

Reverendo Caminhos: a Inserção da Residência Multiprofissional no Âmbito Hospitalar

Revisiting Paths: the Multiprofessional Residency

Insertion with in the Hospital

Revisando Caminos: La inserción de la Residencia Multidisciplinar en el ámbito del Hospital

Odemir Pires Cardoso Júnior ¹

Benedita Jales Souza ¹

Maria Edilania Matos Ferreira Furtado ¹

Renata Belizário Diniz ¹

Raissa Rabelo Marques Rebouças ¹

Kamila Maria Maranhão Sidney ¹

Maria Tereza Aguiar Pessoa Morano ¹

RESUMO: Objetivo: O presente estudo objetiva descrever a inserção da Residência Integrada em Saúde no âmbito hospitalar, no intuito de compartilhar a experiência de implantação desse fazer.

Descrição da experiência: A vivência ocorreu em um hospital de referência em Cardiopneumologia da cidade de Fortaleza, no período de dois anos (2014-2016). A experiência foi atravessada por saberes e fazeres compartilhados e entre os desafios e conquistas foi possível perceber a grandeza do trabalho interprofissional, especialmente no que concerne ao diferencial que essa atuação pode oferecer aos usuários do serviço. **Conclusão:** Pode-se atribuir à Residência não apenas o aprimoramento técnico-científico dos profissionais, mas sobretudo o ético-pessoal, enriquecido pela troca de conhecimento, tão relevante na promoção de um cuidado integral em saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Educação Baseada em Competências. Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT: Objective: This study aims to describe the Integrated Residence in Health within hospitals, in order to share the experience of its deployment. **Description of the experience:** The experience occurred at a Cardiopneumogyreferral hospital in the city of Fortaleza, during two

¹ Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE

years (2014-2016). It was crossed by knowledge and practices shared and, between the challenges and achievements, it was possible to realize the greatness of inter professional work, especially with regard to the difference that this performance can provide to users of the service. **Conclusion:** People can assign the Residence not only the technical and scientific improvement of professionals, but above the personal-ethic alone, enriched by the exchange of knowledge, as relevant to the promotion of full healthcare.

Keywords: Health Unic System. Competence-Based Education. Patient care team.

RESUMEN: Objetivo: El presente estudio tiene el objetivo de describir la inserción de la Residencia Integrada em Saúde en el ámbito del hospital, con el intuito de compartir la experiencia de implantación de esa acción. **Descripción de la experiencia:** La experiencia se llevó a cabo en un hospital de referencia en cardiología en la ciudad de Fortaleza, en el período de dos años (2014-2016). La experiencia fue atravesada por el conocimiento y las prácticas compartidas y los desafíos y logros fue posible comprender la grandeza de la obra interprofesional, especialmente en relación a la diferencia que esa acción puede proporcionar a los usuarios del servicio. **Conclusión:** Se puede asignar a la residencia no sólo la mejora técnica y científica de los profesionales, pero sobre todo la mejora ética y personal, enriquecido por el intercambio de conocimientos tan importante en la promoción del cuidado integral en la salud.

Palabras clave: Sistema único de Salud. Educación basada en competencias. Equipo de Atención al Paciente.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge como proposta de ofertar assistência integral abrangendo desde as necessidades mais básicas às de alta complexidade, priorizando ações promotoras e protetoras de saúde. A integralidade da atenção, portanto, é o princípio fundamental desse sistema e compreende um conjunto de ações de integração entre os níveis primário, secundário e terciário, que, por sua vez, desempenham um papel de interdependência na resolução dos problemas de saúde da população¹.

Diante de um novo fazer no âmbito da saúde pública brasileira, faz-se necessária a integração entre os campos da saúde e educação, bem como a realização de mudanças nos padrões educacionais². Assim, visando atender a essas necessidades, a Política Nacional de Educação Permanente foi criada com o propósito de transformar as práticas de trabalho das organizações e dos profissionais de saúde com base nos problemas enfrentados nos cenários de práticas em ações voltadas para o suprimento das necessidades dos sujeitos e coletividades³.

A Educação Interprofissional (EIP) surgiu como uma estratégia inovadora, cuja proposta é preparar profissionais com habilidades para o trabalho em equipe, capazes de desenvolver práticas

colaborativas necessárias à integralidade no cuidado em saúde⁴⁻⁵.

