



Ministério
da Saúde



**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

ANISIA REGINATTI MARTINS

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:
UM PROGRAMA “EM CENA”**

**PORTO ALEGRE
2010**

Anisia Reginatti Martins

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:
UM PROGRAMA “EM CENA”**

Trabalho de conclusão apresentado como pré-requisito de conclusão do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde. Parceria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com o Grupo Hospitalar Conceição

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Cristianne Maria Famer Rocha

PORTO ALEGRE

2010

RESUMO

Este trabalho tem como objeto o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) vinculado à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). O objetivo geral é descrever este Programa, em relação à sua estrutura e seu funcionamento, e analisar o mesmo comparativamente com outros três Programas de Residência Multiprofissional em Saúde desenvolvidos na cidade de Porto Alegre, quais sejam: o do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o da Escola de Saúde Pública e aquela do Grupo Hospitalar Conceição. A coleta dos dados foi realizada através da consulta de documentos públicos sobre os Programas acima e a análise comparativa foi realizada a partir da Análise de Conteúdo.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional em Saúde, Residência Integrada em Saúde, Educação em Saúde.

SUMÁRIO

TRAJETÓRIA.....	5
I ATO REFORMA SANITÁRIA	9
II ATO O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL PREMUS/PUCRS	15
A vinculação	15
O PREMUS/PUCRS.....	Erro! Indicador não definido.
Organização pedagógica	19
O processo de avaliação	19
Instâncias comprometidas	20
A COREMUS.....	20
Integração docente social	21
Coordenador do PREMUS.....	21
Preceptores de campo	21
Tutor de núcleo.....	22
Docentes.....	23
Colaboradores	23
Os residentes	23
Integração dos residentes no serviço	24
Trabalho de conclusão - monografia.....	24
O perfil do egresso.....	25
III ATO ANÁLISE COMPARATIVA.....	26
IV ATO CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS	30
ANEXOS.....	33

TRAJETÓRIA

Produzir este texto que fala da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é relembrar o meu envolvimento com este processo, desde o seu início, dentro do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Em certo sentido, a minha participação e meu comprometimento efetivos justificam a busca por uma qualificação, através do *Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde*, ofertado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP/GHC).

A RMS faz parte da política nacional de educação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e constitui-se em uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada aos profissionais da área da saúde, voltadas para educação em serviço, com a proposição de formação de profissionais que integram a área da saúde. Tem uma duração de dois anos e é desenvolvida no cotidiano dos serviços, com carga horária teórico-prática de 60 horas semanais.

A Portaria Interministerial Nº 45, de 12 de janeiro de 2007, que regulamenta a RMS, determina que o desenvolvimento do curso ocorra em serviços que pretendem formar profissionais da área da saúde, com a lógica da interdisciplinaridade, e que possibilitem a integração entre ensino, serviço e comunidade, promovendo parcerias entre gestores, trabalhadores e usuários. Delibera também sobre a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

Em Porto Alegre, esta modalidade já vem sendo oferecida na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS) há mais de trinta anos. No entanto, somente em 30 de julho de 2005, foram instituídas pela Lei Federal nº 11.129, as Residências em área profissional da saúde (Brasil, 2005). A regulamentação deu-se através da Portaria nº 45, de 12 de janeiro de 2007 (Brasil, 2007). Baseadas nesta Portaria, várias instituições constituíram e tiveram aprovados pelo Ministério da Saúde, novos projetos de RMS.

A RMS deve desenvolver sua formação nos diferentes âmbitos da atenção à saúde, buscar atendimento integral, oferecendo uma possibilidade diferenciada no desenvolvimento de qualificação de profissionais, capazes de

promover um olhar e uma escuta ampliada, quanto ao processo de cuidado e de saúde-doença. Essa formação deve estar pautada no aprendizado em serviço, visando uma competência técnica para uma atuação articulada nas várias áreas do conhecimento dos trabalhadores e nos diferentes espaços de cuidado em saúde.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), a educação para os profissionais da saúde deve estar amparada nos princípios e nas diretrizes do SUS, deve ter uma proposta capaz de produzir impacto no ensino, na gestão setorial, nas práticas de atenção e no controle social em saúde.

Apesar do Programa de RMS existir há mais de trinta anos, no Rio Grande do Sul, como já foi mencionado, ele é uma modalidade de formação em serviço recente em muitas outras instituições de Porto Alegre como, por exemplo, aquelas que nos últimos cinco anos solicitaram credenciamento ao Ministério da Saúde, para a implementação de programas.

Em 31 de março de 2004, através da Portaria 109/04, foi criada a Residência Integrada em Saúde no Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), programa do qual participo enquanto preceptora, desde seu início. O GHC é uma instituição vinculada ao Ministério da Saúde e, desde então, foi também credenciado como Hospital de Ensino.

Apesar de sabermos da existência de vários programas de Residência Multiprofissional em funcionamento na cidade de Porto Alegre RS, percebemos a falta ou a inexpressiva sistematização de informações dos mesmos. Alguns dos residentes que ingressam através de processos seletivos informam que descobriram esta modalidade de pós-graduação por acaso e quase no final da formação acadêmica, mostrando que ainda há um distanciamento entre a Academia e a formação em serviço e pouca divulgação dos programas de residência. Neste sentido, é importante desenvolver estudos que coloquem em destaque as RMS.

Nosso estudo pretende apresentar um dos programas de Residência Multiprofissional de Porto Alegre. Acreditamos que ele pode contribuir com a divulgação de informações, pois tem como objetivo principal descrever e analisar, comparativamente, quatro programas de RMS desenvolvidos em Porto Alegre (RS).

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde será resultado da análise dos dados obtidos a partir da descrição de quatro pesquisas semelhantes que foram realizadas por quatro alunas do curso, trabalhadoras do GHC (uma terapeuta ocupacional e uma assistente social do Centro de Atenção Psicossocial CAPS II do GHC, e uma terapeuta ocupacional e uma assistente social do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do GHC).

