraviral (varicela, sarampo, catumbá e rubéola) na rotina do Programa Nacional de Imunização.

Art. 2º Conforme determina o art. 25 do Decreto 7.646, as áreas técnicas do Ministério da Saúde terão prazo máximo de cento e cinquenta dias para efetivar a oferta ao SUS. A documentação objeto desta decisão está à disposição dos interessados no endereço eletrônico: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=1611](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1611).

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

CARLOS AUGUSTO GRABOIS GADELHA

## SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

## PORTARIA CONJUNTA Nº 1, DE 18 DE JANEIRO DE 2013

Homologa o segundo resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde nos termos do Edital de Convocação nº 17, de 04 de novembro de 2011.

O SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, do Ministério da Saúde e o SECRETÁRIO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR do Ministério da Educação, no uso de suas atribuições e nos termos do Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007 e Portaria Interministerial nº 1.077/MS/MEC, de 12 de novembro de 2009; considerando o Edital de Convocação nº 17, de 04 de novembro de 2011 e sua alteração publicada no Diário Oficial da União nº 227, de 28 de novembro de 2011, resolve:

Art. 1º Homologar o segundo resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde.

Art. 2º Divulgar os resultados dos projetos que realizaram as adequações necessárias conforme os Artigos 3º e 4º da Portaria Conjunta Nº 7, de 27 de novembro de 2012.

Art. 3º Divulgar a relação dos projetos aprovados, conforme Anexo desta Portaria.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MOZART JULIO TABOSA SALES  
Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - MS

AMARO HENRIQUE PESSOA LINS  
Secretário de Educação Superior - MEC

## ANEXO

## RELAÇÃO DOS PROGRAMAS APROVADOS PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO.

CODIGO DO PROGRAMA	UF	MUNICIPIO	INSTITUICAO	PROGRAMA	BOLSAS APROVADAS
1376	MS	Campo Grande	Fundação Serviços de Saúde de Mato Grosso do Sul - SASS	Internamento	14
1327	PE	Kacife	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - DIMI	Saúde do Idoso	8
1018	PE	Kacife	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - DIMI	Saúde Mental	5
1425	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Atenção Cirúrgica Especializada	10
1338	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Saúde da Criança	4
936	SP	São José do Rio Preto	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	Programa de Residência Multiprofissional em Reabilitação Física	20
728	RJ	Rio de Janeiro	Fundação Getúlio Vargas	Saúde Bucal	12
627	RS	Porto Alegre	União Brasileira de Educação e Assistência	Residência em Área Profissional Saúde Bucal Cirúrgica Bucodentofacial	1
1331	MG	Betim	Fundo Municipal de Saúde de Betim / SMS	Atenção Básica/Saúde da Família	33
1332	MG	Betim	Fundo Municipal de Saúde de Betim / SMS	Saúde Mental	4
1341	MG	Juiz de Fora	Programa e Melhoria de Qualidade de Serviços e Atendimento Hospitalar de Juiz de Fora	Internamento	4
720	MG	Juiz de Fora	Programa e Melhoria de Qualidade de Serviços e Atendimento Hospitalar de Juiz de Fora	Saúde Mental	4
1342	SP	São Paulo	Universidade Estadual de Campinas	Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer	14

## SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

## RETIFICAÇÃO

Na Portaria Conjunta SAS/SUS/MS nº 1, de 16 de janeiro de 2013, publicado no Diário Oficial da União nº 12, Seção 1, páginas, 42 onde se lê: "IARBAS BARBOSA DA SILVA JUNIOR", leia-se: "IARBAS BARBOSA DA SILVA JUNIOR".

## Ministério das Cidades

## GABINETE DO MINISTRO

## PORTARIA Nº 24, DE 18 DE JANEIRO DE 2013

Dispõe sobre divulgação, publicidade e identidade visual do Programa Minha Casa, Minha Vida - PNCMV, e de outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DAS CIDADES, no uso de suas atribuições legais, e considerando o disposto na Lei nº 11.977, de 7 de julho de 2009, e no Decreto nº 7.499, de 16 de junho de 2011, resolve:

Art. 1º. Ficam instituídas as seguintes regras para divulgação, publicidade e identidade visual do Programa Minha Casa, Minha Vida - PNCMV, de que trata a Lei nº 11.977, de 7 de julho de 2009, e o Decreto nº 7.499, de 16 de junho de 2011:

I - a publicidade de atos, os programas, as obras, os serviços e as campanhas de órgãos públicos deverão ter caráter educativo, informativo ou de orientação social, sendo vedado se fazerem uso de nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal de autoridades ou servidores públicos;

II - os atos de divulgação ou publicidade promovida por meio de veículos de comunicação de massa deverão assegurar a divulgação exclusiva do Programa Minha Casa, Minha Vida - PNCMV, sendo vedado o uso ou a associação a outros programas, ações ou marcas de qualquer natureza; e

III - todas as quaisquer ações de divulgação ou publicidade, inclusive aquelas executadas e patrocinadas pelos entes públicos, serão obrigatoriamente identificadas de acordo com o Manual de Criação e Uso da Logomarca do Programa Minha Casa, Minha Vida - PNCMV.

Art. 2º. O descumprimento do disposto no artigo anterior ensejará a impossibilidade de contratação de novos empreendimentos no âmbito do PNCMV, bem como a rescisão dos termos de adesão em vigor.

Art. 3º. Fica instituído, na forma do Anexo, o Termo de Adesão ao Programa Minha Casa, Minha Vida - PNCMV, instrumento que objetiva regular a participação dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no âmbito de referido programa.