Nesse sentido, a Residência Multiprofissional em Saúde, caracterizada como Educação Interprofissional, se constitui em atividade de ensino de pós-graduação *lato sensu* na modalidade de formação em serviço. Regulamentado pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e orientado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa de Residência tem como proposta a implementação de mudanças na assistência em saúde⁶.

Os Programas de Residência são financiados pelos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS). Possuem um regime de duração mínima de dois anos, com carga horária total de 5.760 horas, distribuídas em 60 horas semanais, 20% das quais destinadas às atividades teóricas e 80% à formação em serviço, conforme a Resolução nº 3, de 4 de maio de 2010, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)⁷.

Acreditando na possibilidade de mudança do desenho técnico-assistencial do SUS e dando consistência ao papel das instituições de saúde na formação desses profissionais, numa proposta que abrange o nascimento de um novo trabalhador⁸, a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), vinculada aos municípios e hospitais do estado do Ceará, instituiu a Residência Integrada em Saúde (RIS) com a proposta de oferecer um currículo baseado em conhecimentos, habilidades e atitudes⁹.

A RIS tem seu processo embasado na gestão, atenção, ensino e pesquisa, contando com as seguintes áreas de concentração estratégicas de atenção à saúde: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental, Saúde Coletiva e, no ambiente hospitalar, Cancerologia, Infectologia, Obstetrícia, Neonatologia, Pediatria, Urgência e Emergência, Neurologia e Cardiopneumologia.

A interprofissionalidade é o diferencial dessa Residência, que se caracteriza pela inclusão de diferentes categorias profissionais na área da saúde visando à formação coletiva, em serviço e em equipe, com o intuito de promover a integralidade do cuidado ao usuário. Esse modo de operar visa ampliar o campo de trabalho, sem, contudo, deixar de priorizar e respeitar os núcleos específicos de saberes de cada profissão. Porém, cada instituição pode adaptar o Programa de Residência à sua realidade, o que leva a diferenças em sua operacionalização¹⁰.

Tal Programa inova ao preconizar a passagem do profissional por todos os níveis de assistência à saúde como forma de compreensão da organização do SUS numa rede interligada de referência e contrarreferência. Para tanto, as ênfases hospitalares, comunitária e saúde mental compartilham seus cenários.

No intuito de compartilhar a experiência de implantação de uma residência no âmbito hospitalar, o presente estudo tem por objetivo descrever a inserção da Residência Multiprofissional do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes com seus avanços, impasses e perspectivas.

A relevância deste relato consiste em compartilhar a experiência de uma equipe multiprofissional,

acreditando que estudos dessa natureza, além de aproximarem saberes e fazeres numa prática interprofissional podem contribuir com a produção do conhecimento científico.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O presente estudo configura-se como relato de experiência da inserção da primeira turma da Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) na área de Cardiopneumologia, realizada no período de maio de 2014 a maio de 2016, contemplando nove categorias profissionais: Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Odontologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

A proposta inicial da RIS se deu com a realização de um curso que antecedeu as atividades práticas em serviço, com o intuito de familiarizar e assegurar que os profissionais residentes se apropriassem das concepções que a embasam, como espaço de viabilização de ensino em serviço, a partir dos princípios e das diretrizes do SUS.

A experiência teve como cenário de prática o Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, instituição de nível terciário integrante da rede de hospitais do estado do Ceará vinculada à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (Sesa) que realiza diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares, destacando-se pelos serviços de transplantes cardíaco e pulmonar nas regiões Norte e Nordeste do País. Foi pioneiro no Nordeste em implante de coração artificial e dispositivo de assistência ventricular.

É importante esclarecer as funções desempenhadas por cada instituição. A Escola de Saúde Pública compõe a instituição formadora, e o Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HM) representa a instituição executora no cenário de prática, sendo que cada instituição é representada por uma coordenação.

Nesse cenário, percebeu-se que pelo fato de a residência hospitalar ser proveniente do modelo de residência em saúde da família e comunidade, algumas terminologias diferenciaram-se do que rotineiramente se utilizava no hospital, dentre elas ênfases (substituindo especialidades), linhas de cuidado (no lugar de unidades), rodas de núcleo (substituindo as sessões clínicas), rodas de campo (em vez de reuniões multidisciplinares), roda de colegiado (para designar reunião de coordenadores), roda tutorial (indicando reunião de tutores) e conteúdos transversais (em substituição a temas relativos à saúde coletiva). Para que essas nomenclaturas fossem interiorizadas foi um processo gradativo e intenso.

