

**AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

*THE MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE PROGRAMS IN HEALTHCARE: THE
EXPERIENCE OF THE FEDERAL UNIVERSITY AT SANTA CATARINA*

Regina Célia Tamaso Miotto¹

Francielle Lopes Alves²

Patricia da Silva Caetano³

Keli Regina Dal Prá⁴

RESUMO

As residências multiprofissionais em saúde são realidade no Brasil desde os anos 2000 como importante estratégia de formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Surgem como resposta as novas necessidades de pensar e agir em saúde. Os programas de residência ao se estabelecerem como campo de mediação entre a academia e os serviços, tornam possíveis a construção de práticas e conhecimentos que podem alterar ou tencionar significativamente a lógica dos serviços. Assim, este trabalho traz elementos históricos da construção das residências multiprofissionais em saúde, tanto na atenção básica como em nível hospitalar. Relatam-se brevemente as experiências desenvolvidas na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário (HU) e enfatizam-se elementos para a discussão dos desafios da residência e do Serviço Social nesses espaços de formação na área da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Formação Profissional em Saúde. Residências Multiprofissionais. Serviço Social.

ABSTRACT

The Multiprofessional residence programs have been a reality in healthcare in Brazil since the first decade of this century and an important strategy in the education of human resources for the Single Healthcare System (SUS). The residence programs were created as a response to new requirements for thinking about healthcare and taking action. By establishing themselves as a field of mediation between the academy and services, the residence programs make possible the construction of practices and knowledge that can change or place significant pressure on the logic of services. Thus, this work presents historic elements of the construction of multiprofessional residences in healthcare, both in basic care and at the hospital level. A brief

¹ Assistente Social, Doutora em Saúde Mental e Professora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, bolsista de Produtividade em Pesquisa/CNPq. Tel. 48 3271-6514, e-mail regina.miotto@gmail.com.

² Assistente Social, Mestre em Serviço Social e Preceptora do Programa de Residência Integrada Multiprofissional do U-UFSC

³ Assistente Social Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional do U-UFSC.

⁴ Assistente Social, Doutora em Serviço Social e Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social da UFSC.

report is made about experiences at the Federal University at Santa Catarina (UFSC), in the Multiprofessional Residence Course in Family Healthcare and in the Integrated Multiprofessional Residence in Healthcare at the University Hospital and emphasizes elements for the discussion of challenges to residence and social work in these spaces for healthcare education.

KEYWORDS: Professional Education in Healthcare. Multiprofessional Residences. Social Work.

INTRODUÇÃO

Os serviços públicos de saúde no Brasil atualmente assumem importante papel para a formação de profissionais na lógica da integração docente-assistencial. Isso ganha relevância com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que incorpora práticas de ensino e pesquisa em saúde para constituir seu modelo assistencial com base nos princípios e diretrizes expostos no conjunto das legislações que organizam o sistema.

A expansão da lógica da formação em serviço foi vital para a expansão dos programas de residência multiprofissional, que passam a ocupar as instituições e serviços como dispositivo de constituição de práticas baseadas na integralidade. Realidade no início dos anos 2000 no Brasil, as residências multiprofissionais em saúde podem ser asseguradas como relevantes estratégias de formação de recursos humanos para o sistema de saúde público nacional. Diferentes propostas se constituíram ao longo de pouco mais de uma década, expressando avanços e retrocessos, disputas e conquistas próprias da implementação do SUS e da vigência de projetos de saúde contrapostos.

De início mais fortemente atreladas à Estratégia de Saúde da Família (ESF), atualmente com apoio do Ministério da Educação (MEC), as residências ganham espaço também nos serviços hospitalares com o objetivo de estabelecer um modelo de atenção integral e do desenvolvimento do processo de trabalho integrado entre os profissionais da saúde nessas unidades. Em 2011 as residências no âmbito dos Hospitais Universitários Federais (HUFs) já acumulavam um crescimento de 188%, quando comparadas ao ano anterior (BRASIL, 2012).

Dados do Sistema da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SisCNRMS) apontam que existem no país 212 programas de residência multiprofissional e 296 de residência em área profissional. Destes, 137 são financiados

pelo MEC. Outros 371 são financiados por outros órgãos e instituições, como, por exemplo, o Ministério da Saúde (APUFSC, 2012).