Art. 4º. Os Termos de Adesão já celebrados deverão ser ajustados, mediante termo aditivo, as novas cláusulas ora estabelecidas, em até 30 (trinta) dias contados a partir da data de publicação desta Portaria.

Art. 5º. A alínea "a" do subitem 3.4 do Anexo I da Portaria nº 465, de 3 de outubro de 2011, do Ministério das Cidades, publicada no Diário Oficial da União em 4 de outubro de 2011, Seção 1, páginas 31 a 36, passa a vigorar com a seguinte redação:

"a) firmar Termo de Adesão ao PNCMV, disponibilizado no site eletrônico ([www.cidades.gov.br](http://www.cidades.gov.br)), assinando, no mínimo, as seguintes atribuições:"

Art. 6º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando o Anexo VI da Portaria nº 465, de 2011.

AGUDALDO RIBEIRO

ANEXO

PROGRAMA MINHA CASA, MINHA VIDA  
MODELO DO TERMO DE ADESAO  
TERMO DE ADESAO QUE ENTRE SI FIRMAM A  
UNIÃO E (DISTRITO FEDERAL, ESTADO OU MUNICIPIO)

A UNIÃO, por intermédio do Ministério das Cidades, neste ato representada por \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_,

doravante denominada UNIÃO e (Distrito Federal, Estado ou Município) \_\_\_\_\_, neste ato representado pelo (Governador de Estado ou do Distrito Federal ou Prefeito) \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_,

doravante denominado (DF, ESTADO ou MUNICIPIO), firmam o presente TERMO DE ADESAO para atendimento aos dispositivos legais do Programa "Minha Casa, Minha Vida", de que trata a Lei nº 11.977, de 7 de julho de 2009, mediante as condições e cláusulas seguintes:

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/assessoria/diario>, pelo código 00012013012100070

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

## ANEXO I - Portaria Conjunta Nº 11, de 18 de dezembro de 2013

Nº 246, quinta-feira, 19 de dezembro de 2013

Diário Oficial da União - Seção 1

ISSN 1677-7042

315



Maria Aparecida de Assis Petrólo	As múltiplas facetas da interação entre pesquisa e o processo de formulação de política pública e ou intervenção em saúde pública.	Menção Honrosa
Rodrigo Anonini Ribeiro	Eficiência e custo-efetividade de diferentes esquemas terapêuticos de estafilococos para prevenção de eventos cardiovascularmente.	Menção Honrosa
Miriam Ventura da Silva	O processo decisório judicial e a assistência técnica: o argumento jurídico e médico-sanitário na garantia do direito à assistência terapêutica no sistema único de saúde.	Menção Honrosa

Categoria: Mestrado

Finalista	Título do Trabalho	Premiação
Renata Pestes Vianna	Colégios de gestão regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental.	1º colocado R\$ 15.000,00
Amanda Caroline Marques	O uso de clavinina nanoestruturada no controle da síndese poliédrica.	Menção Honrosa
Carolina Milena Domingos	A residência multiprofissional em saúde da família: o olhar do trabalhador de saúde.	Menção Honrosa
Léo Duarte da Silva Moraes	Síntese e caracterização de biomarcadores aplicáveis em plataformas nanotecnológicas para o diagnóstico da tuberculose.	Menção Honrosa
Rosana Cardoso Manique Rosa	Frequência e tipos de anormalidades abdominais detectadas pelo exame de ultrassom em uma amostra de pacientes portadores de cardiopatia congênita: um estudo transversal com controle e avaliação de custo-benefício.	Menção Honrosa
Tatiana Ramirez Cunha	Método simplificado versus convencional de confecção de próteses totais para aplicação na saúde pública: parte II: avaliação da função mastigatória.	Menção Honrosa

Categoria: Especialização

Finalista	Título do Trabalho	Premiação
Tatiana Bastiana Magalhães de Pinho Melo	Políticas públicas e determinantes sociais da saúde: definição dos municípios prioritários para o controle da tuberculose entre os países indígenas no Brasil.	1º colocado R\$ 10.000,00
Almir Fernando Correia da Silva	Isonomia em licitações: um estudo no Instituto Nacional de Câncer.	Menção Honrosa

Camila de Oliveira Araes	Masculinidade, vulnerabilidade e prevenção ao IST/HIV/AIDS entre adolescentes do sexo masculino de um assentamento da reforma agrária, Brasil Central.	Menção Honrosa
Lígia Gomes Martins de Moura Tomich	Avaliação da presença de doença hepática em pacientes infectados pelo HIV internados em uma enfermaria de doenças infecciosas. Análise de uma série de casos.	Menção Honrosa
Reniani Vargas Lami de Jesus	Projeto de intervenção para a mudança do perfil da estratégia saúde da família da área programática 4.1 no município de Rio de Janeiro: território vivo e acessibilidade.	Menção Honrosa
Simone Domingues Garcia	Influência da gestão de material médico hospitalar no trabalho de profissionais em hospital público de média complexidade.	Menção Honrosa

Categoria: Trabalho Científico Publicado

Finalista	Título do Trabalho	Premiação
Otávio Berwaenger	Efeito de uma intervenção multifacetada no uso de terapias baseadas em evidências em pacientes com síndrome coronariana aguda no Brasil.	1º colocado R\$ 20.000,00
Carla Betina Andreucci Polido	SisPreNet as a tool for evaluating quality of prenatal care.	Menção Honrosa
Irene Clemes Kulkamp Guerreiro	Avaliação da qualidade de comprimidos de propranolol e citalopram distribuídos no sistema público de saúde em uma cidade do sul do Brasil.	Menção Honrosa
Lucilia Okuyama Fukazawa	Incorporação do ensaio de PCR em tempo real no sistema público de vigilância das meningites bacterianas com cultura negativa em São Paulo, Brasil.	Menção Honrosa
Marina Meneses Aziz	Medicamentos prescritos aos idosos em uma capital do sul do Brasil e a relação municipal de medicamentos.	Menção Honrosa
Suelene Brito do Nascimento Tavares	Melhoria no escrutínio de rotas dos esfregaços cervicais: um estudo utilizando o processo rápido e a revisão rápida de 100% como métodos de controle interno da qualidade.	Menção Honrosa

