

CONTROVERSIAS EN LA CONSTITUCIÓN DE LAS RESIDENCIAS
MULTIPROFESIONALES EN SALUD EN BRASIL: ANÁLISIS DE DOCUMENTOS
PÚBLICOS

CONTROVÉRSIAS NA CONSTITUIÇÃO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE
NO BRASIL: ANÁLISE DE DOCUMENTOS PÚBLICOS

CONTROVERSIES IN THE CONSTITUTION OF MULTI-PROFESSIONAL HEALTH RESIDENCIES
IN BRAZIL: ANALYSIS OF PUBLIC DOCUMENTS

Maria Karoline Ferreira dos Santos Duarte ¹
Jefferson de Souza Bernardes ²

Manuscrito enviado el: 28 de octubre de 2024.

Aprobado el: 13 de junio de 2025.

Publicado el: 29 de junio de 2025.

Resumen

Este artículo aborda las controversias en los diálogos y debates sobre la Residencia Multiprofesional en Salud. Se trazaron caminos entre distintos materiales, voces, experiencias, lugares, saberes y prácticas compartidas en torno a experiencias en Residencias Multiprofesionales, con el objetivo de comprender los diferentes discursos y controversias que conforman estos programas en Brasil. La investigación se basa en el construccionismo social y las prácticas discursivas y la producción de significados. Se realizó utilizando materiales de foros, cartas, documentos públicos que constituyen el cotidiano y la institucionalización de las Residencias Multiprofesionales en Salud, además de diarios de campo elaborados por la investigadora principal de este trabajo. Las posiciones de los diferentes sujetos se hicieron evidentes para mostrar que los intereses en torno a las Residencias son diversos. La creación y funcionamiento de los programas están fuertemente marcados por relaciones de poder, deseos e intereses en constante disputa, y las narrativas denuncian la precarización de las Residencias Multiprofesionales a lo largo de los años, evidenciando que las formas de construir las prácticas en los territorios de las Residencias no están siendo escuchadas. La política del Programa ReFORÇA Brasil apunta retrocesos tanto en la forma como en el contenido para el efectivo funcionamiento de las Residencias de Salud.

Palabras clave: Educación Profesionalizante; Educación Interprofesional; Residencia Multiprofesional; Residencia en Salud.

Resumo

Este artigo aborda as controvérsias nos diálogos e debates sobre a Residência Multiprofissional em Saúde. Foram produzidos caminhos entre distintos materiais, vozes, experiências, lugares, saberes e práticas compartilhadas em torno de experiências junto às Residências Multiprofissionais, com o objetivo de compreender os diferentes discursos e controvérsias responsáveis pela fabricação desses

¹ Máster en Psicología por la Universidad Federal de Alagoas. Profesor del Colegio Anhanguera de Maceió.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2515-3201> Contacto: mkarolineduarte@gmail.com

² Doctor en Psicología Social por la Pontificia Universidad Católica de São Paulo, con Postdoctorado en Psicología Social por la Universitat Autònoma de Barcelona. Profesor en la Maestría Profesional en Psicología de la Universidad Federal de Alagoas.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5543-6942> Contacto: jbernardes.ufal@gmail.com

programas no Brasil. A pesquisa se baseia no construcionismo social e nas práticas discursivas e produção de sentidos. Foi realizada utilizando materiais de fóruns, cartas, documentos públicos que constituem o cotidiano e o institucionalizado das Residências Multiprofissionais em Saúde, além de diários de campo construídos pela pesquisadora principal deste trabalho. As posições dos/as diferentes sujeitos/as se evidenciaram para mostrar que os interesses em torno das Residências são diversos. O funcionamento dos programas é fortemente marcado por relações de poder e interesses em constante disputas e as narrativas denunciam a precarização das Residências Multiprofissionais ao longo dos anos, evidenciando que os modos de construir as práticas nos territórios das Residências não estão sendo respeitados. A política do Programa ReFORÇA Brasil aponta para retrocessos tanto em forma, quanto em conteúdo para o efetivo funcionamento das Residências em Saúde.

Palavras-chave: Educação Profissionalizante; Educação Interprofissional; Residência Multiprofissional; Residência em Saúde.

Abstract

This article addresses the controversies in the dialogues and debates about the Multi-professional Residency in Health. Paths were developed among different materials, voices, experiences, places, knowledge, and shared practices around experiences within Multi-professional Residencies, with the aim of understand the different discourses and controversies responsible for shaping these programs in Brazil. The research is based on social constructionism and on discursive practices and production of meanings. It was conducted using materials from forums, letters, various documents that constitute the daily and institutionalized aspects of Multi-professional Health Residencies, in addition to field diaries constructed by the main researcher of this work. The positions of the different subjects became evident to show that the interests surrounding the Residencies are diverse. The functioning of the programs is strongly marked by power relations with constantly disputed interests and the narratives denounce the precariousness of Multi-professional Residencies over the years, highlighting that the ways of building practices within the territories of Residencies are not being respected. The policy of the ReFORÇA Brasil Program points to setbacks in both form and content for the effective functioning of Health Residencies.

Keywords: Professional Education; Interprofessional Education; Multi-professional-residencies; Health residencies.

Introducción

Este artículo busca comprender el debate sobre la constitución de las Residencias Multiprofesionales de Salud en Brasil (RMS), por medio de la articulación entre los diferentes discursos del contexto histórico actual y que denotan las disputas, conflictos y controversias a partir de la variabilidad de narrativas.

Se analizaron documentos oficiales (ordenanzas, decretos, leyes) y no oficiales, cartas de recomendación producidas en los Encuentros Nacionales de Programas de Residencia en Salud, diarios de campo elaborados a partir de la participación en transmisiones en vivo de las discusiones de la RMS y reuniones en línea del Foro Nacional de Residentes de Salud (FNRS), así como artículos que abordan el tema.

Inicialmente, situamos el proceso de construcción de las Residencias Médicas considerando que dichos programas fueron los primeros a ser creados en Brasil y ejercieron influencia en la implementación y desarrollo del modelo multiprofesional. A continuación, presentamos la Residencia Multiprofesional en Salud, las controversias a lo largo de su historia y constitución y concluimos reafirmando la importancia de las Residencias Multiprofesionales en Salud como dispositivos importantes de la Política de Educación Continua en Salud, potentes para la formación de profesionales comprometidos con el SUS, ética y técnicamente competentes y sensibles al contexto sociopolítico-económico y de salud del país.