Os Programas de RMS estudados são: Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Pontifícia Universidade Católica do Rio grande do sul (PUCRS) e Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Neste estudo em particular, pretendemos descrever o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PREMUS/PUCRS)

O objetivo específico da pesquisa aqui desenvolvida visa descrever e analisar o modo de estruturação, funcionamento e organização do PREMUS (carga horária, duração, número de vagas, profissões envolvidas, processo de ingresso, valor da bolsa, financiamento do programa e outros aspectos).

Para tanto, será necessário compreender o contexto de sua criação, conhecer e analisar o Plano Político Pedagógico deste Programa, a fim de poder, em um segundo momento, conhecer as semelhanças e as diferenças, avanços e desafios deste Programa em relação aos outros três, objetos das investigações realizadas pelas outras colegas.

Esta investigação é de cunho qualitativo e utilizará a abordagem descritiva e exploratória, com pesquisa documental e bibliográfica para a coleta de dados. Após a coleta, os dados serão analisados utilizando-se a técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 2009).

Acreditamos que os Programas de RMS atualmente desenvolvidos no Brasil apresentem eixos norteadores comuns; no entanto, são as particularidades que tornam relevante a pesquisa aqui desenvolvida, pois é através das diferenças apontadas na análise comparativa, que será possível melhorar os programas de formação em serviço, já que conhecê-los facilita a possibilidade de desenvolvermos mecanismos que promovam a interação e a integração dos diferentes Programas de RMS e de seus participantes.

É importante ressaltar que este estudo vai deter-se exclusivamente nas informações do primeiro PREMUS/PUCRS, que foi desenvolvido de 2007/2009. Sabemos que a PUCRS tem outro Programa sendo desenvolvido desde 2009; porém, os dados encontrados se referem somente ao processo seletivo do mesmo. Em contato com a coordenação do Programa, fomos informadas de que os dados ainda serão publicizados, porém, não em tempo hábil para este estudo, já que se trata de uma pesquisa documental.

I ATO: REFORMA SANITÁRIA

A formação de profissionais de saúde como uma das responsabilidades do SUS já vem sendo discutida desde antes da Constituição de 1988, por gestores e trabalhadores da saúde juntamente com a participação do controle social.

No entanto, o modelo de atenção ao longo da história nem sempre foi assim. Segundo Zambenedetti e Silva (2008), o modelo de saúde pública, no Brasil, em 1950, por exemplo, estava estruturado pelo “Sanitarismo-Campanhista” e tinha como prioridade o combate às doenças de massa com práticas de atenção puramente biomédicas. Foi marcado basicamente pelo saneamento dos espaços urbanos e de circulação de mercadorias, promovendo uma divisão entre saúde pública (ações coletivas) e atenção médica (indivíduos). Caracterizava-se pelo estilo repressivo de suas decisões. Este modelo vinha se mostrando ineficaz para a atenção dos problemas de saúde da população brasileira, atingindo somente parte da mesma, mostrando também sua incapacidade de considerar as diferenças econômicas e sócio-culturais, envolvidas no processo de saúde-doença de cada região do País.

A *3ª Conferência Nacional de Saúde*, realizada em 1963, chamou atenção para o fato de que parte da população permanecia desassistida. Como solução, foi sugerida a criação de uma rede básica de “serviços médicos-sanitários”, distribuídos por todo território nacional, expressando o caráter médico higienista relacionado aos problemas de saúde. Esta prática favorecia o exercício médico-curativista, individual, em detrimento da saúde pública.

A Ditadura Militar foi o período da história política brasileira em que os militares governavam o Brasil, entre os anos de 1964 e 1985. Esta época foi caracterizada pela falta de democracia e supressão de direitos constitucionais, censura e perseguição política. É o momento em que se reforça a organização da prática médico-curativa voltada para a lucratividade, tornando a política pública excludente e discriminatória, contrariando as propostas da *3ª Conferência Nacional de Saúde*. As décadas de 1950 e 1960 foram marcadas pela proliferação de manicômios para os doentes mentais, com conseqüente cronificação dos internos.

Em 1975, foi promulgada a Lei Federal nº 6.229 que, com base no *Plano Nacional de Desenvolvimento*, institucionalizou o modelo médico-assistencial privatista, separando a Saúde Pública da atenção à saúde das pessoas. Em 1977, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em um período que foi marcado por vários tensionamentos políticos, por necessidades de ampliação dos serviços de saúde, recursos humanos e financeiros, culminando com os objetivos do movimento sanitarista

Na *6ª Conferência Nacional de Saúde*, no ano de 1977, a construção da rede de atenção é vista como um conjunto de serviços que se complementam uns com os outros, formando um sistema que deve ser ordenado, monitorado e racionalizado. Não bastava, portanto, construir os serviços, mas era preciso fazê-los funcionar de modo articulado.

Na década de 1970, iniciam-se as discussões sobre a regionalização da saúde, a partir do projeto de Reforma Sanitária. O *Movimento pela Reforma Sanitária* sinalizou e orientou a construção de um novo modelo de atenção em saúde. No final desta década, iniciou o período de abertura política, o que contribuiu para o fortalecimento dos princípios democráticos de cidadania e participação popular.

O movimento sanitário no Brasil, segundo Ceccim (2007), se estabeleceu através de um projeto abrangente de luta por mudanças no sistema de Saúde, tendo como aliados uma diversidade de integrantes (líderes políticos, estudantes e militantes da área da saúde, lideranças de trabalhadores e lideranças populares, entre outros), identificados com as lutas de esquerda política e opositores das propostas implementadas durante o regime militar.