LEONARDO BATISTA PAIVA

## RETIFICAÇÃO

Na publicação do DOU de 18/12/2013, Seção 1, pág. 59, 1ª Coluna, onde se lê: Consulta Pública nº 58, de 17 de dezembro de 2013, leia-se: Portaria nº 58, de 17 de dezembro de 2013.

(p/Cojo)

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO  
E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

## PORTARIA CONJUNTA Nº 11, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2013

Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde nos termos do Edital de Convocação nº 28/SGTES-MS/SESU-MEC, de 27 de junho de 2013.

O SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE do Ministério da Saúde e o SECRETÁRIO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR do Ministério da Educação, no uso de suas atribuições e nos termos do Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007, da Portaria Interministerial nº 1.077/MS/MEC, de 12 de novembro de 2009 e considerando o Edital de Convocação nº 28/SGTES-MS/SESU-MEC, de 27 de junho de 2013, resolve:

Art. 1º Homologar o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde pelo Ministério da Saúde, conforme Anexo I desta Portaria.

Art. 2º Divulgar a relação dos projetos selecionados para concessão de bolsas de residentes, contemplando ampliação e programas novos de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde pelo Ministério da Saúde, conforme Anexo I desta Portaria.

Art. 3º Os residentes deverão ser cadastrados no Sistema de Informações Gerenciais das Residências do Ministério da Saúde: sigresidencias.saude.gov.br, até o dia 01/03/2014. Parágrafo Único. Todos os residentes dos programas selecionados, deverão ser cadastrados obrigatoriamente também no Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, SisCNRMS - MEC (cnrms.mec.gov.br).

Art. 4º O Termo de Compromisso da Gestão das Bolsas, será disponibilizado no sigresidencias.saude.gov.br, deverá ser assinado pelo Coordenador da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) e pelo Coordenador do Programa de Residência e enviado, conforme orientações contidas no próprio documento, até dia 21/02/2014 (data da postagem), sob pena da não-inclusão dos residentes na folha de pagamento do primeiro mês.

§ 1º O Coordenador da COREMU deverá realizar a atualização das informações relativas aos programas de residências cadastrados.  
§ 2º O Coordenador do programa deverá realizar a atualização mensal das informações relativas aos residentes cadastrados.

Art. 5º Os residentes terão jus ao financiamento das bolsas caso o Art. 3º e Art. 4º sejam cumpridos.

Art. 6º Os programas de residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde selecionados deverão ser apresentados às Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), previstas na Lei nº 8.080/1990 e na Portaria GM/MS nº 1.996/2007, nos locais onde já estejam constituídas, nas Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS).

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MOZART JULIO TABOSA SALES  
Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na SaúdePAULO SPELLER  
Secretário de Educação Superior - MEC

## ANEXO I

CODIGO SIG RESIDENCIA	UF	MUNICIPIO	INSTITUICAO PROPONENTE	PROGRAMA	BOLSAS
1	AM	Manaus	Fundação de Medicina Tropical - Doutor Heitor Vieira Dourado	Apoio Diagnóstico e Terapêutico	8
2	AM	Manaus	Fundação de Medicina Tropical - Doutor Heitor Vieira Dourado	Intensivismo	6
3	BA	Salvador	Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências	Saúde do Idoso	6
4	BA	Salvador	Hospital Meridional - Católica	Saúde da Criança	8
5	CE	Fortaleza	Escola de Saúde Pública do Ceará	Cardiopulmonar	18
6	CE	Fortaleza	Escola de Saúde Pública do Ceará	Neurologia/Neurocirurgia de alta complexidade	24
7	CE	Fortaleza	Escola de Saúde Pública do Ceará	Infecologia	15
8	CE	Fortaleza	Escola de Saúde Pública do Ceará	Psiquiatria	18
9	CE	Fortaleza	Escola de Saúde Pública do Ceará	Urgência/ Trauma	16
10	CE	Fortaleza	Escola de Saúde Pública do Ceará	Nematologia	8
11	CE	Fortaleza	Escola de Saúde Pública do Ceará	Enfermagem Obstétrica	6
12	MG	Contagem	Mundo Municipal de Saúde	Enfermagem Obstétrica	10
13	MG	Belo Horizonte	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais	Saúde Mental	4
14	MG	Belo Horizonte	Fundação de Assistência Integral à Saúde	Nematologia	16

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/ata/cidadao.html>, pelo código 00012013121900315