Base teórico-metodológica

El estudio consiste en un extracto de una disertación de maestría y tiene como campo-tema (Spink, 2003) las residencias multiprofesionales en salud. Con el aporte teórico-metodológico de Prácticas Discursivas y Producción de Significados (Spink, 2010; 2013), se fundamenta en la perspectiva socioconstruccionista, que entiende al individuo como construcción social y al lenguaje como acción (Gergen, 1985; Lñiguez, 2008).

El recorrido metodológico se construyó a partir del encuentro con literatura académica, materiales e información sobre las residencias. Trabajamos con la identificación de controversias, caracterizadas por Venturini (2010) como situaciones o cuestiones complejas, compuestas por varios actores y conflictos, alianzas y oposiciones que cambian con cierta frecuencia y sin prudencia. Las controversias contribuyen a pensar la producción de un debate y dan visibilidad a los actores sociales involucrados, además de mostrarnos cómo se posicionan estos actores y cómo sus discursos se oponen entre sí (Galindo; Rodrigues, 2014).

Para identificar las controversias, inicialmente se identificaron Documentos de Dominio Público, registros que están disponibles para ser accedidos y que son producto de conversaciones construidas de manera heterogénea, por diferentes actores (Spink et al, 2014). Estos documentos fueron seleccionados mediante motores de búsqueda electrónicos y organizados en una tabla explicativa sobre su contenido, en orden cronológico. De esta manera, accedemos al discurso establecido a través de leyes, ordenanzas, resoluciones, notas públicas y decretos oficiales que rigen las Residencias Multiprofesionales de Salud.

Además de estos documentos, se analizaron 9 cartas de recomendación producidas al final de los Encuentros Nacionales de Programas de Residencia en Salud, que se realizan anualmente. Las cartas fueron seleccionadas en función de la disponibilidad de acceso al material en plataformas digitales, como páginas y grupos en Facebook, Instagram y blogs del Foro Nacional de Residentes de Salud.

Posteriormente, con el objetivo de comprender de forma dinámica los discursos encontrados en estos documentos, elaboramos 5 diarios de campo (Medrado; Spink; Mélló, 2014) escritos a partir de la participación en transmisiones en vivo de discusiones en la RMS y reuniones en línea del Foro Nacional de Residentes de Salud, realizadas entre diciembre de 2019 y abril de 2020.

Los materiales seleccionados fueron leídos y releídos varias veces. Utilizando el programa de procesamiento de textos LibreOffice Writer y la herramienta “anotación”, se destacaron extractos de los textos, buscando identificar cómo los discursos presentes en los diferentes materiales se relacionaban, se oponían o se contradecían, así como las disputas y apuestas presentes en la constitución de Residencias Multiprofesionales de Salud en Brasil.

Resultados

La información se produjo a través de dos dispositivos: el primero, la búsqueda de documentos de dominio público: documentos oficiales (ordenanzas, decretos, leyes) y documentos no oficiales (cartas de recomendación producidas en los Encuentros Nacionales de Programas de Residencia en Salud).

La Tabla 1 - Documentos de dominio público sobre la residencia multiprofesional en salud -, a continuación, se resume los documentos oficiales identificados.

Tabla 1 – Documentos de dominio público sobre la residencia multidisciplinaria en salud.

Documento	Contenido del documento	Año
Decreto nº 80.281, de 5 de setembro.	Regulamenta a RM e cria a CNRM.	1977
Lei nº 6.932, de 07 de julho.	Dispõe sobre as atividades do médico residente.	1981
Portaria 16/99	Cria o Programa de Residência Integrada em Saúde.	1999
Lei nº 11.129, de 30 de junho.	Institui a Residência em Área Profissional da Saúde e cria a CNRMS.	2005
Resolução CNRM 01, de 03 de janeiro.	Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões Estaduais de Residência Médica.	2006

Portaria Interministerial MEC/MS nº 45.	Define as diretrizes para os programas multiprofissionais e em área da saúde e a composição da CNRMS.	2007
Portaria Interministerial MEC/MS nº 506.	Instituiu a carga horária semanal de 60 (sessenta) horas para as residências uni e multiprofissionais.	2008
Portaria Interministerial Nº 1.077, de 12 de novembro.	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.	2009
Decreto Nº 7.562, de 15 de setembro.	Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica.	2011
Resolução CNRMS Nº 1 de 30 de janeiro.	Institui as Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências.	2012
Resolução Nº 2, de 3 de julho.	Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica.	2013
Resolução Nº 5, de 7 de novembro.	Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes.	2014
Resolução Nº 1, de 21 de julho.	Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que ofertam programas de residência em área profissional da saúde na modalidade multiprofissional e uniprofissional	2015

Fonte: Autoria própria.

El segundo dispositivo fue la participación y diálogo con el Foro Nacional de Residencias de Salud (FNRS). A partir de esta participación se creó un Diario de Campo (Medrado; Spink; Mélló, 2014).

Con base en los dos dispositivos, se desarrolló el análisis de documentos de dominio público, según Spink et al (2014).

Discusión

- Residencias médicas

¿Residencia para quienes no tienen título de medicina? ¿Cómo funciona? Esta era una pregunta común que se les hacía a los residentes. La pregunta siempre iba acompañada de cierta extrañeza, a veces porque eran profesionales residentes de psicología, a veces porque era una Residencia fuera del contexto hospitalario.

Aunque tengamos la sensación de que la creación de programas multidisciplinares, junto al ingreso de residentes en distintos entornos al hospitalario, ha abordado cada vez más estas cuestiones – especialmente en relación a los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS) – la trayectoria de la construcción de las Residencias nos ayuda a entender por qué ha sido asociada durante tanto tiempo a la medicina y comprendida como “cosa de médicos”.

El surgimiento de los programas de Residencia Médica en Brasil estuvo marcado por la influencia que el país sufrió de experiencias originadas en Estados Unidos en el siglo XIX. Allí, la formación de los profesionales médicos se basaba en la experiencia de la práctica clínica que debía darse a través del entrenamiento en la red hospitalaria (Feuerwerker, 1997). Los primeros programas de residencia médica estaban enfocados al ejercicio de la medicina quirúrgica y de la medicina clínica, es decir, estaban orientados hacia especialidades del campo de la medicina y los médicos residían y vivían en hospitales, dedicándose intensamente a la formación en estos espacios.