Na *7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)*, realizada em 1980, foram discutidas as ações de saúde através dos serviços básicos, em contraponto à centralização da atuação do cuidado por serviços de atenção médico hospitalar, o que possibilita a democratização do acesso aos serviços, já que prevê o atendimento por territórios, oferecendo aos usuários uma possibilidade de circulação pelos mesmos. Estão presentes nas discussões da 7ª CNS os gastos com assistência em saúde, a regionalização e hierarquização dos serviços.

Nos anos 80, a saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das propostas governamentais para este setor. Segundo

Bravo (2007, p. 9), as principais propostas discutidas por estes coletivos, diziam respeito

à universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial, com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas Estadual e Municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

Em 1986, ocorreu a *8ª Conferência Nacional de Saúde*, que culminou com as propostas que vinham sendo debatidas desde a década de 70 pelo *Movimento Sanitarista*. Esta Conferência difere das demais por seu caráter democrático e pela significativa participação de milhares de delegados, representativos de quase todas as forças sociais interessadas na questão da saúde. Houve um desdobramento imediato em um conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, para a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e a elaboração da nova Constituição Federal.

A Constituição de 1988, em seu artigo 198, vem definir as diretrizes para as ações dos serviços públicos de saúde que integram a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, propondo que os serviços se constituam de forma descentralizada, provendo atendimento integral ao sujeito e que preconize a participação da comunidade. A saúde é declarada como universal, e a prestação de serviços de saúde não está mais condicionada à contribuição trabalhista.

A Constituição Brasileira de 1988 promove o maior processo de inclusão social da história do Brasil, com a criação do SUS. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, inciso III, determina que “ao SUS compete ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”.

O modelo de assistência à saúde que se constitui a partir da *8ª Conferência* vem propor um reordenamento de serviços e a formulação de novas políticas de saúde para toda população. Neste sentido, faz-se necessária a busca por qualificação dos trabalhadores o que, na Constituição, em seu artigo 200, define como atribuição ao SUS, ordenar e formar recursos humanos.

A Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, de 19/09/1990, em seu artigo 3º, traz o conceito ampliado de saúde e regula em todo o território nacional as ações, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde.

A participação da sociedade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde são regulamentadas pela Lei nº 8.142, de 28/12/1990. Esta Lei também institui as Conferências e os Conselhos de Saúde, sua estrutura e seu funcionamento. Com isso, democratizou a gestão dos serviços de saúde, possibilitando à sociedade o acompanhamento e o controle das ações e dos gastos do poder público.

Ao pensarmos a Reforma Sanitária, torna-se difícil dizer como estão hoje, na prática, seus princípios norteadores. Os problemas existentes nos diversos setores, como transporte, habitação, empregos e educação mobilizam a população, mas também a fragiliza, no que diz respeito à reivindicação de seus direitos e à participação efetiva do Controle Social, para o planejamento e gestão das Políticas de Saúde.

Segundo Krüger (1998), os Conselhos de Saúde podem ser aparelhos singulares capazes de defender os direitos dos cidadãos, rompendo com os tradicionais modelos de gestão, permitindo a ampliação dos espaços de decisões do poder público, incentivando a constituição de esferas públicas democráticas, capazes de habilitar novos sujeitos sociais para os processos participativos.

Os Conselhos de Saúde passam a ser considerados como principais órgãos de Controle Social na definição dos serviços de saúde. Através da participação social, o processo de redemocratização da sociedade passa a incluir novos sujeitos no setor saúde, desenvolvendo exercícios de interlocução para a implementação de novas práticas de cuidado em saúde, que contemplem as necessidades trazidas pelos usuários do SUS. Instituem-se como canais de democracia participativa dentro de relações de poder estabelecidas na ótica da descentralização, como afirma a própria Constituição de 1988, em seu artigo 198.

Para que haja uma rede de serviços em saúde que possa prestar uma assistência qualificada à população, é importante capacitar a comunidade, incentivando sua participação no controle deste processo. Para atingir a

melhoria, é necessária a participação na identificação das necessidades da população, pois a promoção de saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde.

A complexidade do processo de saúde-doença exige que as equipes passem a constituir uma rede de conversação com outras políticas públicas, que possam se co-responsabilizar na atenção à comunidade. Para tanto, se faz necessário que tenhamos sempre em foco o conceito de saúde ampliado, para pensarmos no cuidado para além da doença. Neste processo amplo de atenção à saúde, é indispensável pensarmos a formação em serviço. Acreditamos que a intersetorialidade desempenha um papel importante na capacitação do estudante e, por conseqüência, um resultado positivo nas intervenções para com o usuário dos serviços.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), o Ministério da Saúde apresenta a formulação de uma política para educação dos profissionais, sustentada nos princípios e nas diretrizes do SUS. É uma formação capaz de produzir habilidades técnicas e produção de subjetividade, com objetivo de transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho, com a finalidade de prestar o cuidado às várias dimensões de necessidades de saúde das pessoas e ao coletivo da população.

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) se constitui em uma das estratégias, na área da formação, para dar sustentabilidade aos princípios e às diretrizes do SUS, já que tem como proposta a formação em serviços com a lógica da integralidade e o trabalho em equipe interdisciplinar, nos vários níveis de atenção à saúde.

A Portaria Interministerial Nº 2.118, de 03 de novembro de 2005, institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e no desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde.

O processo atual de aproximação das políticas e ações do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e o Conselho Nacional de Saúde, que estão direcionados para a gestão do trabalho e da educação em saúde, instituindo e regulando a RMS, representam a valorização da formação em serviço, a humanização da atenção e a ampliação da compreensão e prática da integralidade

Através da RMS, pretende-se formar profissionais capacitados a atender os modelos propostos pelo SUS, integrando as práticas de atenção à prevenção e da cura com a lógica da integralidade, considerando o contexto dos indivíduos e da sociedade. Acreditamos que este tipo de formação possa produzir profissionais com maior qualificação dos processos de trabalho, comprometidos com a atenção à saúde da população a partir de um olhar interdisciplinar.