Diferentemente da residência médica, a Residência Multiprofissional iniciou suas atividades no HM com a territorialização, o que causou inquietação e questionamentos por parte de alguns profissionais do hospital, fosse por desconhecimento ou pelo anseio de visualizar os profissionais atuando para suprir as necessidades do serviço.

A territorialização nada mais é do que um processo de “habitar um território”. O ato de habitar produz como resultado a corporificação de saberes e práticas.

É necessário explorá-lo[o território], torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e em relação aos fluxos diversos – não só cognitivos, não só técnicos, não só racionais – mas políticos, comunicativos, afetivos e interativos no sentido concreto, detectável na realidade, em que o objetivo e o subjetivo dialogam e se constroem dialeticamente¹¹(p. 175).

O processo de territorialização iniciou por meio de visita às unidades durante as quais se buscou, de forma observacional, compreender a assistência à saúde, os determinantes sociais e as relações de poder existentes no conhecimento do organograma, do fluxograma e do percurso hierárquico da instituição. Esse momento permitiu, também, conhecer o perfil dos pacientes e como essa unidade se organiza para atender às necessidades dos mesmos.

No decorrer da territorialização percebeu-se a rotina de trabalho intenso, de modo que a chegada dos residentes foi vista como possibilidade de fortalecimento da assistência. No entanto, o modelo hegemônico, ainda predominante no ambiente hospitalar, com práticas pontuais e uso de tecnologias duras e leves-duras, mostrava o desafio a ser enfrentado pelos residentes¹².

A formação em serviço é composta por atividades práticas e módulos teóricos. No decorrer da Residência, foram ministrados módulos com os seguintes temas: Território e Saúde, Colaboração e Atuação Multiprofissional e Processos de Trabalho, Integralidade, Intersetorialidade, Redes de Atenção e Linhas de Cuidado, Equidade em Saúde e Direitos Humanos, Participação Popular, Movimentos Sociais e Controle Social no SUS, Promoção da Saúde e Educação Popular, Vigilância em Saúde, Gestão, Planejamento e Avaliação em Saúde, Construção do Conhecimento - Metodologia do Trabalho Científico para a construção do trabalho de conclusão de residência.

A presença dos residentes refletiu no cotidiano do serviço, dado o diferencial de sua formação, fomentado tanto pelos conteúdos que antecederam a inserção do Programa no Hospital quanto pelos ministrados no decorrer da experiência.

Por outro lado, a ESP/CE enquanto instituição formadora, partindo de um modelo de residência em saúde da família e comunidade, tentou adaptar os conteúdos programáticos à realidade hospitalar, o que não pôde ser aplicado em sua totalidade, dadas as peculiaridades que compõem cada cenário.

Inicialmente, os conteúdos abordados nas rodas de campo causaram estranhamento aos residentes, por contemplarem conteúdos transversais a todas as categorias. Essa forma de abordagem, quando todos ansiavam por conhecimentos específicos da ênfase, gerou desafios na participação desses momentos de estudo.

Em razão do acontecido, após algumas reuniões acerca do assunto ficou estabelecido que as instituições hospitalares teriam autonomia para gerir seus conteúdos específicos durante as rodas de campo, não deixando de abordar a proposta inicial de preparar profissionais de saúde para atuar no SUS.

Observou-se ainda que alguns preceptores apresentavam dificuldade de entender suas atribuições e as dos residentes, manifestando receio em confiar/permitir-lhes a prática de certas ações terapêuticas dentro do serviço por confundir-los, muitas vezes, com estagiários. Tal dificuldade pode ser atribuída ao fato de que, além de ser a primeira turma de residência multiprofissional no hospital, a formação da preceptoría se deu concomitante à formação dos residentes.

Ademais, a proposta político-pedagógica da Residência, contribuiu com a geração de conflitos no tocante à postura do residente, ora como profissional, ora como especialista em formação. Isso era notório quando necessitavam se ausentar do serviço para cumprir carga horária teórica, como pré-requisito à formação.