Las primeras Residencias Médicas brasileñas surgieron en el período de posguerra, en la década de 1940 (Feuerwerker, 2002), con un modelo marcado esencialmente por la clínica tradicional, basada en una lógica biomédica, intrahospitalaria y centrada en el entrenamiento en procedimientos específicos. Según Haubrich (2015), los primeros programas de Residencia Médica en Brasil tuvieron lugar en la Universidad de São Paulo, en 1945, y en el “Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro”, en 1947.

Sin embargo, a partir de la década de 1960, el número de programas existentes creció de manera desorganizada. Un crecimiento impulsado por la tendencia a la especialización médica y el aumento de plazas en las carreras de medicina de pregrado en ese momento (Feuerwerker, 1997), teniendo repercusiones que provocaron cuestionamientos e insatisfacción por parte de los médicos residentes.

El país atravesaba un período de considerable represión y movimientos hacia la transición democrática. En el ámbito de la salud, el gobierno buscó implementar estrategias para enfrentar la grave crisis sanitaria vivida, como la creación del Sistema Nacional de Salud, establecido mediante la Ley nº. 6.229/1975 (Paiva; Teixeira, 2014).

En relación a la organización de este sistema, esta ley definió algunas competencias para el Ministerio de Salud (MS) y el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), de modo que este último fuera responsable de gestionar las políticas de formación de profesionales para el

sistema de salud. Fue una época en la que las políticas de formación estaban aisladas de la necesidad de mejorar el sistema de salud. No hubo diálogo entre ministerios para desarrollar estrategias de capacitación de los trabajadores acorde a las necesidades de salud de la población.

Paim (2008) explica que, en la década de 1970, se produjeron movilizaciones de diferentes segmentos de la sociedad, cuestionando el escenario permeado por muchas dificultades en el campo social y de la salud. Es en este escenario que los residentes aparecen como actores/actrices políticos que organizan huelgas para exigir mejoras, con agendas que involucran la lucha por derechos laborales y, también, trayendo a este debate la importancia de pensar la formación para el campo de la salud y la forma como ella viene sucediendo.

Médicos residentes pidieron regulación de los programas de Residencia Médica. Existían diferentes formas de organizar los programas existentes – con bajos salarios y sin seguimiento de las actividades – y, además, la importancia de sacar a la luz un debate sobre la formación que se estaba ofreciendo. Considerando que las actividades realizadas por los residentes tenían similitudes con las prácticas laborales, los médicos se organizaron para exigir posicionamiento gubernamental (Feuerwerker et al., 2018).

En este contexto se produjo la primera gran huelga y proceso de organización política de los residentes. También hubo experiencias de residencias de enfermería que estaban sucediendo con problemas similares a los vividos por los médicos, por lo que los enfermeros residentes también fueron parte de los movimientos de protesta que ocurrieron en la época (Lopes, 2002).

El movimiento de protesta de los residentes tuvo un resultado positivo y, a finales de la década de 1970, la Residencia Médica fue instituida oficialmente por el decreto n° 80.281, de septiembre de 1977 (Brasil, 1977), que creó la Residencia como modalidad de posgrado y fue responsable de crear la Comisión Nacional de Residencia Médica (CNRM), bajo la responsabilidad del Ministerio de Educación (MEC). En 1981 se creó una ley que regula las actividades de la Residencia Médica. Parece haber aquí una articulación deseada entre MS y MEC, a fin de pensar las cuestiones de formación relacionadas con la Residencia Médica.

Sin embargo, Feuerwerker (2000) explica que lo que se vio fue una comisión integrada principalmente por asociaciones profesionales médicas, con el fin de perpetuar una práctica que respondía a la lógica corporativista. El MEC, a su vez, se encargó de financiar becas para

residentes en nivel nacional. Por tanto, la organización y funcionamiento de los programas de residencia médica, vinculados a las necesidades de salud, continuó sin ser un tema prioritario, respondiendo a intereses específicos.

Un estudio realizado en 2019 muestra que, en ese año, entre los principales financiadores de becas de Residencia Médica en Brasil estaban el MS, las Secretarías Estatales de Salud y el MEC, siguiendo ese orden (Campos et al, 2019). Según el Sistema de Información del CNRM, en 2019 existían 907 instituciones que ofertaban 6.449 programas de Residencia Médica en el país. Este mismo estudio muestra que, en ese momento, se autorizaron 56.255 vacantes, siendo 40.333 ocupadas y 15.922 desocupadas, con la mayor tasa de desempleo en los estados de Amapá, Roraima, Alagoas y Mato Grosso do Sul (Campos et al, 2019).

- Aproximaciones al contexto del surgimiento de las Residencias Multiprofesionales en el Sistema Único de Salud - SUS

El advenimiento del SUS provoca cambios importantes en las formas de prestación de servicios de salud, destacándose la necesidad de transformaciones en el proceso de formación y desarrollo de profesionales desde la Constitución Federal de 1988, que atribuye a la gestión del SUS la reglamentación de los recursos humanos en el área de la salud, así como el aumento, en su área de actuación, del desarrollo científico y tecnológico (Brasil, 1988).

Es posible identificar algunos marcos políticos y conceptuales que traen a la luz discusiones y reformulaciones a partir de la necesidad de cambios en la formación, como la Ley Orgánica de Salud (Ley nº 8080/90), la creación del Programa de Salud de la Familia (PSF) y políticas ministeriales como la Política Nacional de Atención Primaria (PNAB) (Brasil, 2011).

El PSF, creado en 1993, surgió de la experiencia exitosa del Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) y se estructuró con base en el modelo de Atención Primaria. Así, la demanda de profesionales de salud como proceso de trabajo alineado a las prácticas del PSF resalta las contradicciones existentes entre la formación anteriormente defendida y el sistema de salud actual (Brasil, 2006). Mientras tanto, el PNAB fue creado para cambiar el paradigma en la atención a la salud, en el que el cuidado aparece como una práctica que se establece a partir del abordaje integral del proceso salud-enfermedad, reforzando la importancia y la necesidad de transformar las prácticas en los servicios (Brasil, 2012a).

Otros hitos son la Ley de Directrices y Bases de la Educación (LDB) de 1996, que visa estimular el pensamiento reflexivo, así como el conocimiento de los problemas mundiales, prestando servicios a la comunidad (Brasil, 1996), y la aprobación de las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) para los cursos de salud en 2001, que aparece como una posibilidad para mejorar la formación. Al apuntar la necesidad de incorporar los presupuestos del SUS, constituyen un cambio paradigmático en el proceso de formación de la educación superior, abogando por una formación basada en el contacto con los diferentes niveles de atención a la salud (Stella; Puccini, 2008).