A integração do ensino, da assistência e da pesquisa com a diversificação dos cenários de prática da formação, é um dos desafios que se estabelecem para este modelo de formação, pois é no diálogo dos diferentes campos de conhecimento que encontramos ferramentas para a abordagem aos diferentes problemas de saúde.

II ATO: O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL PREMUS/PUCRS

A Vinculação

A Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) teve origem enquanto instituição de ensino, com a chegada dos Irmãos Maristas no Brasil por volta de 1900. A sede da Universidade até 1967 foi na praça Dom Sebastião esquina com av. Independência, no Colégio Rosário. Hoje, está localizada na av. Ipiranga, nº 6681, CEP: 90619-900, Porto Alegre. Oferece vários cursos de graduação, pós-graduação, mestrado e doutorado. A Instituição está “fundamentada em princípios de Ética e do Cristianismo e na tradição educativa Marista, tem por missão produzir e difundir conhecimento e promover a formação humana e profissional orientadas por critérios de qualidade e relevância, na busca de uma sociedade justa e fraterna” (www.pucrs.br).

Oferece um grande número de cursos de graduação, nas várias áreas do conhecimento e promove também ensino à distância. Em seu complexo espaço geográfico e de serviços, também encontramos o Museu de Ciência e Tecnologia, Instituto de Cultura Hispânica, Instituto de Cultura Japonesa, Instituto de Cultura Musical e o Parque Esportivo.

A PUCRS, por meio da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG), instituiu o *Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PREMUS/PUCRS)* envolvendo a Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia, a Faculdade de Farmácia, a Faculdade de Odontologia, a Faculdade de Psicologia, a Faculdade de Serviço Social e o Hospital São Lucas da PUCRS

Atualmente, a PUCRS está desenvolvendo outro Programa, que teve início em 2009; porém, os dados deste ainda não foram publicizados. Por este motivo, como já mencionado, os dados aqui apresentados se referem ao programa que iniciou em 2007 e encerrou em 2009, por ocasião do novo Programa instituído.

O Hospital São Lucas, onde se desenvolvem as práticas do PREMUS, é uma instituição filantrópica sem fins lucrativos. Desenvolve o ensino e a

assistência nos diversos níveis de complexidade da Atenção à Saúde. É uma Instituição que foi pensada e preparada para o cuidado e para a formação em saúde desde o seu nascimento. Suas obras de construção tiveram início em 1970, tendo os ambulatórios concluídos em 1973 e imediatamente disponibilizados para o ensino médico. Os estudantes eram orientados pelos professores da Faculdade de Medicina. Em outubro de 1976, com a visita do então Presidente da República Gen. Ernesto Geisel, foi oficialmente inaugurado como Hospital Universitário da PUCRS. Em 1982, com a missão de ensino e assistência voltada à comunidade, por razões jurídicas, ocorreu a alteração do nome do hospital para Hospital São Lucas da PUCRS. A denominação foi em homenagem ao apóstolo e evangelista São Lucas, que foi médico e artista plástico.

O PREMUS tem sua secretaria sediada na Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia (FAENFI), na av. Ipiranga, nº 6681 – Prédio 12 – 8º andar.

O PREMUS recebeu parecer técnico favorável da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento de Gestão da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, pelo Parecer Técnico Nº 51 de 17 de fevereiro de 2006. A aprovação do projeto foi publicada no Diário Oficial da União em 20/07/2006.

O PREMUS ofereceu formação de dois anos, para as áreas de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social, conforme quadro a seguir.

Área Profissional	Especificação da Ênfase (Campo de saber e Prática)	Vagas
Enfermagem	Saúde da Criança e do Adolescente	01
	Saúde do Idoso	02
	Saúde da Mulher	02
	Nefrologia	02
	Oncologia	01
	Intensivismo Adulto	02
	Intensivismo Pediátrico	01
	Saúde Mental	01

Farmácia	Análises Clínicas e Toxicológicas	02
	Assistência Farmacêutica	02
Fisioterapia	Saúde da Criança e do Adolescente	01
	Saúde do Idoso	02
	Saúde da Mulher	02
	Reabilitação Cardiopulmonar	02
	Intensivismo Adulto	02
	Intensivismo Pediátrico	01
Nutrição	Saúde da Criança e do Adolescente	01
	Saúde do Idoso	02
	Nefrologia	02
	Intensivismo Adulto	02
	Intensivismo Pediátrico	01
Odontologia	Saúde Bucal	04
Psicologia	Saúde da Criança e do Adolescente	01
	Saúde do Adulto (Saúde da Mulher e Saúde do Idoso)	02
	Atenção à Saúde em Áreas Especializadas (oncologia, nefrologia, Intensivismo e Saúde Mental)	01
Serviço Social	Saúde da Criança e do Adolescente	01
	Saúde do Adulto (Saúde da Mulher e Saúde do Idoso)	02
	Atenção à Saúde em Áreas Especializadas (oncologia, nefrologia, Intensivismo e saúde mental)	01
Total		46

Fonte: Manual do Candidato Processo Seletivo 2007

A carga horária anual mínima de 2.880 horas, distribuídas em 60 horas semanais, totaliza, no mínimo, 5.760 horas ao final dos dois anos de formação. Da carga horária total, no mínimo 12% foram destinadas às atividades teóricas (690 horas em dois anos). Todas as horas restantes constituíram atividades de formação em serviço. O valor das bolsas para os residentes, preceptores e tutores do PREMUS foi financiado pelo Ministério da Saúde.

Dentro da carga horária prevista, foram incluídos plantões que se integram à rotina de plantões de cada categoria profissional no serviço de

saúde. Entende-se os plantões como atividades desenvolvidas no período diurno ou noturno. A carga horária teórica esteve distribuída entre os Módulos Teóricos Integrados e os Módulos Teóricos Específicos de Campo e Núcleo de Saber e Prática.