Observou-se que, a partir da construção de uma relação norteada pela confiança e competência, fomentou-se a inserção de um trabalho conjunto no cotidiano do serviço entre os residentes e os profissionais do serviço. Esse vínculo foi mais difícil de se estabelecer no primeiro ano de residência, principalmente para algumas categorias, e somente no segundo ano potencializou-se o reconhecimento do papel profissional dos residentes por parte dos preceptores.

O processo de trabalho proposto no projeto pedagógico do Programa é a atuação interdisciplinar. O diferencial dessa atuação é o que concede caráter ousado e criativo aos programas de residência multiprofissional. Esse determinante operacional tem por finalidade a formação em grupo dentro do mesmo contexto de trabalho, sem, portanto, deixar de respeitar e privilegiar os saberes de cada profissão.

Entretanto, a divisão inicial das equipes de residentes causou inquietação no que se refere a uma maior troca de saberes. No primeiro ano, as equipes eram compostas por três profissionais de diferentes categorias, atuando nas três linhas de cuidado: Pediatria, Pneumologia e Cardiologia. No segundo ano, com o empoderamento das reais competências e com a percepção das necessidades do cenário, o processo de formação foi finalizado com a atuação em equipes compostas por seis profissionais de diferentes categorias.

Nessa direção, procurou-se intensificar a visita ao leito, realizada somente em alguns espaços, viabilizando um momento de discussão integrada e ampliada de casos pela equipe multiprofissional, na perspectiva de troca de saberes, entretanto, ainda fragilizada pela dependência do profissional médico, demonstrando, com isso, um conservadorismo de poder.

Desse modo, buscou-se sensibilizar os profissionais pertencentes ao quadro funcional da instituição para a importância do trabalho em equipe, possibilitando a realização de mudanças na

perspectiva do cuidado em saúde, especialmente quanto aos benefícios para os pacientes, visto que a formação é fragmentada, por enfatizar o cuidado destinado à doença e não ao sujeito.

Os residentes, por sua vez, utilizaram o espaço do hospital para desenvolver ações promotoras e produtoras de saúde, a exemplo da formação de grupos terapêuticos e atividades educativas. Essas atividades abrangeram desde orientações por meio de salas de espera até esclarecimentos mais complexos sobre aparatos tecnológicos utilizados nas unidades intensivas, como aulas expositivas e jogos interativos e lúdicos, facilitando o saber.

As vivências propostas pela RIS fora do cenário de prática contemplam, além de uma carga horária obrigatória, totalizando 132 horas no SUS, um estágio eletivo, de cumprimento optativo. Nele, o residente escolhe uma unidade de saúde, que pode ser pública ou privada, em âmbito nacional ou internacional, conforme necessidade pessoal/profissional de aproximação com a realidade de algum serviço.

Assim, como forma de entender o funcionamento da rede de saúde para além do ambiente hospitalar, os residentes experienciaram a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), serviços ambulatoriais e dispositivos da saúde mental, como prerrogativa do rodízio proposto. Essa vivência permitiu-lhes perceber a necessidade do cuidado em rede e a integração dos vários níveis de atenção em saúde.

Observou-se que a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede, pois a linha de cuidado pensada de forma plena atravessa inúmeros serviços de saúde, cada qual operando distintas tecnologias¹³. Nesse sentido, o hospital pôde ser visto como uma “estação” fundamental no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita.

É premente a necessidade de maior conexão do hospital aos demais dispositivos da rede de serviços em saúde, pois se deve considerar o fato de que a integralidade do cuidado só pode ser alcançada com a responsabilização que cabe a cada esfera. O hospital, por não ser autossuficiente nessa produção do cuidado, necessita de reflexão crítica que fomente a quebra de paradigmas, passando a atribuir mais ênfase ao sujeito e não à doença.

Mediante os desafios enfrentados no cenário de prática, percebeu-se, durante a participação dos módulos teóricos em conjunto com os outros residentes multiprofissionais dos hospitais vinculados à RIS, a importância da existência de uma coordenação democrática que ensine, apoie, estimule e contribua para a responsabilização pelo processo organizativo do trabalho em equipe.