Además de éstas, la elaboración de la Norma Operacional Básica de Recursos Humanos del SUS, revisada en 2000, bajo la coordinación de la entonces Comisión Intersectorial de Recursos Humanos del Consejo Nacional de Salud (CNS), apoya la gestión del trabajo y la política de desarrollo de los trabajadores del SUS (Brasil, 2006).

Con el objetivo de implementar la creación de esta política, en junio de 2003, mediante Decreto de Ley n.º 4.726, se creó la Secretaría de Gestión del Trabajo y Educación en Salud (SGTES), que pasó a desarrollar sus acciones con base en la “Política Nacional de Formación y Desarrollo para el SUS: Caminos para la Educación Permanente en Salud”, aprobada por la CNS (Brasil, 2006). La SGTES tuvo un papel fundamental en la institucionalización de los Programas de Residencia Multiprofesional y de la Comisión Nacional de Residencia Multiprofesional (CNRMS).

Con la institución de la Ordenanza GM/MS n.º 198/2004, que crea legalmente la Política Nacional de Educación Continuada en Salud, la Residencia Multiprofesional alcanzó entonces el estatus de acción recomendada por una política de Estado (Brasil, 2004). Configurada como una política que pretende desarrollar la formación en torno al aprendizaje significativo, aprendizaje que se da en el trabajo, la educación continuada pretende problematizar el proceso de trabajo y reflexionar sobre él a través de las problemáticas enfrentadas, teniendo en cuenta las experiencias y conocimientos que cada sujeto ya posee. Considera que las necesidades de formación y desarrollo de los trabajadores están orientadas por las necesidades de salud de las personas y poblaciones (Brasil, 2006).

Reis (2008) explica que las Residencias Multiprofesionales se comprometieron a alinear sus prácticas a las necesidades de salud de la población, a la integralidad y al cambio del modelo tecnoasistencial, centrándose en “[...] la producción de un contingente de

profesionales combativos, activos, que luchan por el SUS y la integralidad” (p. 33). Por ello, fue dentro de una política orientada a la formación en salud a través del trabajo que se creó la Residencia Multiprofesional.

- La creación de Residencias Multiprofesionales

Durante la década de 1970 ya se venían desarrollando experiencias multiprofesionales en los programas de formación en Brasil. Creada por la Secretaría de Salud del “Estado de Rio Grande do Sul” en 1976, junto con la Unidad de Salud “São José Murialdo”, la Residencia Médica en Medicina Comunitaria (Salud Comunitaria) tuvo su origen en la propuesta de formar profesionales con una visión integrada entre la medicina clínica, la salud mental y la salud pública (Corrêa, 2018). En 1978 esta Residencia adquirió un carácter multiprofesional.

A diferencia de las Residencias Médicas, la reglamentación de las Residencias Multiprofesionales y Residencias en Áreas Profesionales de la Salud recién se dio en el año 2005, mediante la Ley n. 11.129, cuando también se aprobó la creación del CNRMS. Esto se debe a los movimientos que se dieron en años anteriores, con organizaciones colectivas y compartición de experiencias de los involucrados en las residencias.

Ceccim (Diario de Campo, 14/10/2020) explica que la Ley n° 11.129 de 2005, encargada de oficializar la creación de los programas, fue ampliamente debatida dos años antes, con base previa de conversación tanto con el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS) como con el Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS). El CNRMS, principal instrumento regulador de las Residencias, tuvo su primera constitución formulada apenas dos años después de la creación oficial de las Residencias en 2005, fruto de una serie de movilizaciones de los movimientos de Residencias, junto con entidades como el CNS.

El surgimiento de los programas de Residencias Multiprofesionales, a partir de su reglamentación, da lugar a nuevos actores como coordinadores, preceptores, tutores, profesores y residentes en Residencias Multiprofesionales (Carvalho, 2018; Ceccim, 2010). Esto se realiza a través de espacios creados a nivel nacional, regional y estatal, como seminarios, foros, encuentros en alianza con entidades como la Asociación Brasileña de Salud Coletiva (ABRASCO) y la Rede Unida, permeados por una serie de tensiones y demandas a lo largo de los años.

Como ejemplo de ello, en el I Seminario de Residencias Multiprofesionales en Salud, realizado en diciembre de 2005, se redactó una moción para repudiar la disociación que impone la legislación entre los programas de residencia médica y otras categorías profesionales (Dallegrave, 2008). Feuerwerker et al (2018) explican que esta disociación entre categorías profesionales “[...] era una exigencia del MEC, atendiendo a una demanda/condición impuesta por la corporación médica” (p. 10).

Ante la necesidad de definir la composición y atribuciones relacionadas al CNRMS para que pueda funcionar y regular las actividades de los programas, el CNS, en conjunto con la Deges/SGTES, durante 2006, realizó seminarios en las cinco regiones del país, un movimiento liderado por los moradores, que vienen presionando al MEC y al MS a través de algunas estrategias.

Ceccim, Kreutz y Mayer Junior (2011) explican que los seminarios regionales, así como el II Seminario Nacional, ocurrieron con base en demandas de los habitantes al MEC. Las discusiones realizadas durante el II Seminario, realizado en el ámbito del 8º Congreso Brasileño de Salud Pública de ABRASCO, llevaron a los gestores federales a instituir una ordenanza que creó un grupo de trabajo para abordar cuestiones relacionadas con el CNRMS. Fue también durante el congreso que se gestó el Foro Nacional de Residentes de Salud.

El CNRMS fue creado posteriormente por la ordenanza MEC/MS n.º. 45 de 12 de enero de 2007. Se constituye como órgano colegiado, responsable de los procesos de evaluación, supervisión y regulación de los programas de Residencia (Brasil, 2009). A lo largo del tiempo, el CNRMS ha sufrido cambios tanto en su composición como en su activación/desactivación, lo que demuestra los intereses en juego en su desarrollo.

Inicialmente se constituyó de forma diversificada, con participantes que incluían representantes del MS, MEC, CONASS, CONASEMS, universidades, CNS, foros de coordinadores, preceptores, residentes y Asociaciones de Docentes del Área de Salud (Brasil, 2007). Romcy (2018) explica que los segmentos que integraron la comisión en su primera composición se movilizaron en torno a la agenda de necesidades de salud para pensar cambios en la formación y en el modelo de asistencia técnica, con reservas para los órganos representativos del MEC y MS. Fueron estos enfrentamientos los que llevaron, en 2009, a la disolución del CNRMS.

