

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PRÁTICAS PEDAGÓGICAS NOS SERVIÇOS DE
SAÚDE

Sabrina Chapuis de Andrade

**A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E O MUNICÍPIO DE
VIAMÃO, RIO GRANDE DO SUL: POSSIBILIDADES E DESAFIOS**

Porto Alegre
2013

Sabrina Chapuis de Andrade

**A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E O MUNICÍPIO DE
VIAMÃO, RIO GRANDE DO SUL: POSSIBILIDADES E DESAFIOS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

Orientadora:

Prof^a. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha

Porto Alegre
2013

RESUMO

O objetivo central desta pesquisa foi analisar as possibilidades e dificuldades relacionadas à implantação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) no Brasil, para então problematizar se é possível a expansão deste Programa no município de Viamão. A metodologia do estudo foi exploratória, descritiva, qualitativa, a partir de pesquisa documental e revisão bibliográfica. Após análise dos dados verificou-se que as possibilidades da RMS estão ligadas a melhoria dos serviços, proporciona o crescimento dos profissionais e acarreta um atendimento mais integral aos usuários. As dificuldades encontradas no desenvolvimento da Residência são relativas à formação e modos de trabalho dos profissionais, bem como falta de recursos físicos para sua efetivação. Em suma, a RMS é uma importante estratégia de formação para os profissionais e as dificuldades para implantá-la devem ser entendidas como fortalezas a serem vencidas e não como um impedimento para sua efetivação.

Palavras-chave: Residências Multiprofissionais em Saúde. Sistema Único de Saúde-SUS. Formação.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. UM POUCO DE HISTÓRIA SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE NO BRASIL	8
2.1 RETROSPECTIVA HISTÓRICA DA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	8
2.2 TRAJETÓRIA DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE NO BRASIL	17
3. O MUNICÍPIO DE VIAMÃO.....	20
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	26
5. A IMPLANTAÇÃO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE EM MUNICÍPIOS BRASILEIROS	27
5.1 POSSIBILIDADES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE	28
5.2 DIFICULDADES ENFRENTADAS POR SERVIÇOS NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS.....	43

1. INTRODUÇÃO

Como preparar os profissionais da saúde para atuarem em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)? Esse é um grande desafio para os gestores dos serviços de saúde.

A instituição da Constituição Federal e implementação do SUS, ocorridos há mais de 24 anos, garantiram o direito à saúde através de políticas públicas sociais e econômicas visando à redução do risco de doenças e outros agravos, ao acesso universal e igualitário a ações e serviços que realizem promoção, proteção e recuperação da saúde, proporcionando atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988). Todavia, ainda hoje há formações de nível superior preparando profissionais para tratar doenças, “corpos doentes”, com base tão somente na medicalização e com visão biologicista, conforme vemos em Guareschi e Pasini (2010, p. 146):

Os profissionais de saúde ainda são formados por uma tradição médico-hegemônica que produz efeitos sobre as relações cotidianas nos serviços de saúde, tanto do ponto de vista do trabalho em equipe como das relações com os usuários.

A definição de uma Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS nas três esferas governamentais - nacional, estadual, regional, e mesmo municipal - deveria incorporar a Educação Permanente em Saúde, uma política nacional definida como aprendizagem no trabalho; uma vez que é no cotidiano das organizações que o aprender e o ensinar se incorporam. Os objetivos dessa política de formação precisam ser pensados a partir das necessidades dos serviços de saúde, das possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, da capacidade resolutiva dos serviços de saúde e da gestão social sobre as políticas públicas de saúde (BRASIL, 2009a).

As políticas de saúde, nas quais se incluem as políticas sociais ou de proteção social – políticas públicas – estão voltadas à realização dos direitos sociais e são os principais instrumentos utilizados para coordenar programas e ações públicas. Essas políticas são formas de efetivar os direitos dos cidadãos a fim de intervir na realidade social e proporcionar melhores condições de vida. Elas devem ainda ser resultado de um compromisso público

entre o Estado e a sociedade, dependendo do engajamento (principalmente dos trabalhadores) para sua concretização, pois é dessa forma que as políticas de saúde são operacionalizadas.

Os profissionais da saúde devem realizar suas práticas a partir da ética profissional, objetivando melhorar cada vez mais seu desempenho, fazer as coisas “bem feitas”. Em nosso país, o direito à saúde é de todos, portanto, todas as pessoas são reconhecidas e legitimadas pela sociedade na sua qualidade de cidadãos, isto é, como detentores de direitos e deveres iguais, independentemente das diferenças e desigualdades sociais que os diferenciem (COHN, 2008).

Além de sermos profissionais, somos todos cidadãos brasileiros, agentes públicos, e, independentemente do vínculo empregatício, devemos ser defensores da vida e protagonistas do sistema de saúde de nosso país. Afinal, cidadania está diretamente implicada com a construção de novas relações e consciências, conforme corroborado pelo autor a seguir:

A cidadania é algo que não se aprende com os livros, mas com a convivência, na vida social e pública. É no convívio do dia-a-dia que exercitamos a nossa cidadania, através das relações que estabelecemos com os outros, com a coisa pública e o próprio meio ambiente. A cidadania deve ser perpassada por temáticas como a solidariedade, a democracia, os direitos humanos, a ecologia, a ética. (DALLARI, 1998, p.14).

É dever do SUS formar recursos humanos devidamente capacitados para atuar com base nas políticas públicas do nosso país, pois conforme a Constituição Federal, Art. 200, inciso III, “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde é competência do SUS” (BRASIL, 1988); ou seja, questões de educação na saúde fazem parte das atribuições do sistema. Para efetivar essas questões, o Ministério da Saúde (MS) tem desenvolvido várias estratégias e políticas voltadas para adequar a formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades dos serviços e de saúde da população, além do desenvolvimento do SUS (BRASIL, 2009a). A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é um exemplo dessas estratégias.

Muitos profissionais carecem de uma formação condizente com os princípios e diretrizes do Sistema de Saúde brasileiro. Uma alternativa para contribuir com a formação integral dos trabalhadores da saúde é a formação em serviço, após a graduação, nos Programas de RMS.

A RMS tem sido estimulada pelo MS como alternativa para contribuir na construção de novos fazeres e saberes que permitam uma atenção mais humanizada e integral por meio da interdisciplinaridade (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2009). As RMS devem ser

organizadas e desenvolvidas através de parcerias com gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, visando à integração ensino-serviço-comunidade, a fim de proporcionar a inserção qualificada de profissionais da saúde, preferencialmente recém-formados, em áreas de maior necessidade para o SUS (BRASIL, 2012a).

Sobre a Residência Multiprofissional em Saúde, a Portaria Interministerial nº 506, de 24 de abril de 2008, no seu artigo 1º define que:

(...) a Residência Multiprofissional em Saúde constitui-se em ensino de pós-graduação *lato sensu* destinado às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais.

O município de Viamão, situado na região metropolitana de Porto Alegre, atualmente conta somente com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O Programa oferece campo de atuação na cidade, durante um ano, aos residentes, desde o mês de novembro de 2009. No início, o Programa concentrou-se no CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas), sendo, posteriormente, expandido aos demais CAPS. Como trabalhadora desse município há mais de seis anos e moradora há mais de vinte e quatro, observei que a inserção dos residentes de diferentes profissões nos serviços de saúde mental trouxe muitas melhorias aos serviços, tanto no atendimento dispensado aos usuários, quanto no relacionamento e nas práticas de trabalho dos profissionais. Tal fato despertou o meu interesse em conhecer os Programas de RMS no Brasil e o desejo de apresentar à gestão municipal um plano com as principais dificuldades e possibilidades referentes à RMS, com vistas à implantação da mesma em outros serviços de saúde do município de Viamão.

O objetivo desta pesquisa foi analisar as possibilidades e dificuldades relacionadas à implantação dos Programas de RMS no Brasil, para então problematizar se é possível a expansão deste Programa no município de Viamão. Neste estudo, busquei apresentar os benefícios/vantagens que a RMS proporciona aos profissionais, aos serviços e, consequentemente, aos usuários do SUS. Investiguei também quais as possíveis dificuldades que poderão ser encontradas ao longo desse processo, com base em experiências de outros serviços. A partir dessas informações sistematizadas, espera-se contribuir para que o município consiga traçar um caminho a ser percorrido para efetivar a expansão desse Programa.

Para tanto, o presente trabalho está organizado de forma a contextualizar historicamente o Programa de RMS, apresentar o município de Viamão, citar experiências de implantação dos Programas no Brasil, explanar as vantagens do Programa e quais as dificuldades que surgiram durante esse processo. A pesquisa foi realizada através de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, a partir de pesquisa documental e revisão bibliográfica, onde a análise dos dados foi realizada conforme Bardin (2004) na metodologia qualitativa.

2. UM POUCO DE HISTÓRIA SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE NO BRASIL

2.1 Retrospectiva histórica da construção do Sistema Único de Saúde

No Brasil, até a década de cinquenta, sabemos, o modelo de atenção à saúde estava baseado na lógica do Sanitarismo (PAIM, 1999). O enfoque era dado no controle de doenças e vigilância epidemiológica e sanitária. Realizavam-se campanhas sanitárias com o objetivo de sanear as cidades e garantir exportações agrícolas. Este modelo concentra a atenção no controle de alguns agravos ou em determinados grupos populacionais em suposto risco de adoecer ou morrer, deixando de lado os determinantes mais gerais da situação sanitária. Neste tipo de intervenção, não se contemplam a totalidade da situação de saúde; ou seja, não considera a integralidade da atenção e não promove a descentralização na organização dos serviços (PAIM, 1999). O modelo assistencial sanitarista se faz presente ainda hoje em campanhas de Saúde Pública, para enfrentar problemas que a rede de serviços não conseguiu resolver. São exemplos desse modelo as campanhas de vacinação (pólio, influenza, etc.) e campanhas para o controle da dengue.

Com a migração da economia do pólo rural para o industrial surge, na década de sessenta, a necessidade de atendimento médico previdenciário. Foi nos Estados Unidos, a partir dos anos sessenta, que um novo movimento de reforma em saúde difundiu-se. O objetivo era racionalizar as práticas de saúde para populações excluídas da medicina privada e não contempladas integralmente pela saúde pública. O movimento da Medicina Comunitária orientava-se pelo princípio da integralidade da atenção juntamente com propostas racionalizadoras, como a regionalização e a hierarquização de serviços, tecnologias simplificadas, utilização de pessoal auxiliar, participação da comunidade, entre outras. A maioria dos projetos de extensão da cobertura de serviços de saúde e dos programas especiais para grupos populacionais específicos, implantados no Brasil nos anos setenta, foi influenciada pelas doutrinas da Medicina Comunitária e respaldados, posteriormente, pela Declaração de Alma Ata e pela proposta de Saúde para Todos no ano 2000 (PAIM, 1999).

Ainda segundo Paim (1999), durante a época da ditadura, no Brasil, nos anos setenta, há a centralização da administração pública dos serviços de saúde. Emerge o modelo médico-assistencial privatista, onde há dicotomias entre ações curativas e preventivas. Na segunda

metade da década de setenta, começa a expansão dos movimentos sociais e a formulação de propostas que atendessem os excluídos.

Os resultados eleitorais dos anos de 1970, 1974, 1978 e 1982, de forma crescente, vão acrescentando valor para o lado da oposição consentida ao governo, expressando no Movimento Democrático Brasileiro (MDB) a alteração da correlação de forças nos órgãos de representatividade nacional - Senado Federal e Câmara dos Deputados (BRASIL, 2006a). Tais mobilizações sociais acontecem, entre outros fatores, devido à elevação nos custos da saúde, redução da eficácia e efetividade dos atendimentos, mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população, insatisfação dos profissionais com as condições de trabalho e remuneração (sindicalização, assalariamento, greves), insatisfação da população com as dificuldades de acesso, baixa qualidade e a desumanização no atendimento.

Em 1978, foi realizada a 1ª Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, em Alma-Ata, no Cazaquistão, um dos países que formava a ex-União Soviética, da qual resultou a Declaração de Alma-Ata (BRASIL, 2001a). A Conferência estimulou a ação internacional e nacional de forma urgente e eficaz a fim de desenvolver cuidados primários de saúde a nível mundial e, principalmente, nos países em desenvolvimento, através da cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. A Declaração resultante da Conferência convocou governos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF), assim como organizações internacionais, entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os atores envolvidos na saúde, enfim, toda a comunidade mundial para firmar um compromisso internacional para com a introdução e desenvolvimento dos cuidados primários de saúde e a obtenção de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. O objetivo era combater as desigualdades entre os povos através de cuidados primários de saúde, promover a saúde de todos os povos do mundo e alcançar a meta de “Saúde Para Todos no ano 2000” (OPAS, 1978). Apesar de muitas das metas de Alma-Ata não terem sido alcançadas plenamente, a Atenção Primária em Saúde (APS)¹ tornou-se uma referência de fundamental importância para embasar os princípios das reformas sanitárias que ocorreram em vários países nas décadas de oitenta e noventa (MATTA; MOROSINI, 2009).

¹ Neste Trabalho de Conclusão utilizo o termo Atenção Primária em Saúde e cuidados primários em saúde como sinônimos, dado que foram traduzidos de forma diferente no português de Portugal (como cuidados primários) e no português do Brasil (traduzido como atenção primária).