Nesse contexto, salienta-se que, no decorrer dos dois anos, a coordenação da Residência Multiprofissional do HM foi indispensável para o amadurecimento profissional e pessoal, colaborando para a inserção dos residentes junto à equipe médica, promovendo sua autonomia para desenvolver diferentes tecnologias de cuidado e, sobretudo, na introdução de novos espaços ainda não habitados por algumas categorias profissionais do serviço.

DISCUSSÃO: AVANÇOS, IMPASSES E PERSPECTIVAS

A integralidade do cuidado só pode ser alcançada mediante o reconhecimento do limite de cada especificidade. Reconhecer a necessidade de um trabalho compartilhado é dar-se conta da complexidade que constitui o contínuo saúde-doença-cuidado. Nesse sentido, a atuação interprofissional é por excelência o modo de se fazer cuidado no cenário da saúde¹⁰.

Ademais, como defende Peduzzi¹⁴ (p. 108), “O trabalho em equipe não pressupõe abolir as especificidades dos trabalhos, pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados [...]”, o que bem se aplica ao campo da saúde.

O saber acadêmico é imprescindível à prática profissional, mas o conhecimento sem atitudes e habilidades fica desprovido de sentido. Conforme asseguram Aguiar e Ribeiro⁹, no manejo de situações que requerem rápida resolução necessita-se de uma confiança intuitiva para que se possa aplicar o conhecimento teórico à prática de trabalho, que se constitui de uma multiplicidade de demandas.

Transitar pelos cenários de práticas permite a vivência conjunta de experiências colaborativas, que acontecem quando os trabalhadores de diversas categorias profissionais de saúde trocam saberes, por meio do planejamento participativo e compartilhamento de casos, na busca de proporcionar melhor qualidade aos serviços de saúde, respeitando a especificidade de cada profissão⁴⁻⁵.

Para tanto, a clínica ampliada e compartilhada possibilita a desfragmentação do conhecimento, por promover a qualificação da comunicação entre os profissionais de saúde e desses com os usuários do SUS, estreitando assim as relações de forma humanizada e incluindo o sujeito e o seu contexto de forma singular como importantes facilitadores e transformadores da realidade da saúde no Brasil¹⁵⁻¹⁶.

Como cita Merhy¹², “[...] de uma maneira ou de outra, todos os trabalhadores de Saúde fazem clínica [...]”, e todo trabalho é mediado por tecnologias. O autor classifica o aparato tecnológico e seu modo de uso em três tipos de tecnologias: dura, leve-dura e leve. A primeira corresponde ao maquinário; a segunda ao saber profissional, que ao mesmo tempo que permite a atuação é estruturado em protocolos; a terceira sinaliza a relação, que por meio da fala e da escuta permite a construção de vínculos.

Dependendo da forma como essas tecnologias são utilizadas no processo de trabalho, pode-se ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou procedimentos mais presos à lógica dos instrumentos duros (como as máquinas) e do saber técnico estruturado (tecnologias leve-duras), na interface de um trabalho morto¹⁷.

Considera-se que um modelo “produtor do cuidado”, centrado no usuário e suas necessidades, deve

operar centralmente a partir das tecnologias leves, pautadas por uma relação interpessoal intensa, de encontro de subjetividades (produção de vínculo, autonomização e acolhimento), resultando num “trabalho vivo em ato”, feito em ato, para além da dimensão meramente tecnológica¹⁸.

Com foco num modelo produtor de cuidado, priorizou-se o desenvolvimento de atividades que até então não eram rotina na realidade do HM. Novidades como a prática da Farmácia clínica, a inserção do psicólogo e odontólogo no cotidiano das UTIs, o aumento no atendimento de demandas da Fonoaudiologia foram implantadas, como pode ser visto na realidade daquele contexto.

Com isso, percebeu-se que a inquietação inicial dos profissionais do HM com a chegada dos residentes deu lugar ao reconhecimento da necessidade de determinadas categorias em espaços com equipe multiprofissional reduzida.

A atuação da Residência Multiprofissional no HM foi atravessada ainda por um trabalho com foco nas tecnologias leves-duras e leves, no qual a escuta e o acolhimento eram os objetivos primeiros das atividades realizadas¹². Essas, por sua vez, na maioria em grupo, fosse com pacientes ou familiares, sempre incluíam residentes de duas ou mais categorias profissionais, reconhecendo a possibilidade de contribuição de cada uma com especificidades inerentes à sua formação. Independentemente do espaço (ambulatório, enfermaria ou UTI) utilizado, o privilégio estava nas atividades de cunho promotor da saúde.