Ese mismo año, en noviembre, se instituyó la Ordenanza Interministerial nº 1.077/09, tomando por sorpresa a los diversos segmentos de las Residencias. Su creación se produjo tras la revocación de la Ordenanza nº 45, fruto de las movilizaciones del movimiento Residencias para la creación del CNRMS. Entre los cambios resultantes, alteró la composición del CNRMS, ampliando la representación de los órganos ministeriales y deslegitimando la participación de foros de diferentes segmentos de la Residencia, sin ningún debate público (II Encuentro [...], 2012).

Mientras tanto, la carta del foro de residentes de salud de 2013, muestra que los actores y actrices de los programas continuaron, paralelamente, abogando por la revocación de la Ordenanza n. 1.077/09, demostrando su insatisfacción con la composición propuesta del CNRMS. En abril de 2014 se reconstituyó el plenario del CNRMS. Sin embargo, cartas del FNRS muestran que los residentes piden, entre otras cosas, la garantía del mantenimiento de las actividades del CNRMS y exigen que la representación de los segmentos de Residencia en la comisión sea efectiva (Forum [...], 2015; Forum [...], 2017).

- El escenario de las Residencias Multiprofesionales en 2020

Según el Foro Nacional de Residentes de Salud, en 2016, las reuniones plenarias del CNRMS fueron interrumpidas (Forum [...], 2017) y, poco después, mediante el Decreto n. 9.759, de 11 de abril de 2019, se desactivó/extinguió la comisión. En este decreto, el gobierno federal extingue y establece lineamientos, reglas y limitaciones para los órganos colegiados de la administración pública federal, determinando expresamente la extinción de los consejos, comisiones, foros y demás instancias de participación colegiada.

El gobierno federal justificó el decreto afirmando que los colectivos deben extinguirse porque generan gasto público innecesario, además de decir que alimentan entidades comprometidas con una ideología política contraria a la que propugna el gobierno (Senna, 2019). Esta fue otra medida arbitraria diseñada por el entonces gobierno federal para continuar el proceso de desmantelamiento de las políticas públicas y atacar directamente la democracia. Las medidas del decreto fueron limitadas, unos meses después, por una medida cautelar del STF, juzgada en pleno el 12 de junio de 2019, que decidió contra la extinción de los consejos y otros órganos colegiados cuya existencia estaba prevista por ley (Brasil, 2019a).

Por tanto, el CNRMS no pudo extinguirse. Sin embargo, desde mayo de 2019 permaneció desactivado y los programas enfrentaron dificultades, pues oficialmente no existía un apoyo institucionalizado a nivel nacional para atender los problemas vividos en sus prácticas cotidianas, siendo la mayoría de los problemas ya crónicos. En 2020, el CNRMS permaneció inactivo, sin celebrar reuniones ni debates.

Al acceder al portal en línea de Residencias Multiprofesionales, es posible observar que a partir de mayo de 2019, los anuncios sobre convocatorias para apertura de nuevos programas, creación del Sistema Nacional de Residencias en Salud, entre otros, serán realizados por la Coordinación General de Residencias en Salud y no por el CNRMS. La coordinación, creada en el ámbito del MEC, forma parte de la Dirección de Desarrollo de la Educación (DDES-SESU-MEC) y desde la desactivación de la Comisión Nacional viene realizando actividades que son responsabilidad de esta última.

Cuando el CNRMS se desactiva y sus actividades se paralizan, también cesan las actividades de las Cámaras Técnicas (CT), que son responsables de prestar asesoramiento, establecer áreas temáticas para organizar los programas (Brasil, 2012b). Esto imposibilita la apertura de nuevos programas o nuevas vacantes, ya que son los CT los que realizan el análisis de los procesos de evaluación de proyectos. Sin embargo, contrariamente a lo que establece la ley, lo que vemos son nuevos programas creados ad referendum, autorizados por la coordinación general sin ninguna discusión colectiva.

Ante este escenario, los foros de residentes, preceptores, tutores y coordinadores se organizaron para presentar una denuncia ante el Ministerio Público Federal y se posicionaron a través de boletines, notas, cartas de recomendación, etc. En respuesta a la denuncia realizada al MP, la coordinación general de Residencias justifica que la regla de funcionamiento de la Comisión Nacional es que las reuniones se realicen una vez al año (Diario de Campo, 14/10/2020), demostrando desconocimiento y desprecio por la importancia de la acción permanente de este espacio colegiado.

Durante el IX Encuentro Nacional de Residencias en Salud, realizado en 2019, los actores y actrices involucrados en el evento desarrollaron una serie de estrategias sugeridas para la reanudación de la comisión, así como del CT y para la construcción de una política de Residencias Multiprofesionales. Se posicionan diciendo que no reconocen la evaluación de programas sin acuerdo con el CNRM y, desde entonces, vienen invitando a diversas entidades a manifestar su apoyo a las luchas del movimiento Residencias.

Así, entidades como la Asociación Nacional de Estudiantes de Postgrado, el Sindicato Nacional de Profesores de Instituciones de Educación Superior (ANDES), el Centro Brasileño de Estudios en Salud (Cebes), además de consejos de las categorías profesionales que componen los programas están llamados a fortalecer las demandas de los residentes, especialmente considerando la desactivación del CNRMS. En 2019, los miembros del FNRS participaron en la 16ª Conferencia Nacional de Salud y trabajaron con el CNS, haciendo una moción durante la conferencia para reanudar la comisión y crear una Política Nacional de Residencia en Salud (Diario de Campo 02/10/2020). La CNS, a su vez, elabora una recomendación, solicitando la reanudación de las actividades del CNRMS y el debido nombramiento de sus miembros (Brasil, 2019b).

Al año siguiente, la Organización Mundial de la Salud declaró la emergencia pandémica de Covid-19, poniendo al mundo en alerta y en estado de preocupación. En junio de 2020, la revista Radis (nº 213) tituló: “Héroes de carne y hueso. En primera línea de la lucha contra la Covid-19, los profesionales sanitarios revelan rutinas en las que se enfrentan a la incertidumbre, la soledad, los riesgos y el trabajo agotador”. Las formas de ser, de trabajar y de estar en el mundo se ven hoy afectadas por este escenario.

Además de eso, está vigente la Enmienda Constitucional nº 95, de 2016, que alteró la Constitución de 1988 para establecer un nuevo modelo fiscal que promueve el desfinanciamiento del SUS. Este fue el escenario en el que los trabajadores de la salud se vieron llamados a cuidar de la población.