O I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, ocorrido em 1979, evidencia uma mudança de contexto na saúde, passando de um sistema impositivo e autoritário para um espaço de discussão das políticas de saúde e a construção de um consenso coletivo. Foi a partir do pensamento crítico oposicionista-reformista que se observou a crise do sistema de saúde do país, assim como a necessidade de democratização da sociedade, como requisito de superação frente aos problemas da saúde (BRASIL, 2006a).

O movimento sanitário inicia os anos oitenta propondo como linha de operação a ocupação dos espaços institucionais e a formulação/implementação ativa de políticas de saúde frente à crise previdenciária do Estado. Surgem as ideias de universalizar o direito à saúde; integralizar as ações; inverter a entrada no sistema de saúde; descentralizar a gestão; promover a participação e o controle social (CEBES, 1976; ABRASCO, 1979).

A 7^o Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve por finalidade promover um amplo debate sobre temas relacionados à implantação e ao desenvolvimento Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-Saúde (BRASIL, 1980). Pela grave crise fiscal que o país viveu naquela época, foram criados órgãos para administrar melhor os poucos recursos. O Prev-Saúde, por falta de apoio político, não é implementado.

Em 1983, as Ações Integradas de Saúde (AIS) são propostas como estratégias para tentar superar a crise previdenciária. O objetivo das AIS era oferecer ações integrais de saúde, através de uma gestão compartilhada entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e as Secretarias Estaduais de Saúde, com vistas a fortalecer um sistema unificado e descentralizado (MATTA; MOROSINI, 2009). Contudo, muito mais do que estratégias pontuais, as AIS convertem-se em impulsionadoras para uma reorganização do sistema de saúde.

A 8^a CNS, em 1986, representou um grande marco na história das Conferências de Saúde no Brasil. Pela primeira vez, a população participou das discussões da CNS². As propostas do Relatório dessa Conferência foram incorporadas quase que integralmente no texto da Constituição Federal de 1988, bem como nas Leis Orgânicas da Saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90.

A partir dos debates, surgiu a ideia da criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, envolvendo desde a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1986).

² As CNS anteriores ao ano de 1986 não contavam com a participação da maioria da população, uma vez que, o sistema de saúde da época era excludente, onde somente trabalhadores com emprego formal podiam acessar os serviços de saúde. Da 8^a CNS participaram cerca de cinco mil atores sociais e políticos da sociedade civil organizada, impulsionados pelo Movimento da Reforma Sanitária.

Resultaram da 8ª CNS as seguintes diretrizes:

a) a afirmação do princípio da participação das entidades representativas na formulação da política e no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde;

b) a reformulação das Ações Integradas de Saúde, de modo a possibilitar amplo e eficaz controle da sociedade organizada nas instâncias de coordenação da época;

c) a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde composto por representantes de: ministérios da área social; governos estaduais e municipais; entidades civis de caráter nacional, a exemplo de partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares. Ao conselho seriam conferidas atribuições de orientação do desenvolvimento e de avaliação do SUS, incluindo a definição de políticas, orçamento e ações;

d) a formação de conselhos de saúde nos níveis municipal, regional e estadual, cuja composição deveria incluir representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços) e cuja atuação deveria abranger o planejamento, a execução e a fiscalização dos programas de saúde. Também se alerta para a garantia de eleição das direções das unidades de saúde pelos seus trabalhadores, bem como por sua comunidade usuária (BRASIL, 1986).

Em 1988, é promulgada a Constituição Federal brasileira e instituído o SUS. O texto constitucional foi gerado principalmente a partir das principais diretrizes da 8ª CNS. No artigo 196, ficou estabelecido que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A expressão “SUS” é composta por termos que refletem uma crítica positiva à anterior forma de organização da assistência médico-centrada, já que “sistema” é, segundo Bahia (2009), um conjunto de ações e instituições, que ordenada e articuladamente objetivam uma finalidade comum. No caso do SUS, sistema visa à quebra de paradigmas com esquemas assistenciais excludentes, voltados a populações específicas, tanto segundo critérios socioeconômicos, quanto a fundamentos nosológicos. O significado de “único” tem demasiada importância, pois antes do SUS o modelo de atendimento na saúde dividia os brasileiros em categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados, os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada) e os que não possuíam direito algum (BRASIL, 2010a). “Saúde” é compreendida como resultante e condicionante, entre outros, da alimentação, da moradia, do saneamento básico, do meio ambiente, do trabalho, da renda, da educação, do transporte, do lazer e do acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

O detalhamento e a regulamentação das diretrizes do SUS foram remetidos para a legislação complementar, as já citadas Leis Orgânicas de Saúde, 8080/90 e 8142/90. A Lei número 8080/90 dispõe sobre a organização e a gestão; as competências e atribuições das três esferas de governo; funcionamento e participação complementar do setor privado; política de recursos humanos; recursos financeiros, planejamento e orçamentos (BRASIL, 1990a). Já a Lei número 8142/90, define a participação social e as transferências intergovernamentais de recursos de financiamento (BRASIL, 1990b).

A complementação da legislação ordinária ocorre através de decretos de autoria do poder executivo ou do legislativo, além de normas formalizadas por portarias do Ministério da Saúde, entre as quais estão as Normas Operacionais Básicas (NOBs) que instituíram, na década de noventa, as regras para o repasse de recursos federais aos estados e municípios brasileiros (BAHIA, 2009). Foram princípios das NOBs: induzir e estimular mudanças no Sistema, aprofundar e aprimorar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos táticos-operacionais; regular as relações entre seus gestores e normatizar o SUS. Ou seja, as Normas Operacionais Básicas, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltaram, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, orientando a operacionalidade do Sistema (BRASIL, 1997).

A Norma Operacional Básica de 1991 (NOB SUS 91), implementada pela Resolução INAMPS n.º 258, de 07/01/91, promove o processo de descentralização e reforça o poder municipal, equiparando prestadores públicos e privados. Essa norma cria o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e o Fator de Estímulo à Municipalização (FEM).

Editada pela publicação da Portaria n.º. 234, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS, de 07/02/92, a Norma Operacional Básica (NOB SUS 01/92) normatizava a organização e operacionalização da assistência à saúde no SUS para o ano de 1992. Essa norma tratava do planejamento das ações, do financiamento, dos sistemas de informação, do controle e da avaliação, da auditoria, do processo de municipalização para repasse dos recursos e produtividade e qualidade no SUS (BRASIL, 1992).

Instituída pela Portaria n.º. 545 GM/MS, de 20 de maio de 1993, a Norma Operacional Básica (NOB SUS 01/93) organizava o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações do SUS, com diferentes níveis de responsabilidades dos Estados e Municípios e da União. Desencadeou o processo de municipalização da gestão e estabeleceu três condições de gestão para os municípios: Incipiente, Parcial e Semiplena; e duas para os estados: Parcial e

Semiplena. Instituiu as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), que são instâncias, ainda hoje ativas, de decisão compartilhada sobre políticas de saúde, como foros permanentes de negociação e deliberações (BRASIL, 1993). Essa norma representou um avanço na descentralização das ações e dos serviços de saúde na efetivação do SUS.

A Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 01/96), instituída pela Portaria nº. 1742 GM/MS, de 30 de agosto de 1996, promoveu e consolidou o pleno exercício do poder público municipal e do Distrito Federal na função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios. O município passou a ser, de fato, responsável pelo atendimento das necessidades e das demandas de saúde dos cidadãos e das exigências de intervenções saneadoras em seu território. Além de aperfeiçoar a gestão do SUS, esta norma propôs uma reordenação do modelo de atenção à saúde, avançando na consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 1997).

Instituída pela Portaria nº. 95 GM/MS, de 26 de janeiro de 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2001) ampliou as responsabilidades dos municípios na atenção básica, definindo o processo de regionalização e organização da assistência, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualizando os critérios de habilitação e desabilitação de estados e municípios. Ela permitiu ainda, maior visibilidade aos processos de pactuação, o que proporcionou maior controle pelos gestores (BRASIL, 2001b).

A atualização das prerrogativas emanadas pela NOAS 01/2001 ocorreu a partir da publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2002), publicada pela Portaria nº. 373 GM/MS, de 27 de fevereiro de 2002. Essa norma estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; instituiu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) como uma das condições de gestão dos sistemas municipais de saúde; definiu um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais; entre outros (BRASIL, 2002).

No ano de 2004, através da Portaria 2607, foi aprovado o Plano Nacional de Saúde (PNS), o qual é considerado uma importante ferramenta do Pacto pela Saúde no Brasil, além de ser imprescindível para a gestão do SUS. O PNS teve como referência as deliberações da XII Conferência Nacional de Saúde e o Plano Plurianual (PPA). O objetivo geral do PNS era:

Promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando a redução do risco de agravos e o acesso universal e igualitário às ações para a sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, aprimorando os mecanismos de financiamento, diminuindo as desigualdades regionais e provendo serviços de qualidade, oportunos e humanizados. (BRASIL, 2005b, p. 9).

Com o propósito de nortear o processo de organização do SUS, a partir da regulamentação da Lei nº 8.080/1990, é instituído o decreto nº 7508 de 2011, o qual dispõe sobre a organização do SUS, englobando o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, além de outras providências (BRASIL, 2011c).

As políticas de Estado, com a construção do SUS, passaram a reconhecer a necessidade de formação e atualização constante dos trabalhadores da saúde. Afinal, saúde se faz com pessoas; de pessoas, para pessoas. Assim, no ano de 2003, com a mudança de governo ocorrida, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com a meta de formular políticas orientadoras da gestão, desenvolver um amplo processo de formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde do SUS no país, a partir da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2006b). O objetivo da SGTES é proporcionar cursos para a formação dos profissionais de todos os níveis do ensino e a diferentes segmentos da população, desde a qualificação, formação técnica à especialização (BRASIL, 2006b).

Devido às constatações acerca da persistência de problemas de saúde, elevadas desigualdades econômico-sociais e no acesso a bens e serviços, o subfinanciamento, as distorções na estrutura dos gastos públicos e a subordinação das políticas sociais em vista da “financeirização” do orçamento público, em junho de 2005 ocorreu o VIII Simpósio da Câmara Federal sobre Política Nacional de Saúde (BAHIA, 2009). Tal Simpósio reuniu mais de oitocentos participantes na Câmara dos Deputados Federais e congregou a Frente Parlamentar da Saúde, as entidades subscritoras deste manifesto e entidades representativas dos usuários do SUS, dos trabalhadores e profissionais de saúde, dos prestadores de serviços e dos gestores do Sistema. Esse Simpósio reafirmou a excelência e legitimidade dos rumos Constitucionais da construção do SUS, mas também diagnosticou desvios na sua implementação e apontou para a urgente necessidade de avanços nas mobilizações e decisões políticas para sua correção (ABRASCO, 2005).

Devemos continuar firmes na luta e manter viva e articulada a aliança bem sucedida entre a população brasileira, profissionais da Saúde, prestadores de serviços, dirigentes e técnicos do SUS, parlamentares, membros do Ministério Público e

outros que militam pelos princípios e diretrizes do SUS. Esta militância acredita na força das lutas do povo e tem certeza de que um novo Brasil ainda é possível. (ABRASCO, 2005, p. 4).

No segundo semestre de 2006, foi elaborado o documento “SUS pra Valer: universal, humanizado e de qualidade”, como resultado das iniciativas de criar e reunir um Fórum da Reforma Sanitária na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e a realização de reuniões conjuntas da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Rede Unida, Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), Associação Nacional de Promotores do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA) e a Frente Parlamentar da Saúde, permitindo, assim, ampliar e aprofundar a reflexão e as propostas de resgate do SUS constitucional. Esse documento continha estratégias programáticas, reafirmava a imprescindibilidade da compatibilização dos padrões de saúde dos brasileiros ao progresso tecnológico, cultural e político disponível (BAHIA, 2009).

Apesar de registrar avanços importantes, o SUS ainda enfrenta enormes limitações. A participação da comunidade no exercício da fiscalização do SUS depara-se com grandes limites que exigem muita perseverança para sua concretização; em especial os conselheiros, que atuam em meio a uma grande burocracia e convivem com um sistema de normas que não condizem à sua realidade, dificultando assim a efetivação do SUS. O sistema carece de instrumentos que responsabilizem os gestores de forma clara, a partir de metas e indicadores para as ações e os serviços da saúde. Além do fato que ainda há uma grande dificuldade para que o SUS funcione como um sistema integrado, baseado na regionalização e na descentralização. Esses fatores corroboram a necessidade de mudanças (BRASIL, 2009b).

A partir de discussões dos gestores federais, estaduais e municipais verificou-se a necessidade de se pactuar metas e objetivos sanitários a serem alcançados, bem como da necessidade de envolver a sociedade na defesa do SUS. O trabalho conjunto realizado nas reuniões entre Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), ocorridas entre os anos de 2004 e 2005, resultou na Portaria GM/MS n. 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, com a definição das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, onde foram definidas três dimensões: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Em 3 de abril de 2006, foram publicadas a Portaria GM/MS n. 699 - que regulamentou as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão - e a Portaria GM/MS n. 698, que instituiu a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de

saúde em blocos de financiamento, substituída, posteriormente, pela Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2011b).