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.206-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

continua



15	5172	MT	Cuiabá	Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Cuiabá	Atividade Complexidade	10
16	5192	MT	Cuiabá	Associação Mato-grossense de Combate ao Câncer	Saúde Bucal	2
17	6496	PA	Belém	Universidade do Estado do Pará - UEP	Urgência / Trauma	6
18	2765	PE	Cabo de Santo	Secretaria de Saúde	Atenção Básica / Saúde da Família	23
19	5217	PE	João Pessoa	Secretaria de Estado da Saúde - SES	Saúde da Criança	5
20	3970	PE	Recife	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP	Saúde da Mulher	3
21	4675	PE	Recife	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP	Saúde Coletiva	15
22	5056	PE	Recife	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP	Saúde do Idoso	2
23	4882	PE	Recife	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP	Reabilitação Física	4
24	4945	PE	Recife	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP	Saúde Bucal	12
25	5099	PE	Recife	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP	Saúde da Mulher	5
26	2139	PE	Recife	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP	Atenção ao Câncer	2
27	5124	PE	Recife	Fundação Universidade de Pernambuco	Atenção Básica / Saúde da Família	26
28	5130	PE	Recife	Fundação Universidade de Pernambuco	Urgência / Trauma	10
29	5095	PE	Recife	Fundação Universidade de Pernambuco	Atenção Clínica Especializada	6
30	5045	PE	Recife	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP	Atenção Clínica Especializada	3
31	1535	PI	Teresina	Fundação Universidade Estadual do Piauí - FUNESPI	Urgência/Trauma	6
32	4656	PR	Ponta Grossa	Universidade Estadual de Ponta Grossa	Saúde do Idoso	2
33	5181	PR	Marinópolis	Universidade Estadual de Maringá	Urgência/Trauma	10
34	4499	PR	Curitiba	Prefeitura Municipal de Curitiba	Saúde da Mulher	2
35	3812	PR	Curitiba	Prefeitura Municipal de Curitiba	Saúde do Idoso	3
36	3813	PR	Curitiba	Prefeitura Municipal de Curitiba	Entfermagem em Urgência e Emergência	2
37	4208	PR	Curitiba	Prefeitura Municipal de Curitiba	Atenção Básica / Saúde da Família	20
38	4716	RJ	Rio de Janeiro	Fundação Oswaldo Cruz	Enfermagem Obstétrica	6
39	4720	RJ	Rio de Janeiro	Fundação Oswaldo Cruz	Enfermagem Neonatal	3
40	4722	RJ	Rio de Janeiro	Fundação Oswaldo Cruz	Enfermagem Pediátrica	3
41	4738	RJ	Rio de Janeiro	Universidade do Estado do Rio de Janeiro	Enfermagem Obstétrica	2
42	5256	RN	Mossoró	Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN	Atenção Básica / Saúde da Família	24
43	4651	RS	Passo Fundo	Fundação Universidade de Passo Fundo	Atenção ao Câncer	10
44	4735	RS	Passo Fundo	Hospital da Cidade de Passo Fundo	Atenção Clínica Especializada	2
45	5210	RS	Novo Hamburgo	Associação Pro Ensino Superior em Novo Hamburgo	Urgência / Trauma	9
46	5211	RS	Novo Hamburgo	Associação Pro Ensino Superior em Novo Hamburgo	Atenção Básica/Saúde da Família	4
47	5211	RS	Novo Hamburgo	Associação Pro Ensino Superior em Novo Hamburgo	Saúde Mental	6
48	4588	RS	Porto Alegre	Instituto Porto Alegre de Irmãs Mergulhistas	Urgência/Trauma	12
49	4742	RS	Passo Fundo	Fundação Universidade de Passo Fundo	Saúde Animal e Ambiental	8
50	3715	RS	Pescador	Sociedade Pestense de Assistência e Cultura (SPAC)	Saúde do Idoso	2
51	3725	RS	Camões	Comunidade Evangélica Luterana São Paulo - CELSP	Saúde Coletiva	2
52	4194	RS	Camões	Comunidade Evangélica Luterana São Paulo - CELSP	Atenção Clínica Especializada	7
53	4666	RS	Passo Fundo	Hospital da Cidade de Passo Fundo	Atenção Clínica Especializada	10
54	5289	RS	Santa Cruz do Sul	Associação Pró Ensino em Santa Cruz do Sul	Intensivismo / Urgência/Trauma	20
55	5050	RS	Armação	Fundação Hospitalar de Blumentau	Neurologia Clínica	10
56	5070	RS	Jornville	Secretaria de Estado da Saúde	Atenção Clínica Especializada	20
57	4911	SC	Palhoça	Secretaria de Estado da Saúde	Atenção Básica / Saúde da Família	28
58	4287	SC	Palhoça	Secretaria de Estado da Saúde / Centro de Estudos Sergio Felipe Pinheiro	Atenção ao Câncer	25
59	4301	SC	Palhoça	Fundação Universitária da Sul de Santa Catarina - UNISUL	Saúde Mental	16
60	4985	SC	Jornville	Hospital Municipal São José	Intensivismo	5
61	4995	SC	Jornville	Hospital Municipal São José	Atenção Clínica Especializada	5
62	5257	SC	Palhoça	Secretaria de Estado da Saúde	Saúde Materno-infantil	2
63	2764	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Reabilitação Física	24
64	2821	SP	Pirassununga	Universidade de São Paulo	Saúde Animal e Ambiental	4
65	2919	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Assistência Farmacêutica	4
66	2951	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Apoio Diagnóstico e Terapêutico	6
67	3819	SP	Campinas	Sociedade Campineira de Educação e Instrução	Saúde da Criança	14
68	3878	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Alimentação e Nutrição	6
69	3967	SP	Campinas	Sociedade Campineira de Educação e Instrução	Saúde da Mulher	14
70	4045	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Atenção Clínica Especializada	9
71	4179	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Alimentação e Nutrição	5
72	4646	SP	São Paulo	Fundação São Paulo	Atenção Básica / Saúde da Família	11
73	4648	SP	São Paulo	Fundação São Paulo	Urgência / Trauma	12
74	4658	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Saúde do Idoso	13
75	4704	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Saúde Coletiva	2
76	4939	SP	São Paulo	Fundação São Paulo	Atenção Clínica Especializada	4
77	5016	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Enfermagem Obstétrica	6
78	5042	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Saúde Mental	6
79	5059	SP	Campinas	Sociedade Campineira de Educação e Instrução	Urgência / Trauma	20
80	5125	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Apoio Diagnóstico e Terapêutico	3
81	5184	SP	São Paulo	Universidade de São Paulo	Assistência Farmacêutica	10
82	5277	SP	São Paulo	Secretaria Municipal de Saúde	Neurologia	16
83	5262	SP	Presidente Prudente	Associação Irmãs São Francisco de Assis na providência de Deus	Saúde do Idoso	4
84	4564	SP	Santo André	Fundação do ABC	Atenção ao Câncer	15
85	4562	SP	São Paulo	Obras Sociais e Educacionais de Luz	Urgência / Trauma	21
86	4520	SP	Santo André	Fundação do ABC	Saúde do Idoso	15
87	5205	SP	Campinas	Universidade Estadual de Campinas	Fisioterapia	24
88	5284	SP	Bonacina	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho	Saúde do Adulto e Idoso	18
89	1504	SP	São Paulo	Casa de Saúde Santa Marcelina	Atenção ao Câncer	4
90	4515	SP	Arzobispo	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho	Saúde Animal e Ambiental	6
91	4602	SP	Bonacina	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho	Saúde Animal e Ambiental	6
92	5311	SP	São Paulo	Fundo Municipal de Saúde - FMS	Otorrinolaringologia Cirúrgica Base-Maxilo	2
93	5313	SP	São Paulo	Fundo Municipal de Saúde - FMS	Otorrinolaringologia Cirúrgica Base-Maxilo	2
94	4822	SP	Barretos	Fundação Pio XII	Atenção ao Câncer	7
95	4830	SP	Barretos	Fundação Pio XII	Fisioterapia	7
96	4640	SP	Sorocaba	Fundação Dom Agostinho	Saúde Mental	30
97	4524	SP	Jubatuba	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho	Saúde Animal e Ambiental	6
98	4578	SP	Palmas	Fundo Municipal de Saúde - FMS	Atenção Básica / Saúde da Família	23
99	4873	TO	Palmas	Fundo Municipal de Saúde - FMS	Enfermagem Obstétrica	6
100	4886	TO	Palmas	Fundo Municipal de Saúde - FMS	Urgência em Saúde	3
101	4896	TO	Palmas	Fundo Municipal de Saúde - FMS	Saúde Mental	6
102	5270	TO	Porto Nacional	Fundo Municipal de Saúde de Porto Nacional	Atenção Básica / Saúde da Família	10