En la práctica de RMS, la desactivación de la comisión compromete el escenario de muchas maneras. La pandemia del nuevo coronavirus pone de relieve varios problemas que existen en el desarrollo y establecimiento de programas, especialmente en lo que respecta a la precariedad laboral, ya que muchos profesionales residentes ahora tienen que asumir la primera línea de la pandemia sin un apoyo mínimo.

En marzo de 2020, la Comisión Nacional de Programas de Residencia Médica ya estaba preparando recomendaciones oficiales para enfrentar la pandemia para los programas de Residencia Médica, mientras que la Comisión Nacional de Programas de Residencia Multiprofesional en Salud permaneció inactiva. En este momento, los Foros Nacionales de Residencia, los colectivos y las comisiones estatales juegan un papel importante, organizándose a través de discusiones colectivas con los actores y actrices de los programas para elaborar directrices ante el escenario actual. Tan solo dos meses después se publicaron

las recomendaciones a los equipos de Residencias Multiprofesionales, realizadas por la coordinación general de Residencias.

En este contexto, se hacen evidentes algunos problemas: retrasos en el pago de las becas salariales a más de 4.000 residentes, con tensiones entre los programas de Residencia y el MS; denuncias de acoso moral en áreas de trabajo; falta de Equipo de Protección Personal (EPP) y de apoyo para la gestión clínica; reubicación de residentes vinculados a consultas de Atención Primaria para trabajar en hospitales, etc. (Diario de Campo 12/05/2020; Diario de Campo 14/05/2020; Diario de Campo 16/03/2020).

El FNRS moviliza huelgas en todo el país, convocando a los equipos que componen la RMS a desarrollar acciones en las regiones donde realizan sus prácticas, además de asambleas virtuales, discusiones políticas y denuncias del trabajo precario, señalando a la sociedad civil las situaciones de descuido con los programas. Estas acciones reafirman agendas ya conocidas, como la reducción/calificación de la jornada de trabajo, la reanudación del CNRMS y el reajuste de la asignación salarial, lo que no ocurría desde 2016 (Diario de Campo 10/02/2020).

En medio de esto, en marzo de 2020, el Ministerio de Salud lanzó la ordenanza de la acción estratégica “Brasil Cuenta Conmigo – Residentes en el Área de Salud”, para combatir la pandemia de Covid-19. En su art. 2º se dispone que “el Ministerio de Salud pagará directamente a los profesionales sanitarios residentes, en concepto de bonificación, el valor mensual de R\$ 667,00 (seiscientos sesenta y siete reales), por un período de seis meses” (Brasil, 2020a, p.01).

En otras palabras, la demanda de reajuste de becas se convierte en un bono otorgado por el Ministerio, que es un valor inferior al necesario para corresponder al período de cuatro años sin reajustes. Si bien la campaña “Brasil cuenta conmigo” establece que el gobierno puede contar con los habitantes para enfrentar la pandemia, estos aún parecen no poder contar con el gobierno para mejorar sus condiciones de trabajo y capacitación.

- ¿Un nuevo marco regulatorio para las Residencias Sanitarias?

Siguiendo la lógica arbitraria adoptada por el gobierno federal, el MS y el MEC, pocos meses después de la implementación de la campaña “Brasil cuenta conmigo”, el MS y el MEC presentan el programa “ReFORÇA Brasil”. El programa pretende establecer un nuevo marco regulatorio para las Residencias de Salud, derogando la ordenanza vigente que delibera sobre ellas (Brasil, 2020b).

La noticia llega a las entidades y actores/actrices que integran las Residencias Multiprofesionales de forma desarticulada, sin que se haya producido ninguna discusión colectiva. Lo que se sabe, hasta el momento, es que el MS y el MEC presentaron el programa en reunión con la Comisión de Residencia Médica, presentando el “Proyecto de Reestructuración de Residencias en Salud”, el cual mostró un panorama referente específicamente a los programas de Residencia Médica. El CNRMS no estuvo presente debido a su desactivación y no fue convocada ninguna representación del RMS (Diario de Campo, 14/10/2020).

En agosto de 2020, en una transmisión en vivo en YouTube, el Ministro de Salud reunió a representantes de CONASS, CONASEMS, la secretaría de SEGEPEs y la Asociación Médica Brasileña para lanzar el Sistema de Mapeo de Educación en Salud (Simapes). En él, se menciona el programa “ReFORÇA Brasil” como parte del conjunto de acciones que viene desarrollando la SEGEPEs para mejorar la educación en salud en Brasil y fortalecer los procesos de formación de profesionales (Diario de Campo, 06/08/2020).

La implementación del programa es presentada de manera alentadora por los representantes del gobierno y se espera que se lleve a cabo en los próximos meses. El comunicado es categórico: el programa será lanzado y las Residencias dejarán el ámbito del MEC y pasarán al MS, destacando que es un programa dirigido a médicos y también a las otras 13 categorías que componen las Residencias en Salud.

Como base para la construcción de este conjunto de estrategias presentadas, el gobierno se inspira en el Informe Flexner, una serie de recomendaciones para la enseñanza en el campo de la medicina, elaborado en 1910, en el contexto norteamericano y que promovía la división del conocimiento médico en especialidades (Lima, 2010). No es de extrañar que la construcción del programa esté alineada con una política norteamericana específica, considerando el interés del entonces presidente en aproximarlos a la política brasileña, perpetuando un legado colonizador que nos coloca en una posición de subordinación. Pero ¿en qué medida este modelo de formación interactúa con las prácticas del SUS y las necesidades de salud de la población?

Aunque el gobierno presentó el programa como algo prometedor, surgen conflictos ya que representantes del movimiento social en Residências están preocupados con los cambios que están en marcha y que se imponen sin consultar a entidades y organismos. Los

miembros del RMS están empezando a tener discusiones para intentar entender de qué se trata este programa y organizarse colectivamente para componer esta agenda.

Es necesario un Marco Regulatorio para las residencias de salud, pero definitivamente no en la forma y formato arbitrario que presentó el gobierno en su momento. Un Marco que valora la salud pública y sus profesionales, basado en la multidisciplinariedad, la integralidad y la equidad. Con objetivos de mejorar la salud de la población a partir de una política integradora entre las profesiones y las prácticas que las definen. Basado en los principios de la Educación Permanente en Salud, la Integralidad y la Política Nacional de Humanización.