O Pacto pela Vida teve como objetivo estabelecer um conjunto de prioridades a serem assumidas pelos gestores das três esferas (federal, estadual e municipal). As prioridades foram os principais problemas de saúde que assolam o país, os estados, as regiões e os municípios. Elas estão expressas em objetivos, metas e indicadores, as quais são pré-definidas nacionalmente, mas permitem que os gestores indiquem situações a partir da realidade local e regional da população (BRASIL, 2009b). O Pacto pela Vida é de suma importância, pois objetiva olhar para o contexto da saúde, o *locus* onde as pessoas vivem e quais suas condições de vida. É a partir desse conhecimento que se planejam ações e se definem prioridades que causarão impacto na melhoria da situação de saúde das pessoas.

O Pacto em Defesa do SUS propõe o resgate do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, ampliando o diálogo com a sociedade na defesa do SUS, promovendo o desenvolvimento e articulação de ações que objetivem qualificar e assegurar o SUS como política de Estado, sustentada, de longo prazo, independente de quem esteja no governo. Objetiva promover a cidadania como estratégia de mobilização social, garantir os financiamentos necessários de acordo com as necessidades do sistema de saúde e repolitizar o debate sobre o SUS a partir da discussão do Sistema, retomando os princípios declarados na Constituição Federal (BRASIL, 2009b), uma vez que é fundamental que a sociedade tenha conhecimento das políticas de saúde para que possa contribuir com a construção do SUS, além de exigir a efetivação de seus direitos.

O Pacto de Gestão estabelece, de forma bastante clara, as responsabilidades de cada ente federado do SUS, contribuindo para que o mesmo funcione a partir da gestão participativa. Suas diretrizes referem-se à Regionalização, ao Financiamento, ao Planejamento, à Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI), à Regulação da Atenção à Saúde e da Assistência, à Participação e Controle Social, à Gestão do Trabalho e à Educação na Saúde. Extingue as antigas formas de habilitação estabelecidas pela NOB SUS 96 e pela NOAS SUS 01/02, substituídas pela assinatura do Termo de Compromisso de Gestão. Apesar de todos os esforços realizados e das mudanças legislativas ocorridas, ainda hoje encontramos no Sistema a lógica da centralização, o que impede o pleno e qualificado acesso dos cidadãos às ações e aos serviços de saúde (BRASIL, 2009b).

Dentre as inovações realizadas ao longo do tempo para o fortalecimento do Sistema de Saúde brasileiro, a criação e implantação das RMS, integradas ao SUS, apresentam-se como uma perspectiva teórico-pedagógica implicada com os princípios e diretrizes da integralidade

da atenção e da intersetorialidade do SUS, juntamente com outras políticas que atuam sobre os determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com base no acesso equânime e no direito à saúde (CECCIM, 2002). Por serem consideradas uma alternativa para melhor preparar os profissionais em saúde, a partir dos princípios e diretrizes do do SUS, muitos Programas foram criados no Brasil e financiados pelo MS, nas últimas décadas, como veremos no próximo subcapítulo.

2.2 Trajetória das Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil

Desde a década de 60, de maneira informal no Brasil, Programas de Residência voltados a profissionais não médicos vem sendo criados. Segundo Lima e Porto (1977), o Programa de Residência em Enfermagem do Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo, no ano de 1961, foi o primeiro a ser criado. Após esse período, outros Programas de Residência na área da saúde foram criados envolvendo as profissões da Odontologia, Farmácia, Nutrição e Fisioterapia com o propósito de qualificar os profissionais através de treinamento em serviço de longa duração, seguindo o modelo da Residência Médica (BRASIL, 2009c).

Em 1977, com caráter inovador, inicia-se o Programa de Residência Multiprofissional no Centro de Saúde-Escola Murialdo (CSEM), agregando profissionais de Enfermagem, Serviço Social e Medicina Veterinária (CECCIM; ARMANI, 2001). Um dos idealizadores do trabalho proposto no Murialdo foi o médico Ellis Busnello que, ao retornar dos Estados Unidos e, juntamente com outros dois médicos, desenvolveram a ideia de “equipe de saúde”, propondo um modelo de atenção em saúde que rompe com o binômio médico-enfermeiro (MELLO; ROCHA; UEBEL, 2003).

Uma das hipóteses que explica a origem das ideias que deram embasamento para a implantação do Programa de RMS no CSEM baseia-se em uma prática de saúde existente na China, conhecida como *médicos descalços* (MELLO; ROCHA; UEBEL, 2003). O programa dos “médicos de pés descalços” teve início em 1968, na China, pois após a fundação da República Popular da China, em 1 de outubro de 1949, Mao Zedong criticou o desequilíbrio entre o gasto com a saúde na zona urbana e rural, que em 1964 era maior para os 8,3 milhões de pessoas que habitavam a cidade, em relação aos 500 milhões de camponeses. Conforme Smith (1974), o programa consistia em treinar camponeses com alguns treinamentos médicos

básicos, para que pudessem oferecer tratamento médico simples ou conselhos, porém continuavam também a exercer o seu trabalho agrícola. O pagamento era realizado pelas cooperativas agrícolas, que contabilizavam o tempo que era dispensado ao atendimento às pessoas como o tempo trabalhado na agricultura. Apesar de o treinamento recebido ser limitado, esses trabalhadores exerceram um papel importantíssimo na melhoria das condições de saúde do país continental (MIYASAKA, 2011).

No início da década de 90, houve o término da Residência Multiprofissional no Centro de Saúde Murialdo, por motivos políticos e devido à crise econômica enfrentada pelo Brasil, permanecendo apenas o Programa de Residência Médica. De acordo com Ceccim e Armani (2001), um dos motivos que levaram à extinção da RMS foi a discrepância entre a remuneração e a carga horária dos residentes médicos e em relação aos das demais profissões.

No entanto, em 1º de outubro de 1999, foi aprovada a Portaria 16/99 que criou, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, o Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS-ESP/RS), que, além de ter o caráter multiprofissional, ampliou as áreas de concentração para Saúde Mental Coletiva, no Hospital Psiquiátrico São Pedro, Atenção Básica em Saúde Coletiva, no Centro de Saúde Escola Murialdo, e Projetos Assistenciais em Dermatologia Sanitária, no Ambulatório de Dermatologia Sanitária.

Em 17 de maio de 2002, foi criado o Programa de Bolsas de Estudos para a Residência Integrada em Saúde, a partir da Lei Estadual nº 11.789. É através do financiamento do MS e das possibilidades que este Ministério vem proporcionando para garantir a formação em ensino-serviço no país que novos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde foram (e estão sendo) criados com vistas a qualificar a formação pedagógica dos profissionais e na perspectiva do trabalho integrado (BRASIL, 2006b).

A Medida Provisória nº 238 de 2005 foi mais uma etapa para garantir a regulamentação da Residência para as demais profissões da saúde independente da categoria médica. Em junho do mesmo ano, essa Medida Provisória foi convertida na Lei nº 11.129, que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*. Em novembro, foi publicada a Portaria Interministerial nº 2.117, do MS e do Ministério da Educação, instituindo a RMS e, assim, garantindo o desenvolvimento de programas de residência destinados às categorias profissionais que integram a área da saúde (BRASIL, 2005a).

Em 12 de janeiro de 2007, foi publicada a Portaria Interministerial nº 45, onde os Ministérios da Saúde e da Educação determinarem que as Residências Multiprofissionais em Saúde e as Residências em Área Profissional da Saúde serão orientadas pelos princípios do

SUS. Nessa Portaria, foi instituída também a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), órgão que coordena os Programas de Residência em área profissional da saúde. As Residências Multiprofissionais em Saúde, segundo esta Portaria, abrangem as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2007).

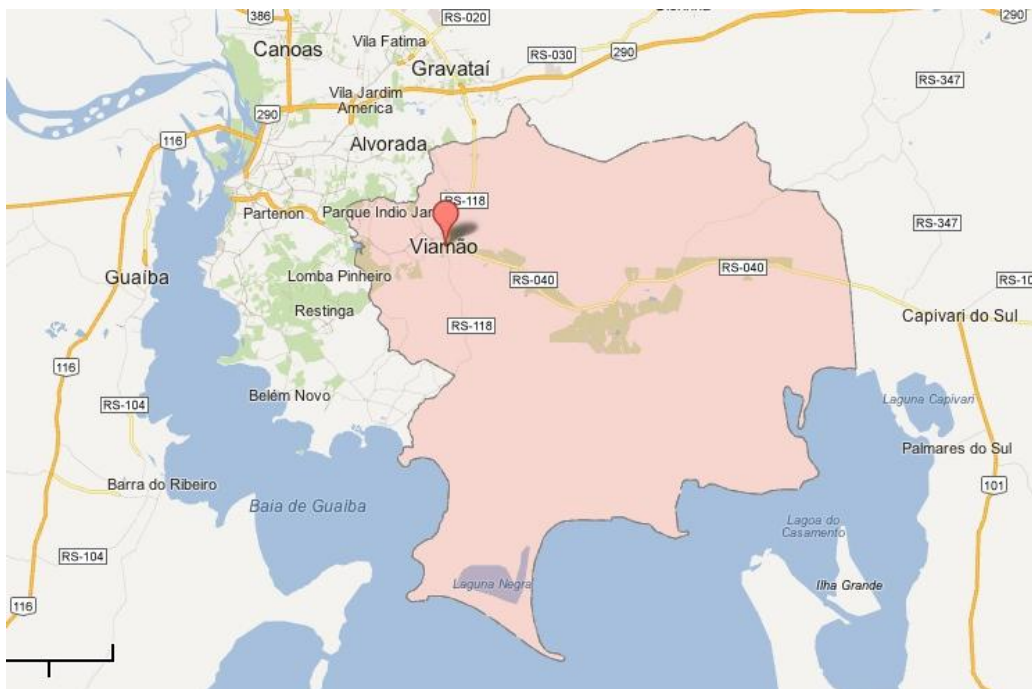
Considerando o término da vigência da Portaria Interministerial nº 698, de 19 de julho de 2007, de acordo com o parágrafo 1º do artigo 3º da Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007, o Ministro da Educação e o Ministro da Saúde resolvem, através da Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, dispor sobre a RMS e a Residência em Área Profissional da Saúde, e instituir o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e criar a Comissão Nacional de RMS. Através dessa Portaria, ficou instituído o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, a ser normatizado por meio de editais específicos. Além disso, a Comissão Nacional de RMS, em consonância com a Política Nacional de Educação e com a Política Nacional de Saúde, fica responsável por avaliar e acreditar os Programas de RMS e Residência em Área Profissional da Saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e que atendam às necessidades sócio-epidemiológicas da população brasileira; credenciar os programas de RMS e Residência em Área Profissional da Saúde bem como as instituições habilitadas para oferecê-lo; registrar certificados de Programas de RMS e Residência em Área Profissional da Saúde, de validade nacional, com especificação de categoria e ênfase do programa (BRASIL, 2009d).

Conforme dados publicados pelo Ministério da Saúde, atualmente, o Brasil possui 10.434 profissionais na fase inicial da Residência Médica e Multiprofissional. Para o ano de 2013, o número de bolsas de Residência Multiprofissional e Residência Médica aumentará em 129%. Serão mais 1.270 bolsas destinadas aos Programas de RMS, através da iniciativa do Pró-Residência Multiprofissional, do Ministério da Saúde, o qual objetiva formar especialistas de acordo com as necessidades do SUS. Além do aumento no número de bolsas oferecidas, está prevista a capacitação de trabalhadores já inseridos nos serviços, os quais atuarão como preceptores dos residentes, a qualificação dos docentes para cursos de graduação em saúde, e a disponibilização de recursos para a melhoria da infraestrutura dos serviços que ampliem seu quadro de residentes (SILVA, 2012).

3. O MUNICÍPIO DE VIAMÃO

O município de Viamão pertence à Microrregião de Porto Alegre e à Mesorregião Metropolitana de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul (RS). Sua localização se dá entre a RS-118 e a RS-040, tendo ao Sul a Lagoa dos Patos; a Leste o município de Capivari do Sul; a Oeste, a cidade de Porto Alegre, que dista 24 km. Segundo dados do IBGE de 2012 (BRASIL, 2012b), o município de Viamão possui 239.384 habitantes, em uma área de unidade territorial de 1.497,023 km² com densidade demográfica de 159,91 hab/km² e um total de 49 estabelecimentos de saúde, sendo 24 públicos. Conforme registros da Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS), o município conta com uma área urbana total de 93,05% e 6,95% de área rural (FAMURS, 2012).

Mapa 1: Município de Viamão, RS



Fonte: Google/Maplink (2012)

O Índice Firjan de Gestão Pública (FIRJAN, 2012)³, criado para avaliar a qualidade de gestão fiscal dos municípios brasileiros, indica que Viamão está entre as 1.500 cidades melhores administradas do Brasil, de um total de 5.565 municípios brasileiros. No campo da saúde, isto se reflete nas ações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que tem investido recursos em reformas gerais de unidades de saúde. Foram construídas duas unidades de saúde e reformadas as outras dezoito, nos últimos dois anos. Houve uma ampliação na lista dos medicamentos fornecidos gratuitamente, passando de 80 para 156 tipos, também nos últimos dois anos (VIAMÃO, 2012).