## PORTARIA Nº 64, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2013

Divulga a lista dos nomes e respectivos registros únicos de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

O SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o art. 55, do Anexo I do Decreto nº 8.065, de 7 de agosto de 2013, e das atribuições pertinentes ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos do art. 16, § 3º da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, do art. 1º, § 1º do Decreto nº 8.126, de 22 de outubro de 2013, e dos arts. 6º e 7º da Portaria nº 2.477/GM/MS, de 22 de outubro de 2013, decide:

Art. 1º Conceder, com base nos respectivos processos administrativos, registro único para o exercício da medicina, no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, aos médicos intercambistas indicados na lista constante do Anexo desta Portaria, bem como determinar a expedição das respectivas carteiras de identificação, posto terem atendido a todos os requisitos legais.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MOZART JÚLIO TABOSA SALES



## ANEXO J - Portaria Conjunta Nº 1, de 14 de janeiro de 2015

Nº 10, quinta-feira, 15 de janeiro de 2015

Diário Oficial da União - Seção 1

ISSN 1677-7042

41


**AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA  
SANTITÁRIA**  
**SUPERINTENDÊNCIA DE PORTOS, AEROPORTOS,  
FRONTEIRAS E RECINTOS ALFANDEGADOS**
**RETIFICAÇÃO**

Na Resolução RE nº 4.294, de 30 de outubro de 2014, publicada no D.O.U. nº 212, de 03 de novembro de 2014, Seção 1, Página 59 e Suplemento a presente edição as páginas 246 e 247,

Onde se lê:

EMPRESA: PATRICK VILLE HELOU - EPP

AUTORIZAÇÃO: 9.06835-8

PROCESSO Nº: 23767.548797/2014-47 (0764096/14-0)

ATIVIDADE: Prestação de serviço de limpeza, desinfecção ou descontaminação de superfícies de veículos terrestres em trânsito por postos de fronteira, aeronaves, embarcações, terminais aquaviários, portos organizados, aeroportos, postos de fronteiras e recintos alfandegados.

Lei nº 96:

EMPRESA: PATRICK VILLE HELOU - EPP

AUTORIZAÇÃO: 9.06835-7

PROCESSO Nº: 23767.548803/2014-89 (0764096/14-6)

ATIVIDADE: Prestação de serviço de limpeza, desinfecção ou descontaminação de superfícies de veículos terrestres em trânsito por postos de fronteira, aeronaves, embarcações, terminais aquaviários, portos organizados, aeroportos, postos de fronteiras e recintos alfandegados.