Ceccim (Diario de Campo, 14/10/2020) destaca que, si bien la expectativa dada la trayectoria de las luchas era que se desarrollara una Política Nacional Para que las Residencias se articulen, el gobierno crea un programa que apuesta a una identificación con las Residencias del pasado, donde el territorio múltiple desaparece.

En medio de la posibilidad de creación del “ReFORÇA Brasil”, en 16 de septiembre de 2021, se publicó la Ordenanza MEC/MS n. 07, que prevé la reactivación del CNRMS y establece el Programa Nacional de Becas para Residencias Multiprofesionales y en el Área Profesional de la Salud (Brasil, 2021b). Define nuevas modalidades de organización y estructuración del CNRMS, instituyendo cambios en su composición.

La CNS, la Rede Unida y el FNRS lanzaron comunicados públicos exigiendo la revocación de la ordenanza, teniendo en cuenta que la misma no fue discutida colectivamente y que no contempla la paridad en la composición del CNRMS. Las entidades denuncian la decisión de la Asociación Nacional de Estudiantes de Postgrado (ANPG) como responsable de nominar a los residentes para formar el comité, en sustitución del FNRS. También reportan una reducción en el número de representantes residentes – así como coordinadores, tutores y preceptores – además de una mayoría representativa designada por el gobierno (Brasil, 2021a).

En el portal en línea del RMS, las actas de las reuniones identifican que en noviembre de 2021 se reanudarán las reuniones del CNRS, siguiendo la composición establecida por la ordenanza MEC/MS n.º 102. 07/2021. En marzo de 2022, el FNRS publicó una declaración de posición (Fórum [...], 2021), indicando que la ANPG no es la entidad que representa a los residentes y que no habrá ninguna indicación de un presidente titular o suplente, lo que demuestra preocupación por la nueva formación del CNRS. Desde entonces, las reuniones del CNRS han seguido celebrándose.

En abril de 2022, el FNRS convocó una huelga nacional de los residentes, movimiento resultante del impago y el retraso de las subvenciones salariales financiadas por el MS. El Consejo Nacional de Salud también se pronunció, exigiendo que el MS y el MEC tomen medidas respecto al pago de becas (Brasil, 2022).

Si bien la reactivación de las actividades del CNRS es una cuestión necesaria y urgente, al presentarse de forma verticalizada y sin un diálogo amplio con las entidades representativas del segmento de Residencias de Salud y usuarios de los servicios, puede producir un grave retroceso.

Los próximos pasos en el campo político serán decisivos respecto al rumbo que tomarán los programas de residencia en salud en el país. ¿Qué podemos esperar en los próximos escenarios?

Algunas consideraciones finales

Las discusiones presentadas resaltan la complejidad y los desafíos presentes en la consolidación de los programas de Residencia Multiprofesional en Salud en Brasil. Desde su instauración por vía legal, hemos visto un proceso de construcción de las residencias que se da de manera no lineal, atravesado por distintos actores/actrices en constante disputa, lo que pone de relieve los diversos intereses que crearon y crean las formas de hacer y estar en estos programas.

Si bien fueron creadas siguiendo una propuesta de formación en salud por el trabajo basada en los principios del Sistema Único de Salud, lo que viene sucediendo a lo largo de los años nos hace cuestionar a quién y/o para qué sirven los cambios instituidos. La Residencia Multiprofesional que está presente en la letra de la ley no parece dialogar con lo que se produce en la práctica cotidiana, en la micropolítica del trabajo que viene siendo desarrollada y demandada por residentes, preceptores, tutores y coordinadores.

Los cambios establecidos arbitrariamente en la estructuración de las residencias y la reciente desactivación de la Comisión Nacional de Residencia en Salud no son coherentes con la trayectoria de movilizaciones presentes a lo largo de la historia de estos programas, fruto de una construcción democrática y participativa. Por el contrario, estos cambios representan un retroceso en la implementación de una política de formación que refleje las necesidades de la población y del SUS.

Así, concluimos destacando la importancia de fortalecer los espacios de representación y gestión de las Residencias Multiprofesionales en Salud. Creemos que, para la construcción colectiva y participativa de esta política de formación profesional, es necesario retomar el diálogo con los sujetos que vivencian y desarrollan prácticas en estos programas cotidianamente, pensando en una formación contextualizada e integral.

Referencias

BRASIL. **Lei no 11.129, de 30 de junho de 2005.** Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2005. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11129-30-junho-2005-537682-normaatualizada-pl.html> Acesso em: 08 abr. 2025.

BRASIL. **Nota pública.** CNS cobra revogação de portaria da Saúde e do MEC que restringe participação social em comissão de Residência Multiprofissional. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2021b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/> Acesso em: 20 ago 2022.

BRASIL. **Nota de repúdio.** CNS cobra dos ministérios da Educação e da Saúde pagamento das bolsas-auxílio de Residentes em Saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2022. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/> Acesso em: 20 ago 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977.** Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1977.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1996.

BRASIL. **Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.121.** Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal, 2019^a.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 7, de 16 de setembro de 2021.** Dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde de que trata o art. 14 da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2021a.

BRASIL. **Portaria nº45, 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, DF: Diário Oficial da União, 2007.

BRASIL. **Portaria Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009.** 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. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2009.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série E. Legislação em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf Acesso em: 21 dez 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Série Pactos pela saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/PoliticaNacionalEducPermanenteSaude_V9.pdf Acesso em: 20 dez 2018.

BRASIL. **Portaria nº198 de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2004.

BRASIL. **Portaria nº 580, de 27 de março de 2020.** Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde", para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2020a.

BRASIL. **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 e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. **Projeto de Reestruturação das Residências em Saúde – ReForça Brasil.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br> Acesso em: 30 out 2020.

BRASIL. **Recomendação nº 034, de 23 de agosto de 2019.** Retomada imediata das ações e reuniões da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, bem como a nomeação oficial dos membros da referida Comissão. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2019b.

BRASIL. **Resolução nº 01, de 30 de janeiro de 2012.** Institui as Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2012b.

CAMPOS, V. D. G.; FIDÉLIS, F. A. P.; SILVA, P. H. G.; TEIXEIRA, A. S. G.; BATISTA, A. S. Recorte demográfico da Residência Médica brasileira em 2019. **Revista Consensus**, n.32, p.34-45 2019.