Conforme dados da SMS (VIAMÃO, 2012), o município de Viamão conta hoje com quatro CAPS, que representam uma cobertura de 1,25%; um serviço especializado em DST/HIV/AIDS; um Pronto Atendimento; duas unidades de Referência em Saúde; cinco Estratégias de Saúde da Família, sendo ao todo oito Equipes de Saúde da Família, com 7,46% da população cadastrada; nove Unidades Básicas de Saúde; um Hospital Geral (Instituto de Cardiologia Hospital Viamão), administrado pela Fundação Universitária de Cardiologia do Rio Grande do Sul (FUC), além do Hospital Colônia Itapuã (Leprosário Itapuã), que pertence à Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS).

Os programas que hoje existem no município são os seguintes: Atenção Integral à Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde Mental, Saúde Indígena, Saúde do Idoso, Saúde Bucal, HIPERDIA, Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Além disso, outros programas e ações foram desenvolvidos pela SMS no ano de 2011: Comitê Municipal de Mortalidade Infantil Materno Fetal, Comitê Municipal de Combate à Dengue, Protocolo de Assistência ao Pré-natal de Baixo Risco; implantação do Sistema Aghos, um sistema de administração geral dos leitos hospitalares, que permite a regulação informatizada, interligando todos os serviços hospitalares do SUS, qualificando e aperfeiçoando os fluxos da Central de Regulação do Estado, a fim de otimizar a oferta de serviços de saúde e a garantia de acesso a todos os usuários de forma resolutiva, ampliando o número de consultas especializadas.

No ano de 2012, as cinco ESFs acima referidas foram reativadas, pois estiveram de julho de 2011 a janeiro de 2012 fechadas por falta de pessoal. Os usuários que fazem uso de

³ Para contribuir com a gestão pública, a Federação das Indústrias do Rio de Janeiro (FIRJAN) desenvolveu o Índice FIRJAN de Gestão Fiscal (IFGF), uma ferramenta de *accountability* que tem como objetivo estimular a cultura da responsabilidade administrativa, por meio de indicadores que possibilitem o aperfeiçoamento das decisões quanto à alocação dos recursos públicos, bem como maior controle social da gestão fiscal dos municípios. Composto por cinco indicadores: Receita Própria, Pessoal, Investimentos, Liquidez e Custo da Dívida, o Índice tem como base de dados as estatísticas oficiais disponibilizadas anualmente pela Secretaria do Tesouro Nacional, constituídas por informações orçamentárias e patrimoniais prestadas pelos próprios municípios (FIRJAN, 2012).

medicamentos antivirais podem desde o ano de 2012 adquiri-los gratuitamente na Farmácia municipal; pois, anteriormente, somente no município de Porto Alegre eram fornecidas essas medicações. Foi implantado, ainda, no município de Viamão, o Serviço Especializado em Imunizações, o qual disponibiliza todos os imunológicos oferecidos pelo SUS e funciona diariamente, inclusive nos finais de semana e feriados, evitando assim o deslocamento dos usuários para a capital do Estado. Há também, Programa de Atenção Domiciliar (PAD), que atua em áreas descobertas pelas ESFs; o Núcleo Educação e Saúde (NES), responsável pelas capacitações, cursos, seminários, formações da Secretaria aos seus funcionários; a implantação de aparelhos de raio-x nas Unidades de Referência em Saúde (URS), que facilitam a realização de diagnósticos por imagem.

Quanto aos procedimentos realizados no município, no ano de 2011, foram aplicadas 49.016 doses de vacinas; o total de consultas médicas especializadas foi de 14.230; o número de exames de imagens foi de 44.250 e, de exames clínicos, 12.883. Em relação à produção hospitalar, no ano de 2011, foram 18.235 internações por especialidade, com aplicação de 16,74% de recursos próprios da SMS, ou seja, R\$ 20.888.209,38. Somente no mês de maio de 2012, foram 866 internações hospitalares de pessoas residentes no município (BRASIL, 2011a).

No ano de 2001, o número de crianças viamonenses menores de dois anos desnutridas era de 6,7%; em 2010, foram pesadas, pelo Programa Saúde Familiar, 2.236 crianças menores de dois anos; destas, 0,0% estavam desnutridas. No município, de 1991 a 2010, a proporção de pessoas com renda domiciliar per capita de até meio salário mínimo, sendo considerado abaixo da linha da pobreza, reduziu em 38,4% (BRASIL, 2010a).

Quanto à educação, no município, em 2010, 12,8% das crianças de 7 a 14 anos não estavam cursando o ensino fundamental. A taxa de conclusão, entre jovens de 15 a 17 anos, era de 49,8%. O percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos, em 2010, era de 98,9%. A distorção idade-série eleva-se à medida que se avança nos níveis de ensino. Entre alunos do ensino fundamental, 27,0% estão com idade superior à recomendada chegando a 41,3% de defasagem entre os que alcançam o ensino médio (BRASIL, 2010a). Viamão está na 3.176.^a posição, entre os 5.565 do Brasil, quando avaliados os alunos da 4.^a série, e na 3.880.^a, no caso dos alunos da 8.^a série. O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) nacional, em 2009, foi de 4,4 para os anos iniciais do ensino fundamental em escolas públicas e de 3,7 para os anos finais. Nas escolas particulares, as notas médias foram, respectivamente, 6,4 e 5,9 (BRASIL, 2009e).

Com relação à inserção no mercado de trabalho, no ano de 2010, havia menor representação das mulheres. A participação da mulher no mercado de trabalho formal era de 39,9%. O percentual do rendimento feminino em relação ao masculino era de 93,9% em 2010, independentemente da escolaridade. Entre os de nível superior, o percentual passa para 78,5% (BRASIL, 2010a). A proporção de mulheres eleitas para a Câmara de Vereadores no ano de 2008 foi de 7,1% (VIAMAO, 2012).

Das crianças de até um ano de idade, em 2010, 2,7% não tinham registro de nascimento em cartório. Este percentual cai para 0,9% entre as crianças até dez anos (BRASIL, 2010a). Em 2011, 88,2% das crianças menores de um ano estavam com a carteira de vacinação em dia (BRASIL, 2011a).

O número de óbitos maternos no município, de 1997 a 2010, foi 36 (BRASIL, 2010a). A proporção de gestantes sem acompanhamento pré-natal, em 2010, foi de 3,9%. As gestantes com sete ou mais consultas foram 49,9%. Em 2010, 99,1% dos nascidos vivos tiveram seus partos assistidos por profissionais qualificados de saúde. O percentual de mães com idades inferiores a 20 anos, no ano de 2009, era de 19,1%, o que é preocupante, pois muitas vezes as adolescentes têm que enfrentar problemas e assumir responsabilidades para as quais não estavam preparadas, com graves consequências para elas mesmas e para a sociedade.

O município teve de 1987 a 2011, 2.188 casos de AIDS diagnosticados (BRASIL, 2011a). Entre os anos de 2001 e 2009, houve 19 casos de doenças transmitidas por mosquitos, dentre os quais um caso confirmado de malária, nenhum caso confirmado de febre amarela, um caso confirmado de leishmaniose, 17 notificações de dengue (BRASIL, 2009e).

No ano de 2010, 89,7% dos domicílios tinham acesso à rede de água geral e 76,2% possuíam formas de esgotamento sanitário consideradas adequadas (BRASIL, 2010a). Em Viamão, existe processo de regularização fundiária com legislação municipal específica que dispõe sobre regularização fundiária e sem plano ou programa específico de regularização fundiária. Até o ano 2000, havia 3.613 moradores vivendo em aglomerados subnormais como favelas e similares (VIAMÃO, 2012). Em 2010, 98,3% dos domicílios particulares permanentes contavam com o serviço de coleta de resíduos e 98,8% tinham energia elétrica distribuída pela companhia responsável (uso exclusivo). A proporção de domicílios, em 2010, com acesso ao direito de propriedade (própria ou alugada), atingiu 92,4% (BRASIL, 2010a).

O número de óbitos de crianças menores de um ano no município, de 1995 a 2010, foi 976. O coeficiente de mortalidade infantil na cidade vem apresentando declínio com o passar dos anos, como pode-se ver na Tabela 2, a seguir:

Tabela 2: Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos no município de Viamão, RS

Ano	Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos
1989	22,80
1990	20,46
1994	18,13
1998	18,01

Fonte: Brasil (2011)

Segundo dados do DATASUS (BRASIL, 2011a), conforme já informado anteriormente, a taxa de mortalidade infantil do município de Viamão no período de 2011 foi de 12,89 por mil. Nesse mesmo ano, ocorreram 40 óbitos infantis e fetais, além de 100 óbitos em mulheres em idade fértil.

Segundo o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (FEE, 2000), Viamão apresenta esperança de vida ao nascer de 75,015 anos, com um índice de esperança de vida (IDHM-L) de 0,834; a taxa de alfabetização de adultos é de 0,936, a taxa bruta de frequência escolar é de 0,804 e o índice de educação (IDHM-E) é de 0,892; a renda per capita é de R\$ 253,874; o índice de PIB (IDHM-R) é de 0,697; o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é de 0,808. Quanto aos aspectos relacionados à educação, renda, saúde, saneamento e domicílios, o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDESE) e a ordem que Viamão se encontra, referente aos demais municípios do Estado são pontuados abaixo, conforme a Tabela 3:

Tabela 3: IDESE do Município de Viamão

Município de Viamão	Educação	Renda	Saneamento e Domicílios	Saúde	IDESE
Índice	0,851	0,600	0,597	0,866	0,729
Ordem	304°	423°	47°	170°	157°

Fonte: Idese (2009)

Ao analisar a Tabela 3, constatamos que o município de Viamão não possui nenhum dos índices com valores considerados baixos (de até 0,499). A Saúde apresenta o maior índice de desenvolvimento entre os demais analisados, com valor considerado alto (maior ou igual 0,800).

Este município possui programas e projetos que visam à melhoria das condições de vida da população através da promoção da saúde e da prevenção de doenças, comprovados

através de indicadores que vêm apresentando melhoras com o passar dos anos. Todavia, a cidade encontra-se na posição de número 157 do Índice de Desenvolvimento Socioeconômico em relação aos demais 496 municípios do Estado do Rio Grande do Sul, exigindo a adoção de novas políticas públicas para melhoria das condições de vida e, conseqüentemente, da saúde dos viamonenses.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa foi realizada através de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, a partir de pesquisa documental e revisão bibliográfica.

Após a definição do tema de pesquisa e aceite do professor orientador, iniciei buscas por publicações, artigos, revistas, teses, dissertações, Trabalhos de Conclusão de Cursos (TCC), em diferentes bases de dados: na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no Lume da UFRGS, no Google Acadêmico, em sites governamentais, entre outros. As buscas foram realizadas através de palavras-chave e expressões que pudessem localizar artigos e textos sobre essa temática, tais como: “Residências Multiprofissionais em Saúde” e “Implantação de Residências Multiprofissionais em Saúde”.

Os registros e a organização das informações contidas nos textos ocorreu através do fichamento bibliográfico. A análise dos documentos teve como foco principal descrever as possibilidades e dificuldades encontradas pelos municípios e/ou serviços de saúde na implantação das Residências Multiprofissionais em Saúde.

A análise das informações coletadas segue o procedimento comum da análise de conteúdo utilizada na metodologia qualitativa (BARDIN, 2004).

Segundo Bardin (2004), a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (p. 27). Não se trata de um instrumento único, mas de um leque de apetrechos, adaptável de acordo com a disparidade de documentos e objetivos dos investigadores. A análise de conteúdo é uma construção que tem como ponto inicial a realidade concreta dos sujeitos, assim como a sua história. Para a sua realização, decorrem três fases diferentes: a pré-análise (em que se organiza o material empírico, a fim de sistematizar as ideias iniciais e criar as categorias de análise), a exploração do material (em que, após a definição das categorias de análise, são realizadas as operações de busca e separação do material empírico) e, por fim, a fase de tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação (em que os “materiais brutos” são tratados de maneira a serem significativos e válidos aos interesses da investigação realizada).

5. A IMPLANTAÇÃO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE EM MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Desde o ano de 1998, novos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde vêm sendo implantados em todo o país. Somente no ano de 2002, foram criadas 19 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família através dos financiamentos do MS. Cada um dos Programas, com suas especificidades regionais, apresenta grande variedade em seus processos metodológicos, mas todos com o objetivo de proporcionar formação em serviço de forma integrada e multidisciplinar, tendo como eixo pedagógico a Educação Permanente (BRASIL, 2006b).

No ano de 2006, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) apoiava cerca de 22 Programas de RMS, totalizando o financiamento de 1.558 bolsas, o que correspondia a investimentos de quase 50 milhões de reais anuais (BRASIL, 2006b). O número total de vagas em Programas de RMS apoiados pela SGTES/MS, em 2006, era de 516, sendo a profissão da Enfermagem a que mais se destacava com um percentual de 30% do total de vagas. Somente no Estado do Rio Grande do Sul, foram ao todo 79 vagas, mantendo a Enfermagem a maior prevalência de vagas, com um percentual também de 30%, seguida das profissões da Fisioterapia e Serviço Social, com 15% e 13%, respectivamente.