**SUPERINTENDÊNCIA DE FISCALIZAÇÃO,  
CONTROLE E MONITORAMENTO**
**RESOLUÇÃO - RE Nº 89, DE 14 DE JANEIRO DE 2015**

O Superintendente Substituto de Fiscalização, Controle e Monitoramento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe conferem a Portaria nº 1.018, de 16 de junho de 2014, publicada no D.O.U. de 17 de junho de 2014, aliada a Portaria nº 993, de 11 de junho de 2014, publicada no D.O.U. de 13 de junho de 2014, aliada aos incisos III e VII do art. 123 do Regulamento Interno da Anvisa, aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 650, de 29 de maio de 2014, publicada no D.O.U. de 2 de junho de 2014, e suas alterações,

considerando o artigo 7º da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, considerando os Laudos de Análise Fiscal iniciais nº 2-6/2014 nº 2-7/2014, emitidos pela Diretoria de Laboratório Central de Saúde Pública do Distrito Federal, tomados definitivos em razão de a empresa não ter interposto recurso ou solicitado pericia de contra-prova, os quais apresentaram resultados insatisfatórios nos ensaios de rotulagem primária e teor de álcool etílico para os lotes 000564 e 000585 do cosmético GEL ANTI-SEPTICO PREMISSE, registro MS nº 2.3093.0023.001-3, da empresa Proline Indústria e Comércio Ltda, resolve:

Art. 1º. Determinar, como medida de interesse sanitário, em todo o território nacional, a suspensão da distribuição, comercialização e uso dos lotes 000564 (val: mar/2016) e 000585 (val: abr/2016) do cosmético GEL ANTI-SEPTICO PREMISSE, fabricado por Proline Indústria e Comércio Ltda. (CNPJ: 02.946.060/0001-27).

Art. 2º. Determinar que a empresa promova o recolhimento do estoque existente no mercado relativo aos lotes do produto descrito no art. 1º.

Art. 3º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

DANIEL ROBERTO CORADI DE FREITAS

**RESOLUÇÃO - RE Nº 90, DE 14 DE JANEIRO DE 2015**

O Superintendente Substituto de Fiscalização, Controle e Monitoramento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe conferem a Portaria nº 1.018, de 16 de junho de 2014, publicada no D.O.U. de 17 de junho de 2014, aliada a Portaria nº 993, de 11 de junho de 2014, publicada no D.O.U. de 13 de junho de 2014, aliada aos incisos III e VII do art. 123 do Regulamento Interno da Anvisa, aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 650, de 29 de maio de 2014, publicada no D.O.U. de 2 de junho de 2014, e suas alterações,

considerando o art. 7º da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, considerando e comunicado de recolhimento voluntário encaminhado pela Farmax - Distribuidora Amarel Ltda, em razão de ter sido constatada a presença de inseto no lote 0515 do medicamento OLEO MINERAL NATUROL FARMAX, 100 mL, resolve:

Art. 1º. Determinar, como medida de interesse sanitário, a suspensão, em todo o território nacional, da distribuição, comercialização e uso do lote 0515 (Val: 07/2017) do medicamento OLEO MINERAL NATUROL FARMAX, 100 mL, fabricado por Farmax - Distribuidora Amarel Ltda. (CNPJ: 2179738/0001-88).

Art. 2º. Determinar que a empresa promova o recolhimento do estoque existente no mercado relativo ao produto descrito no art. 1º, na forma da Resolução-RDC nº 33/2005.

Art. 3º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

DANIEL ROBERTO CORADI DE FREITAS

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/visualizar/leml>, pelo código 00012015011500041

**RESOLUÇÃO - RE Nº 91, DE 14 DE JANEIRO DE 2015**

O Superintendente Substituto de Fiscalização, Controle e Monitoramento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe conferem a Portaria nº 1.018, de 16 de junho de 2014, publicada no D.O.U. de 17 de junho de 2014, aliada a Portaria nº 993, de 11 de junho de 2014, publicada no D.O.U. de 13 de junho de 2014, aliada aos incisos III e VII do art. 123 do Regulamento Interno da Anvisa, aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 650, de 29 de maio de 2014, publicada no D.O.U. de 2 de junho de 2014, e suas alterações,

considerando o art. 23 da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977,

**RESOLUÇÃO-RE Nº 92, DE 14 DE JANEIRO DE 2015**

O Superintendente Substituto de Fiscalização, Controle e Monitoramento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe conferem a Portaria nº 1.018, de 16 de junho de 2014, publicada no D.O.U. de 17 de junho de 2014, aliada a Portaria nº 993, de 11 de junho de 2014, publicada no D.O.U. de 13 de junho de 2014, aliada aos incisos III e VII do art. 123 do Regulamento Interno da Anvisa, aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 650, de 29 de maio de 2014, publicada no D.O.U. de 2 de junho de 2014, e suas alterações,

considerando o art. 7º da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, considerando o comunicado da empresa Fresenius Medical Care Ltda, do recebimento de relatos de ocorrência de peritonite asséptica associada ao uso de alguns lotes do produto PERITOSTERIL ANDY DISC, e as investigações realizadas pela empresa, onde se detectou contaminação por endotoxina bacteriana nos lotes reclamados, e ainda a decisão da empresa em proceder com o recolhimento voluntário de uma faixa abrangente de lotes do produto fabricados no mesmo período em que os lotes reclamados aos relatos, resolve:

Art. 1º. Determinar, como medida de interesse sanitário, em todo o território nacional, a suspensão da distribuição, comercialização e uso dos lotes de medicamento PERITOSTERIL ANDY DISC, fabricados por Fresenius Medical Care Ltda. (CNPJ: 01.440.390/0001-36), relacionados na tabela a seguir:

NOME DO PRODUTO	LOTE	Data de fabricação	Data de validade
PERITOSTERIL TIPO 2 ANDY DISC BFN 2000ml	141189298	10.11.2014	10.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 2 ANDY DISC BFN 2000ml	141189299	10.11.2014	10.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 2 ANDY DISC BFN 2000ml	141189300	10.11.2014	10.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 2 ANDY DISC BFN 2000ml	141189301	10.11.2014	10.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 2 ANDY DISC BFN 2000ml	141189302	10.11.2014	10.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 2 ANDY DISC BFN 2500ml	141189304	10.11.2014	10.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 2 ANDY DISC BFN 2500ml	141189305	10.11.2014	10.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 3 ANDY DISC BFN 2500ml	141189334	10.11.2014	10.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 3 ANDY DISC BFN 2000ml	141189341	11.11.2014	11.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 3 ANDY DISC BFN 2000ml	141189342	11.11.2014	11.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 3 ANDY DISC BFN 2000ml	141189343	11.11.2014	11.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 3 ANDY DISC BFN 2000ml	141189344	11.11.2014	11.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 3 ANDY DISC BFN 2000ml	141189345	11.11.2014	11.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 3 ANDY DISC BFN 2000ml	141189346	11.11.2014	11.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 2 ANDY DISC BFN 2000ml	141189381	12.11.2014	12.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 2 ANDY DISC BFN 2000ml	141189382	12.11.2014	12.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 2 ANDY DISC BFN 2000ml	141189383	12.11.2014	12.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 2 ANDY DISC BFN 2000ml	141189384	12.11.2014	12.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 2 ANDY DISC BFN 2000ml	141189385	12.11.2014	12.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 2 ANDY DISC BFN 2000ml	141189303	12.11.2014	12.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 2 ANDY DISC BFN 2000ml	141189430	13.11.2014	13.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 2 ANDY DISC BFN 2000ml	141189431	13.11.2014	13.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 2 ANDY DISC BFN 2000ml	141189432	13.11.2014	13.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 2 ANDY DISC BFN 2000ml	141189433	13.11.2014	13.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 2 ANDY DISC BFN 2000ml	141189434	13.11.2014	13.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 2 ANDY DISC BFN 2000ml	141189435	13.11.2014	13.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 2 ANDY DISC BFN 2000ml	141189437	13.11.2014	13.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 4 ANDY DISC BFN 2000ml	141189480	14.11.2014	14.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 4 ANDY DISC BFN 2000ml	141189481	14.11.2014	14.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 4 ANDY DISC BFN 2000ml	141189482	14.11.2014	14.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 4 ANDY DISC BFN 2000ml	141189483	14.11.2014	14.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 4 ANDY DISC BFN 2000ml	141189484	14.11.2014	14.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 4 ANDY DISC BFN 2500ml	141189485	14.11.2014	14.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 4 ANDY DISC BFN 2500ml	141189486	14.11.2014	14.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 17 ANDY DISC BFN 2500ml	141189380	12.11.2014	12.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 17 ANDY DISC BFN 2500ml	141189396	12.11.2014	12.11.2016
PERITOSTERIL TIPO 17 ANDY DISC BFN 2500ml	141189114	03.11.2014	03.11.2016

Art. 2º. Determinar que a empresa promova o recolhimento dos estoques existentes no mercado, relativo aos produtos descritos no art. 1º, na forma da Resolução-RDC nº 33/2005.

Art. 3º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

DANIEL ROBERTO CORADI DE FREITAS

**SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO  
E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE**
**PORTARIA CONJUNTA Nº 1, DE 14 DE JANEIRO DE 2015**

Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde nos termos do Edital de Convocação nº 32/SGTES-MS/SESu-MEC, de 24 de julho de 2014.

O SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE do Ministério da Saúde e a SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR - SUBSTITUITO do Ministério da Educação, no uso de suas atribuições e nos termos do Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007, da Portaria Interministerial nº 1.077/MS/MEC, de 12 de novembro de 2009 e considerando o Edital de Convocação nº 32/SGTES-MS/SESu-MEC, de 24 de julho de 2014, resolve:

Art. 1º. Homologar o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde pelo Edital de Convocação nº 32/SGTES-MS/SESu-MEC, de 24 de julho de 2014.

Art. 2º. Divulgar a relação dos projetos selecionados para concessão de bolsas de residentes, contemplando ampliação e programas novos de Residência em Área Profissional da Saúde pelo Ministério da Saúde, conforme Anexo desta Portaria.

Art. 3º. Os residentes deverão ser cadastrados no Sistema de Informações Gerais das Residências do Ministério da Saúde (SIGRESIDÊNCIAS): <http://sigresidencias.saude.gov.br>, até o dia 25/02/2015. O Cadastro dos Residentes será liberado após o coordenador gerar e assinar o Termo de Compromisso com a Gestão das Bolsas disponibilizado no SIGRESIDÊNCIAS.

Parágrafo único. Todos os residentes dos programas selecionados deverão ser cadastrados obrigatoriamente também no Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SivCNRMS - MEC): <http://carnas.mec.gov.br>.

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

continua



Art. 4º O Termo de Compromisso da Gestão das Bolsas, será disponibilizado no SIGRESIDÊNCIAS - <http://sigresidencias.saude.gov.br>, deverá ser assinado pelo Coordenador da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) e pelo Coordenador do Programa de Residência e enviado, conforme orientações contidas no próprio documento, até dia 23/02/2015 (data da postagem), sob pena de não inclusão dos residentes na folha de pagamento do primeiro mês.

§1º O Coordenador da COREMU deverá realizar a atualização das informações relativas aos programas de residências cadastrados.

§2º O Coordenador do programa deverá realizar a atualização mensal das informações relativas aos residentes cadastrados.