O MEC divulga ter investido, em 2011, R\$ 235,5 milhões no pagamento de bolsas para programas de residência. Houve um aumento global de 23% no número de benefícios mensais pagos em relação ao ano anterior. Em 2012 concedeu 6.038 bolsas e em 2011 chegaram a 7.425. Destas, 6.232 bolsas foram para residências médicas e 1.193 para residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, ou seja, 16% do total de bolsas concedidas, demonstrando que a participação na formação de profissionais de saúde de áreas não-médicas deve imprimir maior expressividade, particularmente visando superar a centralidade da atenção na lógica biomédica (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, a proposta de formação em modalidade de residência permite evidenciar e problematizar realidades cristalizadas que impedem movimentos de criação a partir de conhecimentos construídos por meio de vivências, bem como experiências transformadas em processos reflexivos da atuação profissional. Quando há produção reflexiva e crítica sobre vivência abre-se possibilidades de mudanças. Novos caminhos são abertos e experiências já consolidadas unem-se com novos saberes permitindo a renovação dos fazeres em saúde

1. AS RESIDÊNCIAS E OS DESAFIOS HISTÓRICOS À SAÚDE NO BRASIL

Na década de 1970, no Brasil, as residências médicas são consideradas como o sistema pedagógico ideal para a formação do profissional médico. Instituída através do Decreto nº 80.281, em setembro de 1977, cria-se a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e regulamenta-se a Residência Médica como uma modalidade de ensino de pós-graduação (SILVA, 2005). Este modelo de pós-graduação na modalidade de residência tenta ser estendido para as demais áreas profissionais da saúde, mas acaba sucumbido pela falta de financiamento.

No entanto, na contramão desse processo, no final da mesma década, em 1976, surge no Rio Grande do Sul, na Escola de Saúde Pública (ESP), a primeira residência multiprofissional, promovida pela Secretaria de Estado da Saúde. A experiência da residência multiprofissional da ESP foi inovadora, pois foi o primeiro programa a incluir mais de uma categoria profissional, já que em 1977 foram oferecidas vagas para

profissionais de enfermagem, serviço social e medicina veterinária (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010). Segundo Ferreira e Olschowsky (2010, p.28) a proposta do programa estava na “valorização do trabalho em equipe multiprofissional, na ampliação do cuidado prestado à saúde da população na rede básica de saúde, ultrapassando a assistência à saúde focada no cuidado médico ao corpo biológico”, bem como o desenvolvimento da ideia de equipe de saúde, rompendo com o binômio médico e enfermeiro na atenção à saúde. Este cenário demonstra que a questão da formação profissional para saúde está posta à reafirmação ou resistência ao modelo de formação baseado na especialização e fragmentação do conhecimento, então alvo de resistência dos atores do projeto de reforma sanitária e alimentado pelo poderoso complexo médico-industrial.

Sabia-se desde então que a construção de um novo sistema de saúde implicava na desconstrução das formas instauradas de pensar e agir em saúde no âmbito dos serviços. Para isso a formação de um novo profissional tornou-se uma das questões-chaves para o projeto da reforma sanitária. A partir da produção da saúde ligada a um discurso do campo da saúde coletiva, mostra-se inevitável a precisão da construção de propostas teóricas que admitam diferentes disciplinas. Isso se expressa na própria Constituição Federal de 1988 quando inscreve no seu artigo 200 a competência do SUS na formação de recursos humanos e se expressa na Lei 8.080/1990 através de vários artigos nos quais se prevê:

- Organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;
- As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão, devendo ser regulamentadas por comissão nacional, instituída de acordo com o artigo 12 da lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes;
- Promover a articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde.

Tal debate acontece também em 1993 na II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde e reaparece na 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2000.

Assim, nos anos 1990 inicia-se um longo processo de discussão da formação de recursos humanos para a saúde, visando a implantação e consolidação do SUS. No Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 11, n. 2 (14) p. 185-209 jan./jun. 2012 ISSN 1676-6806

início da década já se observa a sedimentação das residências médicas em saúde coletiva pautadas no ideário da reforma sanitária e algumas experiências em residências em outras áreas profissionais, ancoradas na proposta da reforma sanitária.

Merece destaque nesse período no âmbito do Serviço Social, a experiência da residência no Hospital Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro, em 1993 e a experiência no Hospital Universitário, em Juiz de Fora, a partir de 1997. Em 1999 surge a residência multiprofissional de Sobral/Ceará na atenção básica, vinculada ao sistema municipal de saúde.