Conforme o Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), em 2009, no país, havia 139 Programas de Residência, sendo 14 destes multiprofissionais (voltadas à especialização em serviço de profissionais das diversas áreas da saúde), o que equivale a um percentual de 10%, e 125 - 90% - em área profissional da saúde (específicas para profissionais de mesma formação acadêmica).

Em ocasião desta pesquisa, foram analisados 22 estudos⁴ que abordam as possibilidades e dificuldades encontradas pelos municípios e/ou serviços de saúde brasileiros na implantação da RMS, além de 20 estudos⁵ que apontam as possibilidades e dificuldades presentes ao longo do processo de realização da RMS, os quais deram origem às subcategorias que a seguir serão apresentadas.

⁴ Esses estudos são artigos com relatos de experiências de RMS e estão disponíveis no livro Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios do Ministério da Saúde.

⁵ Desses estudos sete foram artigos, sete dissertações de Mestrado, cinco trabalhos de conclusão de curso e um foi tese de Doutorado.

5.1 Possibilidades da Residência Multiprofissional em Saúde

Na análise dos documentos, prevalecem como resultados secundários à implantação do Programa de RMS a potencialidade deste **realizar transformações positivas nas comunidades** (RAMOS et al., 2006; RODRIGUES, 2006; MELO et al., 2006; SILVÉRIO, 2006; TEIXEIRA et al., 2006; OLIVEIRA, 2006; BOURGET et al., 2006; MOREIRA; OLIVEIRA, 2006; VILASBÔAS, 2006; DALLEGRAVE; KRUSE, 2008; OLIVEIRA, 2007; FERREIRA, 2007; SCHAEDLER, 2010), refletindo diretamente nos **indicadores de saúde e qualidade de vida dos usuários** (BALDISSEROTTO et al., 2006; RUSCHEL et al., 2006; WOLFF; NOLASCO; DANIEL, 2006; MELO et al., 2006; SILVÉRIO, 2006; TEIXEIRA et al., 2006; BOURGET et al., 2006; HENK; FAJARDO, 2010; WANDERLEY, 2010; FERREIRA, 2007); uma vez que, “a inserção dos processos de formação nos serviços de saúde são efetivos impulsionadores para a transformação das realidades sanitárias e epidemiológicas” (BOURGET et al., 2006, p.120). Em todos os artigos pesquisados, a RMS é entendida como um Programa que possibilita a **formação em serviço dos profissionais da saúde**, sendo uma importante **estratégia para consolidação do SUS**. Mesmo com os modelos de Programas de RMS no Brasil tendo características diversas, com metodologias próprias, eles “contribuem, sem dúvida, no aprimoramento do processo de trabalho para o SUS” (BASSO, 2010, p. 33). Dallegrave (2008) traz, ainda, a RMS como transformadora de condições de vida, passível de alterar a estrutura social e Baldisserotto et al. (2006) citam a tríade usuários-profissionais-instituição como beneficiada pela implantação do Programa de RMS, onde usuários são vistos e atendidos com integralidade, profissionais passam a entender a saúde em uma realidade ampliada e a instituição, representada pelos orientadores/preceptores, qualifica e aumenta suas ações educativas e práticas no trabalho em saúde.

Em alguns municípios, com a implantação da RMS, ocorreu um **aumento da participação dos usuários nos serviços** e, com a atuação de residentes, houve uma **maior adesão aos conselhos municipais de saúde** (RODRIGUES, 2006; TEIXEIRA et al., 2006; VILASBÔAS, 2006). No município de Blumenau, Santa Catarina, por exemplo, nas comunidades que participaram do Programa de RMS, ocorreu a implantação e a efetivação dos conselhos locais de saúde (RODRIGUES, 2006), reforçando com isso, a participação social dos usuários no SUS, conforme legislação vigente.

O **trabalho em equipe e a visão interdisciplinar do usuário** apareceram, também, como fatores positivos decorrentes da implantação da RMS nos serviços (BELCHIOR; SILVA; HYGINO, 2006; BALDISSEROTTO et al., 2006; RUSCHEL et al., 2006; FRICHEMBRUDER; SILVA; CRUZ, 2006; MEIRA; SANTOS; SANTANA, 2006; VERDI et al., 2006; RODRIGUES, 2006; WOLFF; NOLASCO; DANIEL, 2006; CARVALHO; LIMA; BADUY, 2006; MELO et al., 2006; SILVÉRIO, 2006; TEIXEIRA et al., 2006; TEIXEIRA et al., 2006; CYRINO; PARADA, 2006; OLIVEIRA, 2006; MOREIRA; OLIVEIRA, 2006; MARIA; POSSA, 2010; HENK; FAJARDO, 2010; DALLEGRAVE; KRUSE, 2008; OLIVEIRA, 2007; SANTOS, 2009; WANDERLEY, 2010; LIMA; SANTOS, 2012; FERREIRA, 2007).

A Residência é considerada integrada por possibilitar a formação do profissional a partir do trabalho; da união do “trabalho-especialização” com os princípios das políticas públicas; do encontro entre políticas públicas e a participação social e da interseção entre Residência e Especialização em área profissional. A Residência é definida como integrada, ainda, conforme a UFRGS (2011), por ser ofertada em equipe multiprofissional, com caráter interdisciplinar, objetivando romper as barreiras da fragmentação das práticas em saúde, com as posturas e condutas de institucionalização, as quais não consideram as diversidades humanas e as singularidades socioculturais da saúde e do aprender. Henk (2010), em sua experiência junto a um Programa de RMS, observou a prática da interdisciplinaridade e entende esta como uma possibilidade para a diversidade de olhares de um mesmo sujeito culminando com uma prática mais qualificada e proporcionando o aprendizado em serviço. Conforme Wanderley (2010), após a implantação do Programa de RMS na Casa de Saúde Santa Marcelina (RS?), observou-se uma nova abordagem por parte da equipe de saúde frente ao cuidado dispensado aos usuários devido a modificações que ocorreram no processo de trabalho, à maior interação entre as categorias profissionais e à efetivação do trabalho multidisciplinar.

Segundo Basso (2010), como resultado das intervenções realizadas a partir da implantação da RMS no HCPA, temos, na prática, a **multiplicação do espaço de escuta** dentro da equipe de trabalho, emergindo, assim, o sentimento de corresponsabilização dos preceptores para realizar as sugestões e transformações necessárias para o processo de contínua melhoria do Programa de Residência, refletindo diretamente na melhoria do cuidado dispensado aos usuários. Segundo o Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia (IC/FUC), a implantação da RMS na Instituição proporcionou ao

usuário um cuidado mais aprimorado e integral, pois o atendimento é realizado por equipe multiprofissional, acarretando maior resolutividade dos problemas (IC/FUC, 2012).

Outros fatores que aparecem nos estudos como possibilidades da RMS é a busca de **qualificação dos profissionais** de serviços que recebem residentes, em especial os preceptores, mas também todo o restante da equipe de saúde (BALDISSEROTTO et al., 2006; FRICHEMBRUDER; SILVA; CRUZ, 2006; RODRIGUES, 2006; SILVÉRIO, 2006; BOURGET et al., 2006; MARIA; POSSA, 2010; FERREIRA, 2007), bem como a **educação permanente dos trabalhadores** (RAMOS et al., 2006; BALDISSEROTTO et al., 2006; WOLFF; NOLASCO; DANIEL, 2006; MELO et al., 2006; TEIXEIRA et al., 2006; TEIXEIRA et al., 2006; OLIVEIRA, 2006; BOURGET et al., 2006; MOREIRA; OLIVEIRA, 2006; FREITAS; ARAÚJO; BARBOSA, 2006; VILASBÔAS, 2006; ROSA; ROCHA, 2010; DALLEGRAVE; KRUSE, 2008; FERREIRA, 2007).

As experiências de implantação da RMS sugerem que o Programa possibilita formar profissionais qualificados para atuar nos serviços do SUS com base nos processos de mudanças preconizados, tanto para a assistência, quanto para a educação dos profissionais. Além de que, nos serviços onde houve implantação da RMS, as práticas cotidianas, até então vistas como indiscutíveis, foram reformuladas, em equipe, através de processos de ensinar e aprender em serviço.

O processo ensino aprendizagem do formato atual da residência possibilita, além da qualidade do residente em si, a qualificação dos profissionais que estão nas unidades de atenção à saúde, pela sua especificidade de ensino em serviço. Seu contato e prática “in loco” proporciona a reflexão acerca das práticas de saúde lá desenvolvidas, oxigenando os conceitos arraigados e ultrapassados. Conseqüentemente, possibilita, mesmo que não sendo o objetivo primeiro do residente, a disseminação do conhecimento e a dialetização das práticas desenvolvidas. (RODRIGUES, 2006, p. 280).

No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), por exemplo, o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), no qual a UFRGS está vinculada academicamente, investe na formação dos preceptores, pois acredita que para transformar as práticas de trabalho é necessário que esses profissionais estejam implicados nos processos de mudanças e melhorias (BASSO, 2010).

Em fevereiro de 2010, antes de iniciar o Programa, foi realizado um curso direcionado aos preceptores, onde foram explicadas as concepções do Programa, uma vez que a Residência visa proporcionar o ensino em serviço a partir de práticas baseadas nas melhores evidências, com base nos princípios e diretrizes do SUS. Além de que, a RIMS no HCPA

proporciona aos preceptores possibilidades para desenvolver a educação dos mesmos através da Educação Permanente em Saúde. Tal proposta se concretiza a partir da criação de espaços pedagógicos, além do aproveitamento dos já existentes, que facilitem a discussão dos modos de trabalho, proporcionando um fazer mais reflexivo e crítico dos profissionais. Outra forma de qualificar os preceptores ocorre através de ações de educação sistemática, onde há a problematização dos nós críticos de seus processos de trabalho, realizadas nas Rodadas de Conversa no Trabalho de Educação em Saúde. E, ainda, há a modalidade de capacitação, diferentemente da Educação Permanente, a qual é oferecida anualmente aos preceptores.

Também o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), o qual conta com o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (RIS/GHC), objetivando melhor preparar os profissionais que realizam preceptoria, tem oferecido cursos de capacitação, aperfeiçoamento e especialização em práticas e metodologias de ensino e pesquisa, além de cursos de mestrado e doutorado visando à qualificação dos preceptores (BRASIL, 2006b). No final do ano de 2005, segundo Baldisserotto et al., ao realizar-se uma avaliação da RIS/GHC juntamente com residentes, preceptores, coordenação do Programa, bem como com representantes da Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC, concluiu-se que a implantação da Residência nos serviços desta instituição proporcionou a ruptura de práticas até então instituídas nas equipes e a necessidade dos trabalhadores desses serviços buscarem capacitação e aperfeiçoamento, abrindo-se para um novo jeito de ver e fazer saúde, a partir da lógica da Educação Permanente. Ferreira (2007), em sua pesquisa sobre a RIS/GHC, observou que “após o início desse programa, houve mobilização dos trabalhadores para melhorar seu desempenho profissional, caracterizando-se como um fator positivo na atenção em saúde do GHC” (p.14).

Decorrente desse processo, da busca por qualificação e aperfeiçoamento por parte dos profissionais, acontece nos serviços um **aumento quantitativo e qualitativo de pesquisas científicas** (RUSCHEL et al., 2006; FRICHEMBRUDER; SILVA; CRUZ, 2006; RODRIGUES, 2006; TEIXEIRA et al., 2006; BOURGET et al., 2006; OLIVEIRA, 2007). Conforme o relato de experiência da Residência Integrada em Saúde: Cardiologia, do IC/FUC, com a implantação deste Programa na Instituição a participação em atividades de pesquisa cresceu consideravelmente, o que contribui para a produção e melhoria do conhecimento científico dos profissionais (RUSCHEL, 2006). Além de que o aumento do número e a melhoria da qualidade das pesquisas científicas realizadas nas instituições acarretam vantagens, ainda, para as universidades, bem como para os serviços de saúde. Estes, por colaborarem no fornecimento das informações, pelo contato direto com os usuários, como fontes primárias produtoras de conhecimento. Aquelas, por conseguirem se aproximar

da prática, do dia a dia do trabalho em saúde, produzindo conhecimento a partir da articulação da teoria/conhecimento científico, com a prática. Contudo, o maior beneficiado com todo esse processo é o usuário, pois melhorando o embasamento teórico dos trabalhadores, suas práticas tornam-se mais efetivas. A implantação da RIS/GHC, por exemplo, segundo Ferreira (2007, p.82), “trouxe aprimoramento da prática profissional no GHC, bem como aprofundamento de seus conhecimentos repercutindo em benefício aos usuários dos serviços de saúde da instituição onde o programa se desenvolve”.

A RMS, além disso, possibilita uma maior **aproximação da universidade com a gestão municipal** (FRICHEMBRUDER; SILVA; CRUZ, 2006; VERDI et al., 2006; RODRIGUES, 2006; MELO et al., 2006; SILVÉRIO, 2006; TEIXEIRA et al., 2006; OLIVEIRA, 2006; VILASBÔAS, 2006), pois “é um espaço de articulação docência-serviço, para troca de experiências e geração de conhecimento e de construção do SUS” (WOLFF; NOLASCO; DANIEL, 2006, p. 263), sendo compreendida, segundo os textos pesquisados, como articulação da teoria com a prática. Ceccim (2002) afirma que as RMS, além de promover o contato entre o mundo do trabalho e o meio acadêmico, possibilitam melhorias no modelo tecnoassistencial através do trabalho multiprofissional adequado às carências locais, integrante de um processo de Educação Permanente em Saúde, favorecendo a afirmação do trabalhador em seu contexto de trabalho e na comunidade onde atua. Ou seja, é a qualificação dos profissionais, o aprendizado, a partir das práticas vividas no local de trabalho, onde as pessoas estão constantemente aprendendo e ensinando a partir da lógica do trabalho em equipe e da Educação Permanente em Saúde.