O objetivo geral do PREMUS, segundo o Manual do Residente, era “desenvolver competências fundamentadas nas diretrizes do SUS da integralidade, do modelo de vigilância à saúde, para exercer ações específicas de acordo com o núcleo de saber e prática da área profissional (Serviço Social, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia e Psicologia), nos diferentes Campos de saberes e Práticas, previstos no Programa”.

Os objetivos específicos do PREMUS/PUCRS, segundo o Manual do Residente, eram:

- 1 Planejar intervenções a indivíduos, famílias e coletividade, considerando o perfil epidemiológico da população, os princípios do SUS e o conhecimento próprio de cada núcleo de saber e prática;
- 2 Atuar em equipes multiprofissionais, na perspectiva de garantia de um trabalho interdisciplinar;
- 3 Exercer funções específicas de cada núcleo de saber, no cenário do campo de prática, em todos os níveis de atenção à saúde, no SUS;
- 4 Conhecer a rede de serviços de saúde e de suporte social, com vistas ao exercício das ações intersetoriais;
- 5 Desenvolver projetos de pesquisa vinculados aos grupos de pesquisa das diferentes áreas de ênfase.

O processo de ingresso através de processo seletivo público, constituiu-se de duas etapas. A primeira etapa iniciou com uma prova escrita que constava de 50 questões objetivas com o mesmo peso, sendo dividida em 50% de questões sobre as Políticas Públicas em Saúde e Modelos Assistenciais em Saúde, e o restante da área específica do núcleo profissional do candidato. Para ser aprovado, o candidato deveria atingir no mínimo nota cinco (5,0).

Na segunda etapa da seleção, foram convocados para análise e arguição do currículo os candidatos que tiveram melhor classificação, em número igual a cinco vezes o número de vagas na ênfase escolhida. Os

candidatos deveriam trazer para entrevista o *curriculum vitae* apresentado no modelo da plataforma *lattes* e o memorial descritivo.

O memorial descritivo deveria apresentar a história de vida do candidato, contextualizar suas experiências pessoais e profissionais e a motivação por sua escolha. Na entrevista, foi avaliada a coerência dos dados apresentados no memorial e no currículo, a clareza das idéias e dos objetivos do candidato, assim como sua competência comunicacional, podendo o candidato atingir a pontuação de cinco (5,0).

Os pesos máximos da segunda etapa foram de 5,0 para o *curriculum vitae* (os critérios de avaliação do *curriculum vitae* estão disponibilizados no anexo I) e 5,0 para a entrevista e o memorial descritivo. O candidato deveria ter atingido média 7,0 na segunda etapa para concorrer à classificação final. O resultado final foi definido a partir da média aritmética das notas da primeira e segunda etapas do processo de seleção. Os residentes começaram sua formação em 14 de agosto de 2007.

Organização Pedagógica

A organização pedagógica do Programa apresentou como eixo central, atividades teórico-práticas integradas, para o desenvolvimento de competências gerais dos profissionais de saúde articuladas às respectivas competências específicas de cada área. Sugeria a implantação de modelos assistenciais que contemplem a interdisciplinaridade, a integralidade e a humanização, em todas as áreas de ênfase do PREMUS/PUCRS. Era esperado o desenvolvimento de assistência a usuários (indivíduos, famílias, grupos) em equipes de residentes de diversas áreas profissionais e ênfases, nos diferentes níveis de atenção à saúde, com discussões para a definição de cuidados e a implementação de rotinas e diretrizes assistenciais.

O Processo de Avaliação

A avaliação foi compreendida como um processo contínuo e progressivo que denotou ao preceptor de campo, tutor de núcleo, orientadores de serviço e ao residente a responsabilidade pela formação.

Foram considerados aspectos quantitativos e qualitativos no processo teórico-prático de ensino-aprendizagem, o nível de integração entre o residente

e a equipe, discentes e docentes, e usuários, além do comprometimento com a proposta do Programa. O processo de avaliação foi apresentado e discutido nos Programas de Aprendizagem (módulos teóricos integrados e campos e núcleos de saber e prática).

A matrícula para o segundo ano do Programa só foi possível mediante a aprovação do primeiro ano. Se o residente interrompesse sua formação por qualquer motivo, sem o amparo legal, receberia somente declaração relativa ao tempo cursado efetivamente.

O residente que não alcançou média mínima de 7,0 nos Módulos Teóricos e Teórico-práticos teve que recuperar para passar para a fase seguinte ou concluir a Residência. Competia ao professor da disciplina propor a tarefa de recuperação da nota.

Instâncias Comprometidas

O PREMUS foi acompanhado pela Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMUS), que esteve subordinada às direções das Faculdades de Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia, Odontologia, Psicologia e Serviço Social e do Hospital São Lucas da PUCRS. Em última instância, esteve vinculado à Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade, como forma de especialização *lato senso*.

O COREMUS reuniu-se ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente, sempre que necessário a critério do coordenador ou por solicitação de seus membros.

A COREMUS

A COREMUS foi constituída por:

- Coordenador do PREMUS
- Diretor das Unidades Acadêmicas envolvidas no PREMUS
- Um representante do Hospital São Lucas
- Um representante dos Preceptores
- Um representante dos Tutores
- Um representante dos Residentes do PREMUS (R-PREMUS)

- Um representante do Centro de Extensão Universitária Vila Fátima

O residente foi oficialmente escolhido e indicado pelos demais residentes, em eleição direta e por voto secreto, a cada início de ano letivo.

Integração Docente Social

Este processo se desenvolveu com contínua supervisão docente-assistencial, comprometendo docentes das Faculdades envolvidas e profissionais das equipes de saúde, levando em conta a titulação acadêmica e a experiência profissional.