CARVALHO, M. A. P. Certificação. In: CECCIM, R. B; DALLEGRAVE, D.; AMORIM, A. S. L.; PORTES, V. M.; AMARAL, B. P. (orgs). **EnSiQlopédia das residências em saúde.** Porto Alegre: Rede UNIDA; 2018. p. 45-49.

CECCIM, R. B. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (orgs.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 17-22.

CECCIM, R.B.; KREUTZ, J.A.; MAYER JUNIOR, M. Das residências integradas às residências multiprofissionais em saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente educação. In: PINHEIRO, R.; SILVA, A. G. S. J. (orgs.). **Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; 2011. p. 257-294.

CORRÊA, C. C. F.; BRITES, L. S.; ROCHA, C. M. F.; FERREIRA, J. T. Residência Multiprofissional. In: CECCIM, R.B.; DALLEGRAVE, D.; AMORIM, A. S. L.; PORTES, V. M.; AMARAL, B. P. (orgs.). **EnSiQlopédia das residências em saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2018. p. 243-245.

DALLEGRAVE, D. **No Olho do Furacão, na Ilha da Fantasia: a invenção das residências multiprofissionais em saúde**. 2008. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

FEUERWERKER, L. C. M. **A formação de médicos especialistas no Brasil**. Material preparado para o curso Política de Rh para gestão do SUS. Brasília; 2000. Disponível em: <http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/progesus/files/2011/04/FEUERWERKERLaura.Aforma%C3%A7%C3%A3o-de-m%C3%A9dicos-especialistas-no-Brasil.pdf> Acesso em: 30 jun 2020.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. 1997. 231 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília**. 2002. 418 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M.; ROMCY, G. S.; REIS, L. V.; BERTUSSI, D. C. **Aproximações genealógicas à residência multiprofissional**. In: Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e em Educação na Saúde - Núcleo São Paulo. Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde. São Paulo; 2018. (Mimeo).

FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE. **Carta de Florianópolis**, de 30 de outubro de 2015. Florianópolis; 2015. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/oB_Y8H27zIDt7MHJjWE1hYU8yaVE/view. Acesso em: 10 jan. 2020.

FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE. **Carta de Olinda**, de 18 de agosto de 2017. Olinda; 2017. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/oB_Y8H27zIDt7aWRhdmlkOFZkQVk/view. Acesso em: 10 jan. 2020.

FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE. **Nota de posicionamento sobre a portaria interministerial nº07/2021 que institui a nova composição da CNRMS**. Fórum Nacional de Residentes em Saúde. 13 mar 2022. Disponível em: <https://www.instagram.com/fnrsoficial/>. Acesso em: 11 mai 2023.

GALINDO, D.; RODRIGUES, R. V. Incidentes críticos, um fio de Ariadne na análise documental. In: SPINK, M. J. P.; JACQUELINE, I. M. B.; VANDA, L. V. do N.; CORDEIRO, M. P. (orgs.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

GERGEN, K. The social constructionist movement in modern Psychology. **American Psychologist**. 40 (3), 1985. p. 266-275.

HAUBRICH, P. L. G. **Intenções entre tensões: a descentração da residência integrada em saúde**. 2015. 78 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

IÑIGUEZ, L. La psicología social en la encrucijada post construccionista: historicidad, subjetividad, performatividad, acción. In: GUARESCHI, N. M. F. (Org.). **Estratégias invenção do presente: a psicologia social no contemporâneo**. Rio de Janeiro: Edição online ed., 2008. p. 5–42. Disponível em: http://abrapso.org.br/siteprincipal/index.php?option=com_content&task=view&id=135 Acesso em: 10 dez. 2018.

II ENCONTRO NACIONAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE. **II Encontro Nacional de Residências em Saúde: das histórias ao desafio das articulações na sociedade**. Rio Grande do Sul: Rede UNIDA/Abrasco; 2012. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/noticia/ProgramaoeTermodeReferencia2.pdf> Acesso em: 20 jan 2020.

LIMA, A. M. C. Residência médica sob a óptica do direito do trabalho. **Revista da Esmesc**. v. 17, n. 23, p. 175-196, 2010. <https://doi.org/10.14295/revistadaesmesec.v17i23.8>

LOPES, G. T. A luta das Enfermeiras Residentes do Rio de Janeiro pela consolidação da residência na década de 70. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.6, n.3, p.375-385, 2002. Disponível em: <https://eanjournal.org/article/682a2301a9539531961d74d4>

MEDRADO, B.; SPINK, M. J.; MÉLLO, R. P. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. In: SPINK, M. J. P.; JACQUELINE, I. M. B.; VANDA, L. V. do N.; CORDEIRO, M. P. (orgs.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p.273-294

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: **Fiocruz**; 2008.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, v.21, n.1, p.15-35, 2014. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>

REIS, L. V. **Interferir entre instituído e instituinte: um estudo sobre a experiência da formação em saúde mental na produção do cuidado no município do Rio de Janeiro**. 2008. 90 f. Dissertação (Mestrado em Atenção Psicossocial) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

ROMCY, G. S. **Formação (in) comum e caminhos de sua produção: cenas da Residência Multiprofissional em Saúde**. 2018. 142 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/D.6.2019.tde-15062018-134018>

SENNA, M. C. M. **Que vozes querem calar? Ameaças às instituições participativas no início do governo Bolsonaro**. Rio de Janeiro: Centro de estudos estratégicos da Fiocruz, 2019. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=ANALISE-DE-CONJUNTURA> Acesso em: 30 jun 2020.

SPINK, M. J. P. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Edição virtual. São Paulo: Cortez Ed., 2013.

SPINK, M. J. P. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. 2010.

SPINK, P. K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós construcionista. **Psicologia & Sociedade**, v.15, p. 18-42, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v15n2/a03v15n2>>
Acesso em: 21 dez. 2017.

SPINK, P. K; RIBEIRO, M. A. T.; CONEJO, S. P.; SOUZA, E. Documentos de domínio público e a produção de informações. In: SPINK, M. J. P.; JACQUELINE, I. M. B.; VANDA, L. V. N.; CORDEIRO, M. P. (orgs.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 207-228.

STELLA, R. C. R.; PUCCINI, R. F. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina. In: PUCCINI, R.F.; SAMPAIO, L.O.; BATISTA, N.A. (orgs.). **A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social**. São Paulo: Editora Unifesp; 2008. p. 53-70.

VENTURINI, T. Diving in magma: how to explore controversies with actor-network theory. **Public Understanding Of Science**, v.19, n.3, p.258-273, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1177/0963662509102694>