Para muitos dos autores pesquisados (MEIRA; SANTOS; SANTANA, 2006; VERDI et al., 2006; SILVÉRIO, 2006; TEIXEIRA et al., 2006; BOURGET et al., 2006; VILASBÔAS, 2006), a RMS **favoreceu a inserção dos profissionais egressos** dos Programas **no mercado de trabalho**, atuando, principalmente, em serviços públicos das diversas esferas (municipal, estadual e federal). No GHC, por exemplo, muitos profissionais egressos de Programas de RMS têm obtido aprovação nos últimos processos seletivos públicos da Instituição e já atuam como trabalhadores da mesma; bem como existem informações de que, em outros concursos públicos, vem aumentando o número de ingressantes que realizaram a RMS (BALDISSEROTTO et. al, 2006). Há egressos de Programas de RMS atuando no Ministério da Saúde e na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), importantes instituições no nosso país. Alguns residentes optam por continuar sua formação acadêmica, realizando mestrado e doutorado, e outros ainda optam por seguir a carreira docente em universidades. Em suma, participar de um Programa de RMS proporciona

ao egresso não somente um título de especialista em determinada área do conhecimento, mas sim, possibilita várias oportunidades de inserção no mercado de trabalho e o faz ser um profissional com um “algo a mais”, com uma formação baseada no ensino em serviço.

5.2 Dificuldades enfrentadas por serviços no processo de implantação da Residência Multiprofissional em Saúde

Quanto às dificuldades encontradas pelos serviços na implantação da RMS, prevalecem nos estudos consultados o **despreparo do profissional que exerce a preceptoria** (RAMOS et al., 2006; BALDISSEROTTO et al., 2006; FRICHEMBRUDER; SILVA; CRUZ, 2006; VERDI et al., 2006; RODRIGUES, 2006; SILVÉRIO, 2006; CARVALHO; GARCIA; SEIDL, 2006; BOURGET et al., 2006; OLIVEIRA, 2007; SANTOS, 2009; WANDERLEY, 2010; RODRIGUES, 2012; SGAMBATTI, 2012) e a **falta de qualificação dos profissionais para contribuir com a formação dos residentes** (RODRIGUES, 2006; CARVALHO; LIMA; BADUY, 2006; OLIVEIRA, 2006; MOREIRA; OLIVEIRA, 2006; FREITAS; ARAÚJO; BARBOSA, 2006; MARIA; POSSA, 2010; HENK; FAJARDO, 2010; ROSA; LOPES, 2009; FERREIRA, 2007; SGAMBATTI, 2012).

No GHC, por exemplo, a implementação da RIS, em julho de 2004, não foi muito bem aceita, inicialmente, pelos trabalhadores, devido a “descontentamento e choque de interesses, pois alguns trabalhadores foram surpreendidos por essa nova atividade, levando-os a se sentirem despreparados e explorados em suas funções” (FERREIRA, 2007, p. 14). Decorrido mais de um ano após a implementação da RIS/GHC, em ocasião de um encontro para realizar uma avaliação do Programa, em dezembro de 2005, os próprios profissionais que realizavam preceptoria trouxeram, novamente, como uma grande dificuldade para desenvolver as atividades preconizadas pela RMS, a carência de formação prévia, pois na equipe de saúde a maioria dos trabalhadores é composta por especialistas em determinadas áreas, com forte ênfase em técnicas, na assistência, porém, com pouca habilidade para realizar ações de pesquisa e de ensino (BRASIL, 2006b).

Rodrigues (2012), em sua Dissertação de Mestrado, sobre as competências necessárias para a preceptoria, em uma população de 66 preceptores, sendo a amostra constituída por 26

destes, constatou que nenhum dos participantes do estudo referiu ter sido preparado previamente para exercer a preceptoria, mesmo a maioria tendo formação em nível de pós-graduação. Rodrigues (2012) observou também que os preceptores sentem-se responsáveis e estão engajados na formação dos residentes, mas que para isso falta preparo, principalmente, de ordem pedagógica.

Os profissionais da área da Nutrição que participaram de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, desenvolvido de 2005 a 2007, foram investigados por Santos (2009) a partir de sua formação e atuação. Foi constatado que os residentes enfrentaram dificuldades no decorrer do Programa, devido à formação acadêmica prévia do profissional que realizava a preceptoria, o qual possuía conhecimentos restritos ao seu núcleo profissional. Também neste estudo, Santos (2009) concluiu que existem poucos profissionais efetivamente qualificados para exercer a função de formador/facilitador dos residentes, pois, uma vez que a especificidade é apenas um dos elementos formadores dos profissionais, um trabalhador formado nessa lógica possui limitações e pode encontrar dificuldades em possibilitar novas discussões e fazeres.

Assim como Santos (2009) relata as dificuldades encontradas pelos profissionais da área da Nutrição frente à qualificação dos preceptores, Wanderley (2010), após análise das percepções dos cirurgiões-dentistas egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina, corrobora essa afirmação, como vemos no trecho a seguir:

Os tutores orientam o residente na sua formação e os preceptores exercem uma função indispensável na mediação das relações entre coordenação-residente-tutor. Foi possível observar que estes papéis não estavam bem definidos pelos atores envolvidos no processo de formação o que dificultou o enfrentamento de alguns problemas vivenciados pelos residentes na prática. Torna-se evidente um melhor preparo destes profissionais para que as práticas pedagógicas aplicadas na residência sejam operadas a contento. (WANDERLEY, 2010, p. 8-9).

Outra dificuldade que foi apontada por 18 dos 34 estudos consultados é a **lógica dos serviços de saúde**, ainda, **baseada no modelo “hospitalocêntrico”**, biomédico, centrado nas doenças e nas especialidades médicas (BELCHIOR; SILVA; HYGINO, 2006; FRICHEBRUDER; SILVA; CRUZ, 2006; MATOS, 2006; VERDI et al., 2006; WOLFF; NOLASCO; DANIEL, 2006; CARVALHO; LIMA; BADUY, 2006; MELO et al., 2006; TEIXEIRA et al., 2006; CARVALHO; GARCIA; SEIDL, 2006; OLIVEIRA, 2006; MOREIRA; OLIVEIRA, 2006; MARIA; POSSA, 2010; ROSA; ROCHA, 2010;

DALLEGRAVE, 2008; SANTOS, 2009; ROSA; LOPES, 2009; FERREIRA, 2007; SGAMBATTI, 2012).

A cultura ocidental, na maioria das vezes, tende a supervalorizar a profissão e o ato médico, tendo em vista que as práticas em saúde foram, por anos, voltadas à cura de doenças e à medicalização do cuidar, conforme já discutido no subcapítulo 2.1 deste Trabalho, intitulado “Retrospectiva histórica da construção do SUS”. Matos (2006, p.330) afirma que ainda hoje a sociedade “deposita maior prestígio e valorização social no ato técnico, em detrimento do ato intelectual humanizado”.

Os Programas de Residência em Saúde têm suas origens na formação de profissionais médicos, iniciando no Brasil no ano de 1944, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (RIBEIRO, 2011), visando atender essas demandas de cuidado em saúde, voltadas à cura de doenças e à medicalização dos indivíduos. Todavia, com a implantação do SUS e os novos olhares para a saúde das pessoas, baseados em um atendimento integral, faz-se necessário incluir a RMS como uma modalidade de qualificação e como uma importante estratégia para a formação em serviço dos demais profissionais da saúde.

Como dificuldade inicial para implantação da RMS, Lima e Santos (2012) apontam o **pequeno número de estudos (de residências não médicas)** disponíveis que contribuam para sua efetivação. Tal fato também foi determinante na escolha da revisão documental feita nesse Trabalho, já que, inicialmente, tínhamos a intenção de focalizar em Programas de RMS no município de Porto Alegre e Região Metropolitana, mas por não termos encontrado estudos/artigos suficientes sobre essa temática circunscrita à região indicada, ampliamos a coleta de estudos/artigos publicados no Brasil.

Na Dissertação de Mestrado, “No olho do furacão, na ilha da fantasia”, a autora, Dallegrave (2008), faz uma discussão acerca da RMS e questiona se há espaço para a diversidade nesse Programa, uma vez que a Residência, ainda, é entendida como “coisa de médico” e vista como desnecessária para as demais categorias profissionais. Rosa e Lopes (2009, p. 487) citam, dentre as dificuldades encontradas para a implantação da RMS, “(...) a própria luta com a corporação médica com discursos, quase exclusivos, contra a proposta da Residência para outros profissionais não médicos”.

Também Ferreira (2007), em sua pesquisa sobre a RIS/GHC, constatou que houve dificuldade na implantação deste Programa na Instituição, pois foi grande a resistência por parte da categoria médica, a qual realizou muitos protestos em oposição à incorporação de outros profissionais da saúde, não médicos, à Residência; esta que tem por objetivo o trabalho

interdisciplinar, integrando as diferentes áreas da saúde. A alternativa encontrada pela Instituição, a fim de concretizar a RMS, foi então, separar a Residência Médica da Multiprofissional em Saúde.

Apesar dos objetivos do Programa de RMS serem embasados no **trabalho em equipe, de forma multidisciplinar**, essa também foi uma das maiores dificuldades para implantação e efetivação dos Programas analisados (MEIRA; SANTOS; SANTANA, 2006; RODRIGUES, 2006; MELO et al., 2006; TEIXEIRA et al., 2006; OLIVEIRA, 2006; BOURGET et al., 2006; FREITAS; ARAÚJO; BARBOSA, 2006; VILASBÔAS, 2006; MARIA; POSSA, 2010; OLIVEIRA, 2007; WANDERLEY, 2010; FERREIRA, 2007; SCHAEGLER, 2010; SGAMBATTI, 2012).

A realização do trabalho em equipe, com base no princípio da integralidade, é difícil, segundo Medeiros (2010, p.167), porque “o ensino acadêmico está, há mais de um século, pouco acostumado a pensar o homem e sua formação de modo integral”. Também Guareschi e Oliveira (2010) afirmam que a RMS é uma forma de possibilitar o trabalho interdisciplinar; porém, nem sempre isso ocorre, pois alguns profissionais ainda embasam suas ações segundo as formações acadêmicas que receberam, baseadas no cuidado especializado e em práticas fragmentadas.

Na implantação da RIS/GHC, observou-se que os trabalhadores tiveram dificuldades em aceitar a RMS, pois esses profissionais vinham de uma formação baseada em modelos biomédicos, clínicos, onde o objetivo do trabalho era limitado às doenças (FERREIRA, 2007). Ainda segundo essa autora e conforme já abordado anteriormente, a classe médica mostrou-se contra a RMS, se opôs a este tipo de formação, pois não se considera parte integrante de uma equipe que possui conhecimentos em comum com as outras áreas da saúde.

Para que consigamos mudar esses fatos e fortalecer o trabalho multidisciplinar, conforme os objetivos da RMS, é necessário que a Educação Permanente em Saúde seja instituída nos serviços, proporcionando que trabalhadores e residentes que qualifiquem suas práticas, no cotidiano do trabalho, conforme vemos no trecho abaixo:

As oportunidades de exercer a multi e interdisciplinaridade foram proporcionadas e estimuladas [durante o Programa de Residência], e as dificuldades da construção desta prática, desse exercício, pôde ser (des)velada ao se deparar com situações e ações que exigiam dos residentes um des-construir valores individuais para que suas ações se constituíssem em práticas humanizadoras e integrais. (BRASIL, 2006b, p. 398).

Em relação à avaliação dos residentes participantes e/ou egressos da RMS, uma grande dificuldade nos Programas é a **sistematização do ensino científico (teoria) com a prática** (RAMOS et al., 2006; BALDISSEROTTO et al., 2006; RUSCHEL et al., 2006; VERDI et al., 2006; RODRIGUES, 2006; WOLFF; NOLASCO; DANIEL, 2006; TEIXEIRA et al., 2006; CARVALHO; GARCIA; SEIDL, 2006; CYRINO; PARADA, 2006; BOURGET et al., 2006; VILASBÔAS, 2006; MARIA; POSSA, 2010; ROSA; ROCHA, 2010; HENK; FAJARDO, 2010; OLIVEIRA, 2007; FERREIRA, 2007; SGAMBATTI, 2012).

O que constatamos, em geral, ao observar a prática dos trabalhadores em saúde, são profissionais muito comprometidos com o cuidar de seus usuários, focados em resolver problemas de saúde da população onde se estão inseridos. A formação em serviço dos trabalhadores, a partir da integração da tríade ensino-serviço-gestão e objetivando a prestação de um cuidado integral em saúde é um grande desafio, considerando-se “o contexto de serviços de saúde centrados em procedimentos médicos (...)” (CARVALHO; LIMA; BADUY, 2006, p. 232). Contudo, o trabalho em saúde envolve, também, ações de aprender e ensinar. Isso está implícito no dia a dia dos trabalhadores da saúde e não deve ser entendido como “mais uma tarefa a ser cumprida”, mas sim, parte integrante e fundamental do trabalho em saúde.