Coordenador do PREMUS

Foi um docente vinculado a uma das UA que compõem o PREMUS, indicado pela Direção, com titulação mínima de Mestre, tendo as seguintes atribuições segundo o manual do Residente PREMUS (2007/2009):

- Coordenar o Projeto pedagógico do PREMUS, sua implantação e acompanhamento;
- Ordenar e coordenar as reuniões com preceptores, tutores e equipes de saúde;
- Responsabilizar-se, junto à secretaria do PREMUS, pela documentação do Programa;
- Representar o PREMUS ou indicar, em concordância com a direção das UA, seu representante;
- Articular o PREMUS, juntamente com os preceptores, com as UA envolvidas, no âmbito da Graduação e da Pós-graduação;
- Participar das reuniões com as Direções das UA para apresentação de relatórios, elaboração de projetos para a continuidade do PREMUS.

Preceptores de Campo

Foram os docentes vinculados às UA da PUCRS, com titulação mínima de Mestre, atendendo ao disposto pelo Conselho Nacional de Educação, para

o Curso de Especialização *Lato Sensu*. São responsáveis pelos Campos de Saber e Prática, possuindo as seguintes atribuições:

- Promover a integração dos residentes das diversas áreas profissionais no respectivo campo;
- Promover a integração do residente com a equipe de saúde, usuários e demais serviços;
- Estabelecer a articulação com os tutores de núcleo;
- Estabelecer a inter-relação e vinculação com os demais campos de saber e prática ao Programa da Residência Médica e ao COREMUS;
- Coordenar juntamente com os tutores de núcleo e orientadores de serviço, equipe de saúde, docentes e residentes, a implantação e/ou desenvolvimento de modelos e diretrizes assistenciais que contemplem a interdisciplinaridade, a integralidade e a humanização;
- Coordenar os módulos teóricos dos campos de saber e prática;
- Orientar os processos de pesquisa dos residentes;
- Participar da implantação e avaliação do Projeto Pedagógico do PREMUS.

Tutor de Núcleo

O tutor de núcleo foi uma referência para os Núcleos de Saberes e Práticas, responsáveis por todas as áreas profissionais envolvidas no PREMUS possuindo como atribuições:

- Orientar o desenvolvimento das competências profissionais específicas;
- Planejar e realizar, juntamente com os preceptores de campo, equipe de saúde e docentes, as atividades de ensino de Núcleo de Saber e Prática.

Docentes

Os docentes foram responsáveis pelo desenvolvimento das atividades de ensino nos Módulos Teóricos Integrados, coordenando e ministrando as disciplinas, com base no projeto pedagógico do PREMUS.

Colaboradores

Foi toda a equipe de saúde que incluiu, em seu cotidiano, a função inerente de orientar e integrar os residentes nas atividades e nos conhecimentos relativos aos campos e núcleos de saber.

Os Residentes

Foi concedida Bolsa de Educação pelo trabalho ao residente, com regime de dedicação exclusiva, financiada pelo Ministério da Saúde, com validade de 24 meses.

Após a matrícula, ficou ao encargo do residente apresentar o comprovante de seu vínculo como autônomo ao Regime da Previdência Social, pois, assim, estariam assegurados todos os direitos previstos na legislação vigente, bem como os decorrentes do seguro de acidente de trabalho.

O residente que veio a interromper sua formação por causa justificada e/ou doença de notificação compulsória, teve sua Bolsa de Estudos suspensa durante o afastamento, sendo necessário buscar o benefício do INSS. Nestes casos, foi imprescindível a notificação à secretaria do PREMUS, pois, em seu retorno às atividades em serviço, teve de volta a sua bolsa, respeitadas as condições iniciais de seu ingresso.

Foi concedido ao residente o afastamento autorizado de 30 dias, das atividades em execução, referentes a cada um dos anos do Programa. Este afastamento foi pré-definido através de escala pela coordenação.

Ficou assegurada à residente gestante a licença-maternidade, com manutenção da Bolsa por até 120 dias, sendo prorrogada por igual período, a vigência letiva do Programa, para fins de cumprimento de carga horária mínima.

Para a participação em eventos científicos, foram garantidos sete dias úteis por ano letivo, preferencialmente como autor ou co-autor para apresentação de trabalhos científicos. Para que fosse possível a liberação, o

residente e o preceptor deveriam apresentar pedido por escrito e devidamente assinado com no mínimo de 21 dias de antecedência. A comprovação da participação, era feita mediante cópia do certificado e entregue na secretaria do PREMUS. Os custos referentes à participação sempre foram assumidos pelo próprio residente.

Integração dos residentes no serviço

Foi desenvolvido um programa de integração para a apresentação dos serviços, repasse de informações e conteúdos, objetivando favorecer e agilizar a adaptação do Residente na dinâmica e no funcionamento do HSL e nos demais serviços de saúde ao qual o PREMUS esteve vinculado.

O planejamento e desenvolvimento das atividades que foram realizadas pelos residentes deveriam estar integradas às necessidades e demandas dos serviços.

A falta do residente em seu espaço de formação teve que ter a justificativa de seu Preceptor e ciência da chefia do serviço de saúde ao qual esteve vinculado.

Trabalho de Conclusão - Monografia

O trabalho de conclusão do residente do PREMUS caracterizou-se como uma monografia, exigida durante o segundo ano de formação. A monografia foi um trabalho individual, orientada por um preceptor ou tutor do Programa; houve a possibilidade de se ter um co-orientador. O processo de orientação esteve integrado às atividades de preceptoria e tutoria.

Este trabalho se constituiu de um pré-requisito para a emissão de certificado de conclusão. A sua apresentação final foi em formato de artigo, para facilitar sua publicação, ficando o residente impossibilitado de publicar ou apresentar resultados da monografia sem a devida autorização do orientador.