Art. 5º Os residentes farão jus ao financiamento das bolsas caso o art. 3º e art. 4º sejam cumpridos.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HEIDER AURELIO PDNTO  
Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

ADRIANA RIGON WESKA  
Secretária de Educação Superior  
Substituta

## ANEXO

	CODIGO SIGRESIDENCIAS	UF	MUNICIPIO	AREA DE CONCENTRACAO	INSTITUICAO PROPONENTE	BOLSAS
1	5820	AM	MANAUS	ATENÇÃO BÁSICA / SAÚDE DA FAMÍLIA	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS	15
2	5833	AM	MANAUS	ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS	10
3	6038	AM	MANAUS	NEONATOLOGIA	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS	2
4	6966	AM	MANAUS	URGENCIA / TRAUMA	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS	2
5	6967	BA	SALVADOR	ATENÇÃO BÁSICA / SAÚDE DA FAMÍLIA	FUNDAÇÃO ESTADUAL SAÚDE DA FAMÍLIA - FEFSA	60
6	6824	BA	SALVADOR	ATENÇÃO BÁSICA / SAÚDE DA FAMÍLIA	FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA	60
7	6197	CE	SOBRAL	URGENCIA / TRAUMA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL	18
8	6294	ES	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	ATENÇÃO AO CANCER	HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	18
9	6249	ES	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	INTENSIVISMO	HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	10
10	6261	GO	GOIANIA	ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	4
11	6376	GO	GOIANIA	SAÚDE FUNCIONAL E REABILITACAO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	10
12	6971	MA	SÃO LUÍS	SAÚDE COLETIVA	ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE SÃO LUÍS	20
13	6919	MG	ALFENAS	ATENÇÃO BÁSICA / SAÚDE DA FAMÍLIA	FUNDAÇÃO DE ENSINO E TECNOLOGIA DE ALFENAS	12
14	6103	MG	BELO HORIZONTE	ATENÇÃO BÁSICA / SAÚDE DA FAMÍLIA	MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE	10
15	6371	MG	MONTES CLAROS	SAÚDE MENTAL	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS	12
16	6709	MG	CONTAGEM	SAÚDE BUCAL; CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL	UNIVERSIDADE DE URGÊNCIA DE CONTAGEM	2
17	5728	PA	BELEM	ATENÇÃO AO CANCER	INSTITUTO OPR LOIOLA	4
18	6115	PA	BELEM	SAÚDE BUCAL; CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL	INSTITUTO OPR LOIOLA	2
19	6028	PE	RECIFE	ATENÇÃO BÁSICA / SAÚDE DA FAMÍLIA	FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO	20
20	6300	PE	RECIFE	SAÚDE MENTAL	INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP	10
21	6109	PE	RECIFE	ATENÇÃO CLÍNICA ESPECIALIZADA	INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP	3
22	6273	PE	RECIFE	SAÚDE COLETIVA	INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP	16
23	6147	PR	GUARAPUAVA	ATENÇÃO BÁSICA / SAÚDE DA FAMÍLIA	UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ	8
24	5879	PR	CURITIBA	FÍSICA MÉDICA	LEA PARANAENSE DE COMBATE AO CANCER	1
25	5528	RJ	PETROPOLIS	ATENÇÃO BÁSICA / SAÚDE DA FAMÍLIA	FUNDAÇÃO OCTACILIO GUALBERTO	9
26	6702	RJ	RIO DE JANEIRO	ATENÇÃO BÁSICA / SAÚDE DA FAMÍLIA	FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ	14
27	5524	RJ	PETROPOLIS	INTENSIVISMO	FUNDAÇÃO OCTACILIO GUALBERTO	4
28	6280	RO	VILHENA	ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL DE RONDONIA	6
29	6281	RO	VILHENA	SAÚDE MENTAL	ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL DE RONDONIA	6
30	6247	RO	VILHENA	URGENCIA / TRAUMA	ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL DE RONDONIA	12
31	6608	RS	PORTO ALEGRE	SAÚDE MENTAL	ASSOCIAÇÃO ANTONIO VIEIRA	6
32	5775	RS	SANTA MARIA	SAÚDE MENTAL	SOC CARIT E LI SÃO FRANCISCO DE ASSIS ZONA NORTE	7
33	6075	RS	SÃO LEOPOLDO	SAÚDE MENTAL	ASSOCIAÇÃO ANTONIO VIEIRA	3
34	5832	RS	SANTA MARIA	URGENCIA / TRAUMA	SOC CARIT E LI SÃO FRANCISCO DE ASSIS ZONA NORTE	6
35	6182	SC	FLORIANÓPOLIS	ATENÇÃO BÁSICA / SAÚDE DA FAMÍLIA	FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SC UDESC	44
36	6040	SC	ITAJAI	ATENÇÃO BÁSICA / SAÚDE DA FAMÍLIA	FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAI	60
37	6696	SP	SÃO PAULO	ATENÇÃO BÁSICA / SAÚDE DA FAMÍLIA	ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL NOVE DE JULHO	12
38	5351	SP	HARRETOIS	ATENÇÃO AO CANCER	FUNDAÇÃO PIO XII	2
39	6867	SP	SÃO PAULO	SAÚDE MENTAL	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	8
40	6015	SP	PRESIDENTE PRUDENTE	INTENSIVISMO	ASSOCIAÇÃO LAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDENCIA DE DEUS	4
41	6022	SP	PRESIDENTE PRUDENTE	URGENCIA / TRAUMA	ASSOCIAÇÃO LAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDENCIA DE DEUS	4
42	6809	SP	SÃO PAULO	INTENSIVISMO	AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL	14
43	6812	SP	SÃO PAULO	SAÚDE BUCAL; CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL	AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL	2
44	6811	SP	SÃO PAULO	URGENCIA / TRAUMA	AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL	12
45	5776	SP	SÃO PAULO	URGENCIA / TRAUMA	CASA DE SAÚDE SANTA MARTINA	8
46	5807	TO	PALMAS	SAÚDE COLETIVA	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS	12