Em um estudo onde a RIS/GHC foi analisada em suas três áreas de ênfase – Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Terapia Intensiva – Baldisserotto et al. (2006, p. 370) destacam que “ainda é difícil para muitos profissionais do GHC como um todo perceberem a necessidade de integração entre ações de ensino, de aprendizagem e de pesquisa às assistenciais, visto que a assistência sempre foi a prioridade da instituição como prestadora de atendimento à saúde”. Assim como em outras instituições de saúde pelo país, muitos trabalhadores ainda não entenderam a necessidade e a importância da articulação do ensinar e do aprender, das pesquisas, bem como do cuidado em saúde (BRASIL, 2006b).

Ramos et al. (2006), em uma análise sobre o atual momento da RMS no Brasil, observam que em alguns Programas os residentes são vistos como mão-de-obra barata para os serviços de saúde, com desqualificação do ensino em serviço, sendo este realizado na forma de “treinamento”, onde ocorre a simples transmissão vertical dos saberes daqueles que exercem a preceptoria - os especialistas em determinada área do saber aos residentes. A partir deste modelo de formação estamos formando (ou deformando?) trabalhadores para simplesmente reproduzir práticas já instituídas, cristalizadas. Baldisserotto et al. (2006) nos traz que, para a implementação efetiva da RIS/GHC, foi necessária “a desacomodação e a

abertura para um novo olhar sobre ensino/assistência que tivesse implícito em sua forma o aprender a aprender” (p. 358).

Na experiência de implantação da RMS do IC/FUC, a dificuldade de interrelacionar o conhecimento científico com a realidade prática foi bastante evidente, pois, até então, a instituição possuía a modalidade de Residência somente para a categoria médica, tendo com as outras áreas da saúde experiências no ensino através de estágios curriculares na graduação ou em cursos técnicos, os quais não eram sistematizados e não ocorriam sob a perspectiva da RMS. Com a finalidade de vencer esta dificuldade e conseguir unir a teoria com a prática, o Programa passou a ser discutido e sistematizado de forma integrada com as diversas áreas do saber (RUSCHEL et al., 2006).

A modificação de práticas voltadas unicamente para a assistência médica, com a reprodução de ações consideradas hegemônicas, baseadas em uma verdade absoluta, deve ser o desafio a ser assumido pelos residentes e toda a equipe que participa do Programa de RMS (GUARESCHI; OLIVEIRA, 2010).

O espaço físico das unidades, a falta de infraestrutura dos serviços de saúde foram, também, citados como dificuldades na implantação dos Programas de Residência (VERDI et al., 2006; RODRIGUES, 2006; WOLFF; NOLASCO; DANIEL, 2006; TEIXEIRA et al., 2006; CYRINO; PARADA, 2006; FREITAS; ARAÚJO; BARBOSA, 2006; HENK; FAJARDO, 2010; OLIVEIRA, 2009).

É de conhecimento de todos que, atualmente, a maioria dos serviços de saúde públicos, em especial as Unidades Básicas de Saúde e as Estratégias de Saúde da Família, carecem de um espaço físico adequado para o trabalho das equipes de saúde, bem como de infraestrutura para o desenvolvimento de atividades em saúde. Pensemos então em uma Unidade que, além dos trabalhadores nela lotados, receba, ainda, estagiários de nível técnico e superior dos mais diversos cursos, professores e residentes (de diferentes áreas da saúde).

De acordo com o relato de experiência da implementação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família no Município de Colombo, Paraná, através da Universidade Federal do Paraná, os professores que participaram do Programa tiveram inúmeras dificuldades para desenvolver atividades teóricas com os residentes, devido à estrutura física precária, com ausência de salas para essas atividades, mudanças frequentes nos locais para reunião com os residentes, luminosidade e ruído nas instalações cedidas pelo município. Para sanar essas dificuldades, muitas vezes, as atividades tinham que ser desenvolvidas nas dependências da Universidade, exigindo o deslocamento dos residentes

(WOLFF; NOLASCO; DANIEL, 2006), diminuindo, assim, o tempo de vivência (práticas) no serviço de saúde onde estavam inseridos.

Em contrapartida, Lenz; Pires; Ferreira (2004), em ocasião do I Seminário de Avaliação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do GHC, avaliaram que, quanto à estrutura, um grande número de Unidades de Saúde foi considerado satisfatório, existindo, porém, a necessidade de ampliar o número de salas para atendimentos, o espaço físico das Unidades, além de adequar a infraestrutura das mesmas para que viabilizasse a realização de atividades em grupos, onde um número maior de pessoas possam participar da mesma atividade.

Na análise do Programa de Residência em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora (RSF/UFJF), Teixeira et al. (2006) identificaram como fatores que dificultaram a implantação de forma plena deste Programa a falta de insumos materiais, recursos básicos para realizarem os atendimentos em saúde e a qualificação dos residentes, além de que o prédio onde a Unidade de Saúde estava instalada não oferecia condições adequadas de trabalho para os profissionais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fazermos um retrospecto à pergunta inicial da questão de pesquisa, “como preparar os profissionais da saúde para atuarem em consonância com os princípios do SUS?”, nos deparamos com o desafio de como formar os futuros trabalhadores da saúde e de que forma proporcionar mudanças nos serviços de saúde com os profissionais hoje atuantes. Uma alternativa para “tentar” responder essa complexa questão é o desenvolvimento de Programas de RMS.

Os profissionais da saúde, ao longo do processo de sua formação, seja na graduação, ou em programas de pós-graduações, ainda são formados sob a ótica do modelo médico/doença centrada e “hospitalocêntrica”. Muitos trabalhadores que atuam hoje nos serviços de saúde foram formados nessa lógica. Tal afirmação é confirmada na análise dos estudos sobre as dificuldades encontradas no processo de implantação da RMS, onde surgiu a questão da falta de preparo dos profissionais para receber e trabalhar juntamente com os residentes, estes que vêm de uma formação mais ampla, baseada no trabalho multidisciplinar. Uma das maiores reclamações dos residentes é, justamente, não haver consonância com o aprendizado teórico e as atividades práticas nos serviços de saúde. Ou seja, o fazer do dia a dia não reproduz os modos de fazer aprendidos em sala de aula, a teoria baseada nos princípios do SUS e nos objetivos do Programa, ficando estes somente no discurso, não ocorrendo à transformação das práticas. Pelas experiências de implantação da RMS, constata-se a importância de discutir juntamente com os trabalhadores os princípios do Programa, quais suas possibilidades, possíveis desafios a serem enfrentados durante esse processo e quais os caminhos a seguir para contorná-los; uma vez que, se o trabalhador não se sente parte do processo, não entende sua importância como integrante desse processo, o Programa não se efetiva na prática.

Outra questão que foi levantada, ao longo deste estudo, foi se há espaço para a diversidade no atual contexto de saúde. Ao realizar a contextualização histórica do Programa de RMS, vemos que a regulamentação das leis que regem estes Programas é bastante recente. Além disso, vimos, nas experiências de implantação de Programas pelo Brasil que a RMS, que, inicialmente, ela não foi bem aceita pela classe médica, e que, ainda hoje, algumas pessoas acreditam que Residência é “coisa só de médico”, corroborando o fato de que o modelo biomédico ainda é soberano. Vimos, também, que o trabalho em equipe, baseado na

multidisciplinaridade é um desafio a ser vencido pelos serviços ao longo da implementação da RMS, pois nossa cultura por décadas entendeu a saúde como ausência de doenças, que eram tratadas exclusivamente pelos “doutores”. Nessa lógica, o trabalho multidisciplinar se torna desnecessário e incoerente.

Em menor proporção, mas não menos importante, foi apontado nos estudos como dificuldade para implantação da RMS a falta de infraestrutura dos serviços de saúde. Não possuir infraestrutura condizente com o trabalho multiprofissional, como salas de atendimentos pequenas e falta de um espaço para reunião de equipe, por exemplo, foram fatores citados como dificultadores da efetivação da proposta do Programa.

Ao realizar a análise dos estudos sobre as possibilidades da RMS, vemos que esta acarreta movimento: movimento de pessoas e entre pessoas. A RMS faz um “convite” ao pensar como estamos trabalhando e qual o objetivo do nosso trabalho, possibilitando a reflexão de nossos fazeres e a melhoria contínua de nossas práticas.

A consolidação do SUS é entendida como um dos resultados decorrentes da RMS; uma vez que a tríade usuários-profissionais-instituição é favorecida pelo Programa. Foram citadas, dentre as vantagens secundárias à implementação da RMS, os benefícios atingidos pelos serviços que participaram do Programa, como a melhoria de indicadores de saúde das comunidades e a qualidade de vida dos usuários por eles atendidos. A maior participação dos usuários nos serviços que receberam residentes, ocorrendo, inclusive, maior adesão aos conselhos municipais de saúde, apareceu também nos estudos.

Em relação aos benefícios obtidos pelos profissionais participantes de Programas de RMS, foi destacado o aprendizado em serviço, a qualificação profissional e a Educação Permanente dos trabalhadores. Além de que, muitos dos profissionais egressos de Programas de RMS estão atuando em importantes órgãos públicos no país.

A RMS proporciona, ainda, uma maior interação da universidade com a gestão municipal, facilitando assim, a disseminação do conhecimento científico e sua aproximação com as práticas. Também o número de pesquisas desenvolvidas nas instituições participantes de Programas de RMS aumentou. Além disso, a qualidade das pesquisas realizadas melhorou consideravelmente. Esses fatores acarretam maior visibilidade das instituições frente à comunidade científica, bem como, qualificam os serviços e as práticas neles desenvolvidos.

As experiências que obtive durante minha trajetória profissional, trabalhando no município de Viamão, em serviços onde havia residentes do Programa de RMS, foram muito proveitosas. Os residentes, em sua maioria, são bastante comprometidos na conformação do Sistema e críticos em relação a práticas de saúde consideradas “ultrapassadas”, provocando,

algumas vezes, conflitos entre a equipe e exigindo que cada trabalhador repensasse seus modos de agir, proporcionando transformações na atenção dispensada ao usuário.

Após a análise de estudos que apontavam as possibilidades e dificuldades relacionadas à implantação dos Programas de RMS no Brasil, conclui-se que a RMS traz benefícios aos serviços, proporciona o crescimento dos profissionais envolvidos neste processo e, como consequência disso, acarreta um melhor atendimento aos usuários dos serviços. As dificuldades encontradas no desenvolvimento da Residência, muitas relativas à formação e modos de trabalho dos profissionais nela envolvidos, bem como falta de recursos físicos para sua efetivação, as quais foram identificadas durante a implantação dos Programas de RMS, devem ser entendidas como obstáculos a serem vencidos; ou seja, desafios, e não como barreiras impeditivas ao funcionamento do Programa. Então, o município de Viamão deveria considerar a possibilidade de expandir a RMS baseado nas experiências positivas dos municípios neste estudo abordados.

Por fim, a realização desta pesquisa objetivou, também, dar subsídios para os gestores, não somente do município de Viamão, a fim de que este estudo seja utilizado como instrumento que colabore para a construção de um plano que vise expandir a RMS aos demais serviços do município. Com isso, espera-se que mais serviços contribuam com a formação de profissionais da saúde, além de que, mais municípios gozem das vantagens e possibilidades de melhorias no atendimento aos usuários e formação de profissionais competentes, conforme preconiza o SUS.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Declaração Final do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, jul./set., 1986.

_____. Manifesto. **Fórum da Reforma Sanitária Brasileira: Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros**. Brasília, 2005, p. 4. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060713121020.pdf>> Acesso em: 8 set. 2012.

BALDISSEROTTO, Júlio et al. 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.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições Setenta, 2004.

BASSO, Karin. **Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: Iniciando a jornada**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

BELCHIOR, Solange; SILVA, Francisca; HYGINO, Angela. Residência Multiprofissional em Saúde segundo a perspectiva do Social. 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.

BOURGET, Monique et al. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: a experiência da Faculdade e Casa de Saúde Santa Marcelina. 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.

BRASIL. **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1980. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf> Acesso em: 13 ago. 2012.

_____. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Anais.pdf> Acesso em: 13 ago. 2012.

_____. **Centro de Educação e Assessoramento Popular**. Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade? 2. ed. Passo Fundo: IFIBE, 2009b. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pacto_pela_saude_possib_realidade_2ed.pdf>
Acesso em: 8 set. 2012.

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011b. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf> Acesso em:
10 set. 2012.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Art. 200. Brasília, 1988.
Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em: 1
jun. 2012.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011:** regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011c. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm> Acesso em
1 abr. 2013.

_____. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005:** institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm> Acesso em: 5 jun. 2012.

_____. **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. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>> Acesso em: 5 jun. 2012.

_____. **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/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>> Acesso em: 5
jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Atendimento,** 2010a. Disponível em:
<<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento>> Acesso em: 5 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santa Fé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília, 2001a. p. 15.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS,** 2010b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>> Acesso em: 26 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Medida Provisória nº 238/2005.** Diário Oficial da união, 2 fev. 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z:** garantindo saúde nos municípios/Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS:** histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde:** um pacto pela saúde no Brasil. Brasília, 2005b.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96** - Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. **Portaria interministerial n° 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. Diário Oficial da União, Brasília, 13 nov. 2009d.