Os trabalhos foram apresentados em seminário para avaliação final, sendo examinados por uma banca composta por orientador, co-orientador se houver e por um professor que não estiver envolvido diretamente com o trabalho realizado. Para ser aprovado, deve atingir a nota mínima de sete (7,0)

O Perfil do Egresso

Segundo o Manual do Residente do PREMUS espera-se que ele esteja capacitado para:

- Analisar criticamente a realidade do serviço e área de abrangência sob sua responsabilidade;
- Atuar em equipes multidisciplinares na perspectiva interdisciplinar, com vistas à humanização da assistência, a integralidade da atenção, a melhoria dos indicadores qualitativos da saúde, a redução do tempo de hospitalização;
- Planejar as intervenções a indivíduos, família e coletividade considerando o perfil epidemiológico da população, os princípios do SUS, os saberes do Campo de Saber e Prática e o conhecimento próprio de cada Núcleo de Saber e Prática;
- Participar e promover ações voltadas ao controle social das ações em saúde;
- Identificar, analisar e avaliar as informações em saúde para o planejamento e intervenção, nos níveis individuais, familiar e coletivo com vistas à prevenção de agravos, promoção e atenção à saúde;
- Identificar e atuar na rede de serviços de saúde dos diferentes níveis de atenção e de suporte social, com vistas a ações intersetoriais;
- Contribuir para o processo de qualificação do Programa de Saúde da Família e de Reforma do Sistema Hospitalar brasileiro;
- Desenvolver pesquisa e gerar conhecimentos que contribuam para o aprimoramento das práticas em saúde integradas ao SUS.

III ATO: ANÁLISE COMPARATIVA

Apresentaremos, a seguir, uma análise dos quatro programas, conforme foi citado no início do estudo, descrevendo as similaridades e diferenças existentes entre os Programas.

Considerando-se as profissões, todas apresentam o caráter multiprofissional e se constituem como forma de ensino de pós-graduação *lato sensu*.

Os programas aqui relacionados *estão em cartaz* já há algum tempo e fazem sucesso de diferentes maneiras. Porém, o público que o prestigia é sempre o mesmo. O público é aquele que acredita no SUS e em seus princípios, e que busca a melhoria da qualidade dos serviços prestados na atenção à saúde. O Programa da ESP/RS tem mais de trinta anos, o GHC iniciou o seu Programa em 2004, em 2007 iniciou o Programa de formação da PUCRS e, finalmente, em 2010, o HCPA iniciou o seu Programa. Todos estão voltados para a formação em serviços que contemplem os princípios e as diretrizes do SUS.

Em relação à abrangência dos núcleos profissionais, a Portaria Interministerial Nº 45, de 12 de janeiro de 2007, em seu Artigo. 1º parágrafo 2º, relaciona as seguintes profissões como de abrangência para a formação na modalidade de Residência: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Entre os quatro programas analisados, nenhum abrange todas as profissões conforme o disposto na Portaria, porém todos abrangem mais de seis núcleos em cada um dos respectivos Programas. Também não oferecem vagas para formação aos núcleos de Biomedicina, Ciências Biológicas e Medicina Veterinária. É importante ressaltar que os núcleos profissionais de Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social, estão presentes na formação de todos os programas citados. Também é peculiar a informação de que um dos campos de formação em comum aos programas aqui considerados é o campo da Saúde Mental.

O PREMUS/PUCRS é o programa que disponibiliza maior quantidade de espaços de formação para a prática do residente. Oferece formação em doze

campos de saber e prática, para sete núcleos profissionais, com disponibilidade de 46 vagas com bolsa.

O Programa de RIMS/HCPA é o mais recentemente iniciado, tendo o menor número de núcleos profissionais em seu programa de formação. Apresenta cinco áreas de concentração, para a formação de seis núcleos profissionais, totalizando 28 vagas com bolsa.

O Programa de RIS/GHC é o único que oferece vaga ao núcleo profissional de fonoaudiologia. Proporciona quatro áreas de ênfase para a formação de nove núcleos profissionais, completando 64 vagas com bolsa.

O Programa de RIS-ESP/RS, pioneiro no Estado do Rio Grande do Sul, tem o seu programa desenvolvido em quatro instituições vinculadas à Secretaria do Estado do Rio Grande do Sul e oferece formação para onze núcleos profissionais. No que diz respeito aos núcleos profissionais, tem uma particularidade, pois na ênfase em Saúde Mental oferece vaga para formação em arte-terapia, embora não seja uma das profissões contempladas pela Portaria Interministerial citada acima. Totaliza 52 vagas com bolsa.

Obter informações sobre os Programas desenvolvidos possibilita ter a dimensão do que representa este tipo de formação. Os quatro programas estudados, formam anualmente 190 profissionais residentes dos diversos núcleos profissionais, nos diferentes campos de conhecimento.

Considerando a relevância deste número para todo o estado, podemos avaliar como insuficiente, mas não podemos deixar de lembrar que existem mais dois Programas de Residência Multiprofissional (da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Instituto de Cardiologia de Porto Alegre) e um Programa Uniprofissional de Residência em Psicologia no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre que não fazem parte deste estudo. Também em Pelotas há um Programa ligado à Universidade Federal, e em Santa Maria há outro ligado à Universidade Federal.

A ESP/RS possui dois Programas, pois é a que tem o Processo seletivo para R3, ao qual candidatos dos outros Programas podem concorrer, conforme edital e regulamento próprio. Possui dez campos para formação, com número específico de vagas por campo e em alguns deles também são definidas as profissões que podem concorrer.