Não se pretende, com isso, enfatizar a ausência de atividades semelhantes às que foram realizadas pelos residentes, mas apenas destacar que, por sua formação em serviço, além do aumento no contingente de algumas categorias, pôde-se aprimorar práticas inovadoras, fomentando o resgate da noção cuidadora.

Além de que, como dito anteriormente, à medida que os residentes recebiam a formação teórica, o mesmo ocorria com os preceptores. Essa realidade, não obstante as dificuldades vivenciadas inicialmente, permitiu, ao longo da experiência, uma maior apropriação da proposta pedagógica da RIS, tanto por parte da preceptoria como dos demais profissionais que compunham as equipes e também estavam em contato com os residentes.

Apesar dos desafios impostos à inserção da Residência Multiprofissional no cenário do HM, foi possível perceber a ampliação da clínica, de um olhar focado na doença à possibilidade de se visualizar um sujeito adoecido, com seus múltiplos determinantes sociais. Almejou-se uma maior aproximação com o sistema de referência e contrarreferência, o que ainda se mostra um desafio a ser superado, seja pela organização dos dispositivos em saúde, seja pela ausência de compartilhamento de práticas entre os profissionais nos diversos cenários que compõem a rede de cuidados à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É imprescindível que se diga que todo o esforço, toda a energia e todo o investimento valeram

apena. Fruto de uma construção coletiva, o mérito da implantação da RIS no HM pode ser atribuído aos residentes, tutores, preceptores, orientadores de serviços, demais colaboradores, sobretudo à coordenação da Residência Multiprofissional no HM.

Essa caminhada de dois anos pôde ser coroada em muitos momentos, o mais especial deles consistente na realização da I Jornada Multiprofissional do HM. Na ocasião foi possível apropriar-se melhor do quanto se cresceu, construiu e transformou, uma vez que se trata da primeira turma da RIS no HM. Isso porque a singularidade dessa experiência permitiu buscar os recursos necessários à superação dos desafios que se apresentavam.

A participação em eventos nacionais e também internacionais por meio do estágio eletivo foi substancial nesse período de dois anos, oportunizando que os residentes apresentassem trabalhos e contribuíssem como palestrantes em eventos científicos.

Reverendo os caminhos dessa experiência, pode-se atribuir à Residência não apenas o aprimoramento técnico-científico, mas sobretudo o ético-pessoal, quesitos imprescindíveis ao fazer interprofissional, nos quais reconhecer o limite pessoal é reconhecer a necessidade de um outro saber, bem como a importância da troca de conhecimento na promoção de um cuidado integral em saúde.

REFERÊNCIAS

1 Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad. Saúde Pública. 2004;20(Supl 2):331-6.

2 World Health Organization (WHO). Transforming and scaling up health professional education and training. Geneva: WHO; 2013.

3 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 SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

4 World Health Organization (WHO). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.

5 Batista NA. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. Caderno FNEPAS. 2012;2:25-8.

6 Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional de Juventude

– CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União de 1º de julho de 2005; 2005.

7 Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 3, de 4 de maio de 2010. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília: Ministério da Educação; 2010.

8 Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*. 2010;19(4):814-27.

9 Aguiar AC, Ribeiro ECO. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. *Rev. bras. educ. med.*2010;34(3):371-8.

10 Basso K. Residência integrada multiprofissional em saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: iniciando a jornada. (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.

11 Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – comunic, saúde, educ.* 2005;9(16):161-177.

12 Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In Reis AT, Santos AF, Campos CR, Malta DC, Merhy EE, Organizadores. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã; 1998. p.103-20. parte II.

13 Cheade MFM, Frota OP, Loureiro MDR, Quintanilha ACF. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. *Cogitare Enfermagem*. 2013;18(3):592-5.

14 Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.

15 Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2016. 1996/1997.

16 Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

17 Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. Material produzido para a EPJV/FIOCRUZ; 2005.

18 Reis VM, David HMSL. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. Revista de Atenção Primária a Saúde. 2010;13(1):118-25.

Artigo apresentado em 30/01/2017

Artigo aprovado em 02/04/2018

Artigo publicado no sistema em 25/11/2018