_____. **Portaria interministerial n°45, de 12 de janeiro de 2007:** dispõe sobre Residência Multiprofissional em saúde e a Residência em Área da saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. Diário Oficial da União, Brasília, 15 jan. 2007.

_____. **Portaria Interministerial n° 1.320, de 11 de novembro de 2010:** dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde -CNRMS. 2010c. Disponível em: <http://www.poderesaude.com.br/portal/images/stories/Publicaes_SIM_-_12.11.2010_-_3.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2013.

_____. **Portaria Interministerial n° 506 de 24 de abril de 2008.** Altera o art. 1º da Portaria Interministerial n° 45/ME/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria506240408altera45.pdf>> Acesso em: 1 jun. 2012.

_____. **Portaria n°16/99, de 01 de outubro de 1999:** institui a Residência Integrada em Saúde. Secretaria da Saúde do estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1999.

_____. **Portaria n° 234, de 07 de fevereiro de 1992:** normatiza a organização e operacionalização da assistência à saúde no SUS para o ano de 1992.

_____. **Portaria n° 545, de 20 de maio de 1993:** estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93.

_____. **Regionalização da Assistência à Saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar/Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS - Exercício 2007/2009.** Brasília: Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, 2009c.

_____. **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, 2006b.

_____. **Resolução n° 258, de 07 de janeiro de 1991:** promove o processo de descentralização e reforça o poder municipal, porém estabelece o convênio como mecanismo de articulação e repasse de recursos. Disponível em: <http://www.samu.fortaleza.ce.gov.br/legislacao/Resolucao_258_07_01_1991.pdf> Acesso em: 5 jun. 2012.

CARVALHO, Brígida; LIMA, Josiane; BADUY, Rossana. Movimentos, encontros e desencontros da produção da residência multiprofissional em Saúde Família. 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.

CARVALHO, Maria; GARCIA, Margareth; SEIDL, Helena. Curso de Especialização em Saúde da Família nos moldes da Residência Ensp/Fiocruz: desenvolvendo competência para a atenção básica. 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.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. **Educação na saúde coletiva:** papel estratégico na gestão do SUS. Rio de Janeiro: Divulgação em Saúde para Debate, 2001, n. 23, p. 30-45.

COHN, Amélia. O Estudo das Políticas de Saúde: Implicações e fatos. In: CAMPOS *et al.* (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de JANEIRO: Fiocruz, 2008.

CYRINO, Antonio; PARADA, Cristina. A construção da Residência Multiprofissional em Saúde de Família na Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp) . 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.

DALARI, Dalmo. **Direitos Humanos e Cidadania**. São Paulo: Moderna, 1998. p.14.

DALLEGRAVE, Daniela. **No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da Residência Multiprofissional em Saúde**. 2008. 91 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL.

Dados gerais – Viamão/RS. Disponível em:

<http://www.portalmunicipal.org.br/entidades/famurs/dado_geral/mumain.asp?iIdEnt=5523&iIdMun=100143456> Acesso em: 18 jun. 2012.

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO RIO DE JANEIRO. **Índice Firjan de Gestão Pública**. Disponível em: <<http://www.firjan.org.br/IFGF/>> Acesso em: 10 jul. 2012.

FERREIRA, S. R; OLSCHOWSKY, A. **Residência integrada em saúde: a interação entre as diferentes áreas de conhecimento**. Rev. Gaúcha Enferm. 2009; 30(1):106-12.

FERREIRA, Silva Regina. **Residência Integrada em Saúde: uma modalidade de ensino em serviço**. 2007. 117p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

FEUERWERKER, Laura. **Construção das competências coletivas e avaliação RMS**.

Brasília, 2008. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/fnepas_competencias_coletivas.pdf> Acesso em: 25 set. 2012.

FREITAS, Angelita; ARAÚJO, Raquel; BARBOSA, Shirlaine. A gestão estadual da educação em saúde como espaço de criação e experimentação coletiva de respostas aos desafios locorregionais na formação profissional para o Sistema Único de Saúde. 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.

FRICHEMBRUDER, Simone; SILVA, Maria; CRUZ, Regis. Curso de Aperfeiçoamento Especializado em Saúde Mental em nível de residência. 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.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. **Índice de desenvolvimento Socioeconômico**. Secretaria de Planejamento, Gestão e Participação Cidadã do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em: <http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg_idese_municipios_classificacao_idese.php?ano=2009&letra=V&ordem=municipios> Acesso em: 3 set. 2012.

GOOGLE. **Google Maps**. Disponível em: <<https://maps.google.com.br/>> Acesso em: 10 jul. 2012.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Portaria n° 037/07 GHC-DS-247/07**. Disponível em: <<http://escola.ghc.com.br/index.php/residencias/ris/36/50>> Acesso em: 3 out. 2012.

_____. **Residência Integrada em Saúde**. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idmenu=3#2294>> Acesso em: 26 set. 2012.

GUARESCHI, Neuza; OLIVEIRA, Cathana. Formação de profissionais para o SUS: há brechas para novas formas de conhecimento? In: FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lúcia. **Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Evangraf, 2010. p. 91-113.

GUARESCHI, Neuza; Pasini, Vera. Problematizando a produção de saberes para a invenção de fazeres em saúde. In: FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lúcia. **Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Evangraf, 2010. p. 145-160.

HELEODORO, Neudo Magnago; GONÇALVES, Rita de Cássia Ribeiro. **A Residência Multiprofissional e a Implantação de um Serviço de Atenção Farmacêutica**. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/1759/1326>> Acesso em: 20 set. 2012.

HENK, Agda. **Supervisão em Atenção Primária à Saúde: experiência junto a um programa de Residência Multiprofissional em Saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) –Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Residência Integrada Multiprofissional em Saúde**. Boletim Informativo. Processo Seletivo Público. Disponível em: <http://www.officium.com.br/RIMS/Boletim12_Rims.pdf> Acesso em: 29 set. 2012.

_____. **Residência Integrada Multiprofissional em Saúde**. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/4115/1418/>> Acesso em: 29 de set. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informações Estatísticas**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 7 jun. 2012b.

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL/FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA. Concurso de Seleção para a Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do IC/FUC. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <http://www.cardiologia.org.br/_uploads/processo/geral_110_0_nor.pdf> Acesso em: 8 out. de 2012.

KRUEGER, R; CASEY, M. **Focus groups: A practical guide for applied Research**, Thousand Oaks. 3. ed. CA: Sage Publications, 2000.

LENZ, Maria Lucia Medeiros; PIRES, Norma Vieira; FERREIRA, Sandra R. S. **I Seminário de Avaliação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade**. Boletim informativo do SSC. Edição novembro 2004. Porto Alegre, 2004.

LIMA, D. M.; PORTO, M. E. **Residência em Enfermagem** – subsídios para possíveis estudos. [S. l.] Enf. Novas Dimensões, v. 3, n. 5, p. 294-298, 1977.

LIMA, Mônica; SANTOS, Lívia. **Formação de psicólogos em residência multiprofissional: transdisciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental**. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 32, n. 1, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n1/v32n1a10.pdf>> Acesso em: 3 dez. 2012.

MARIA, Carla Rossana Molz. **O trabalho em equipe na formação dos residentes de uma UTI: potencialidades e dificuldades**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

MARTINS, Anisia et al. Residência Multiprofissional em Saúde: o que há de novo naquilo que já está posto. In: FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lúcia. **Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Evangraf, 2010. p. 75-90.

MARTINS, Anisia. **Residência Multiprofissional em Saúde: Um Programa “Em Cena”**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

MATOS, Izabella. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Uniplac: avanços, recuos e esperanças. 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.

MATTA, Gustavo; MOROSINI, Márcia. **Atenção Primária à Saúde**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>> Acesso em: 5 set. 2012.

MEDEIROS, Roberto. O que é demandado como integralidade na formação do profissional da área da saúde? In: FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lúcia. **Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Evangraf, 2010. p. 161-172.

MEIRA, Marluce; SANTOS, Josenaide; SANTANA, Joana. Residência Multiprofissional em Saúde: Construção de Uma Estratégia de Formação de Recursos Humanos. 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.

MELLO, V. R; ROCHA, C. M; UEBEL, A. C. **Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo**. Boletim da Saúde, v. 17, n. 1, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_saude_v17n1.pdf> Acesso em: 5 jun. 2012.

MELO, Elza; et al. Residência Multiprofissional de Saúde da Família na UFMG: tijolo por tijolo de um desenho mágico. 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.

MIYASAKA, Lincoln. **Minha visão da prática médica na China**. Diagn Tratamento, v. 16, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2011/v16n1/a1868.pdf>> Acesso em: 3 set. 2012.

MOREIRA, Katia; OLIVEIRA, Jorge. Narrativa da Residência Multiprofissional em Saúde: desafios para a Universidade Federal de Rondônia (Unir). 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.

MORGAN, D. Focus Group Interviewing. In: GUBRIUM, J. F; HOLSTEIN, J. A. **Handbook of interview research: context and method**, Thousand Oaks. CA: Sage Publications, 2001.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família**. Saúde soc., São Paulo, v. 19, n. 4, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902010000400009&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 21 jun. 2012.

OLIVEIRA, Andrea Cristina Fortuna de. **Incorporação da Dimensão Subjetiva do Trabalho em Saúde e dos Princípios da Humanização no Processo de Formação dos Enfermeiros nos Programas de Residência e Especialização Oncológica do INCA**. 2007. 94 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

OLIVEIRA, Cathana Freitas de. **A Residência Multiprofissional em Saúde como Possibilidade de Formação de Profissionais para o Sistema Único de Saúde**. 2009. 106f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

OLIVEIRA, Marilda. Inserção da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade no contexto da graduação dos cursos da área de saúde. 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.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em: 3 set. 2012.

PAIM, J.S. A. **Modelos Assistenciais:** Reformulando o Pensamento e Incorporando a Proteção e a Promoção. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/modelo.htm>> Acesso em: 3 set. 2012.

_____. Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z; FILHO, Almeida. **Epidemiologia & Saúde.** 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 567-583.

RAMOS, Alexandre. et al. 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, 2006.

RIBEIRO, Maria Aparecida. **Apontamentos sobre Residência Médica no Brasil.** Consultoria Legislativa. Câmara dos Deputados. Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados. 2011. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/6065/apontamentos_residencia_ribeiro.pdf?sequence> Acesso em: 1 fev. 2012.

RIOS, Terezinha Azerêdo. **Compreender e Ensinar -** Por uma docência da melhor qualidade. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

RODRIGUES, Carla Daiane Silva. **Competências para a preceptoria:** construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. 2012. 101p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

RODRIGUES, Karla. Processo Coletivo de Avaliação: a experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Blumenau. 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.

ROSA, Karen Romero Kanaan Kracik. **Residência multiprofissional em saúde:** um mosaico de saberes. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

ROSA, Soraya Diniz; LOPES, Roseli Esquerdo. **Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil:** apontamentos históricos. Trab. educ. saúde, Rio de

Janeiro, v. 7, n. 3, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v7n3/06.pdf>> Acesso em: 28 out. 2012.

RUSCHEL, Patrícia; et al. Residência Integrada em Saúde: cardiologia do Instituto de Cardiologia – Fundação Universitária de Cardiologia – Relato de Experiência. 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.

SANTOS, Irani Gomes dos. **Residência Multiprofissional e a Formação do Nutricionista para o Programa Saúde da Família**. 2009. 173p. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) –Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2009.

SCHAEDLER, Lúcia Inês. **Por um plano estético da avaliação nas residências multiprofissionais: construindo abordagens avaliativas SUS-implicadas**. 2010. 184p. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SGAMBATTI, Marília Simon; et al. **Relatório da Oficina 13: Oficina da Residência Multiprofissional em Saúde**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.famema.br/vforum/material/relatoriooficina13.pdf>> Acesso em: 25 out. 2012.

SILVÉRIO, João. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o caso do Município de Montes Claros. 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.

SMITH, A. J. **Barefoot doctors and the medical pyramid**. Brit.: med. J., 2, 1974. p. 429-32.

TEIXEIRA, Maria; et al. Residência em Saúde da família da UFJF: contribuindo na formação de profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde. 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.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Processo Seletivo Público – Edital nº 01/2011**. Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva – 2011. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/educasaude/edital_01_2011.pdf> Acesso em: 13 set. 2012.

VERDI, Marta; et al. Programa de Residência Integrada em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina: o desafio de uma construção interdisciplinar coletiva. 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.

VIAMÃO. **Prefeitura Municipal de Viamão**: Notícias, Viamão; v. 7, n. 2, out. 2012. Edição especial.

VILASBÔAS, Ana. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: a experiência da parceria entre o Instituto de Saúde Coletiva e a Escola Estadual de Saúde Pública na Bahia. 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.

WANDERLEY, Luciana Coutinho Simões. **O processo de formação dos cirurgiões-dentistas da residência multiprofissional em saúde da família da Casa de Saúde Santa Marcelina**: percepção do egresso. 2010. 124p. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

WOLFF, Lillian; NOLASCO, Maria; DANIEL, Edevar. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família: a experiência da Universidade Federal do Paraná. 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.