Os quatro programas desenvolvem atividades de formação em saúde no contexto hospitalar, porém, em relação aos cenários da prática, existem similaridades entre os Programas PREMUS/PUCRS e RIMS/HCPA, pois os mesmos têm como áreas de ênfase para a formação, serviços de especialidades hospitalares, e colocam em evidência a possibilidade de articulação da assistência hospitalar com a atenção primária como objetivos de formação em seus programas. Já os Programas da RIS/GHC e RIS-ESP/RS, possuem formação em áreas de ênfase da Atenção Básica, para além das áreas de formação dentro das especialidades hospitalares, como integração dos diferentes níveis de atenção à saúde.

No que diz respeito à organização curricular, os programas possuem a mesma carga horária total de formação, embora a distribuição do percentual de Formação Teórica e de Práticas seja definido de forma individualizada por cada Programa. Os Programas da RIS/GHC e RIMS/HCPA definem 20% para as atividades teóricas e o restante de formação em atividades práticas no cotidiano dos serviços. O Programa da RIS-ESP/RS define que a formação teórica é cerca de 20% da carga horária total da formação. Já o PREMUS/PUCRS delibera que 12% da carga horária total para a formação teórica.

No que diz respeito às bolsas, elas são financiadas por verba pública. No caso deste estudo, verificou-se que os programas são financiados pelo Governo Federal com o mesmo valor mensal de bolsas para cada estudante. A exceção é o Programa da RIS-ESP/RS, que é financiado pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e tem seu valor diferenciado, pois, além do valor da bolsa, os residentes recebem auxílio-moradia e alimentação, que totaliza mais 30% do valor de sua bolsa.

O sistema de avaliação dos residentes é feito com instrumentos e critérios distintos de cada projeto sendo que todos levam em consideração aspectos qualitativos para a avaliação. O programa da RIMS/HCPA é o único que não definiu uma nota mínima a ser atingida, ficando os outros programas com a nota mínima definida para aprovação de 7,0. Também é comum a todos os programas o Trabalho de Conclusão do Curso.

Na estrutura organizativa dos programas, todos contam com uma coordenação geral e com outros vários atores que possuem diferentes

nominações (Coordenadores de Ênfase, Preceptores de Campo, Tutores de Núcleo, Docentes, Colaboradores, Orientadores de Serviço, Preceptores, Professores, Orientadores de Pesquisa, Co-orientadores de Pesquisa, Preceptores de Campo), porém exercendo funções idênticas. Só foi possível identificar os Coordenadores de Ênfase na documentação dos programas da RIS/GHC e da RIS-ESP/RS, assim como também a exigência da qualificação de Mestrado ou Doutorado para o Orientador de Pesquisa só foi identificada na documentação da RIMS/HCPA e da RIS/GHC.

IV ATO: CONSIDERAÇÕES FINAIS

A possibilidade de desenvolvimento da pesquisa que aqui apresentamos foi especialmente significativa, pois nos proporcionou a possibilidade da construção de um trabalho de discussão em grupo embora a elaboração da pesquisa tenha se dado de forma individual. Os momentos de orientação do trabalho se deram quase que na totalidade em grupo, pelo fato de construirmos um trabalho que inevitavelmente estava relacionado com o estudo das outras três colegas.

A necessidade de um olhar voltado para alguns Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Município de Porto Alegre nos possibilitou o conhecimento mais detalhado dos mesmos, favorecendo uma reflexão sobre esta modalidade de formação.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde são financiados com verbas públicas, portanto, as informações sobre os mesmos deveriam ser mais facilitadas. Os portais das instituições onde os Programas são desenvolvidos poderiam permitir maior interatividade com quem acessa, possibilitando, assim, maior divulgação dos mesmos.

Considerando as informações levantadas, concluímos que há uma falta de interlocução entre os Programas, a necessidade da promoção de espaços reflexivos entre os profissionais formadores de todos eles e também para os profissionais em formação.

Não possuímos os dados e os números de Programas existentes em outros Estados, mas acreditamos que, no Rio Grande do Sul, mais especificamente em Porto Alegre, temos dados a serem considerados, no que diz respeito ao grande número de profissionais e instituições envolvidas com este processo de formação.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. **Lei n.º 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. In: BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 208 p.

BRASIL. **Lei nº. 8.142, de 28 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. In: BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 208 p.

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**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Portaria n.º 2.117, de 3 de novembro de 2005**. Institui o programa de bolsas para Educação pelo Trabalho e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005b. Seção 1, p. 112.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: Mota. E. A, (orgs). **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional**. 2ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

BASSO, K. F. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde. **Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do hospital de Clinicas de Porto Alegre: Iniciando a Jornada**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

CECCIM, R. B. Invenção da Saúde Coletiva e do Controle Social em Saúde no Brasil: Nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. **Revista de Estudos Universitários**, Sorocaba, SP, v.33, n.1, p.29-48, jun. 2007.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. M. **Educar-SUS: caminhos e produtos da Política Nacional de Educação Superior – formação superior e especialização**. [S.l.: s.n.], 2004. Disponível em: <[http:// www.lappis.org.br](http://www.lappis.org.br)>. Acesso em: 15 dez. 2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, ano.1, p. xx-xx, Jan./Jun., 2004.

COHN, A. A Reforma Sanitária Brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. In **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1614-1619, jul. 2009.

KRÜGER, T. R. **O desconhecimento da Reforma Sanitária e da Legislação do SUS na prática do Conselho de Saúde**, dissertação de mestrado: A estratégia conselheira na área da saúde: a dicotomia entre o plano legal e o real. UDESC/SC, 1998. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/ppp/ppp22/Parte4.pdf>. Acesso em 12 jan. 2010.

OROFINO, M. M. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: O que há de novo naquilo que já está posto. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

ROSA, K. R. K. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde um Mosaico de saberes**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. Petrópolis: Vozes, 2002.

www.pucrs.br/premus/obj.php.

ZAMBENEDETTI, G & SILVA, R. A. N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.14, n.1, p. xx-xx, jun. 2008.

ANEXOS