As residências multiprofissionais vão adquirir expressão no início dos anos 2000, paradoxalmente sob os auspícios do Banco Mundial, como proposta do Ministério da Saúde e com a participação de várias entidades relacionadas ao campo da formação profissional. Aparecem vinculadas ao Programa Saúde da Família (PSF), sendo em 2002 a criação de 19 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família. Nesse campo se travava, desde a década anterior, uma forte disputa pela orientação do programa, expresso pelas siglas ESF – Estratégia de Saúde da Família *versus* PSF – Programa de Saúde da Família. Também nesse momento já eram notórias as contradições entre o sistema de saúde e a formação em saúde.

Dessa forma, torna-se óbvio que as residências multiprofissionais e também as residências em outras áreas, que não a médica, surgem em meio à disputa política e ideológica sobre os destinos do SUS, no conflito entre as políticas de Estado (construção do SUS) e as políticas de mercado (hospitais, empresas privadas de saúde, medicina de grupo) e então as universidades, os hospitais de ensino, os centros de pesquisa e as unidades básicas de saúde passam a ser campos privilegiados dessa disputa.

Nesse contexto, as residências aparecem como estratégicas para ambos os projetos, pois enquanto modalidade de especialização, propiciam através de uma remuneração condizente, a dedicação integral que significa uma vivência intensiva dos múltiplos acontecimentos do dia a dia do serviço com orientação sistemática, aprofundamento técnico, teórico e obviamente conduzido politicamente.

As propostas de residência, mesmo vindo no bojo do discurso da consolidação do SUS desde o início estão marcadas pelas disputas mencionadas e atravessadas por diferentes formas de conceber a interdisciplinaridade desejada para o atendimento das necessidades de saúde da população, ou seja, para consolidação da integralidade.

Exemplo disso está nas diversas propostas surgidas no início dos anos 2000 onde se pode identificar:

- Grupos que centravam a multiprofissionalidade na equipe mínima (médicos e enfermeiros) e buscavam dar a esses profissionais uma formação interdisciplinar;
- Grupos cujo projeto era construído por médicos e/ou enfermeiros e incluíam nesse projeto outros profissionais;
- Grupos que construía(m) coletivamente o projeto por diferentes profissionais e a direção do processo também ocorria de forma coletiva.

Essas propostas traziam as tensões típicas, de forma explícita ou não, da multidisciplinaridade. Essas tensões se manifestavam em vários aspectos relacionados à coordenação dos projetos, ao conteúdo da proposta pedagógica, ao número de horas destinadas a prática e a teoria, profissões a serem incorporadas e também no número de residentes por área profissional. Nesse aspecto, geralmente era um exército de médicos e enfermeiros e alguns poucos de outras profissões. A proposta de Juiz de Fora, a exceção, mantém o mesmo número de profissionais para as diferentes áreas.

Porém, de maneira geral os programas estavam engajados na proposta de uma formação de qualidade, comprometidos com a mudança na forma de produzir saúde, com a superação da dicotomia teoria e prática e na capacidade que a formação em serviço possibilitasse, através da presença das universidades nas unidades de saúde, a transformação dos serviços de saúde. Nesse processo se constituiu um movimento político importante de luta e consolidação da residência como tipo de formação importante.

Assim foram se construindo as diferentes propostas, que em suas trajetórias obtiveram avanços e retrocessos. Considerando a propagação cada vez maior do projeto médico privatista e o acirramento dos corporativismos chegou-se em 2005 com a regulamentação da Residência Multiprofissional – exceto médicos, com a conversão da Medida Provisória nº 238/2005 na Lei nº 11.129/2005, que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde, como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinada às outras categorias profissionais que integram a área de saúde. Fato este que denota as injunções políticas do Ministério da Saúde e chegando a uma interferência

cada vez maior dos gestores na condução da proposta de formação. Isso tudo traduzido muitas vezes em discriminações no âmbito dos serviços. Assim, tencionou ainda mais os rumos da formação: ao invés da proposta de formação gerar a mudança da lógica do serviço, a lógica do serviço contamina cada vez mais o processo de formação. Isso tem exigido o desenvolvimento de estratégias de resistência cada vez mais desgastantes no cotidiano dos serviços.

Em suma, chegamos ao final dos anos 2000, com a aprovação do ato médico pela câmara dos deputados, com o esvaziamento das residências multiprofissionais na atenção básica explicitada na Carta em defesa da Residência Multiprofissional de 2009 que conclama o Conselho Nacional de Saúde (CNS) a posicionar-se frente a interrupção dos trabalhos e alteração na composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), que agravou as tensões e dúvidas em relação à regulamentação, credenciamento e financiamento de atuais e novos programas e com o movimento do Ministério da Saúde e do MEC para implantar as residências multiprofissionais nos HUFs, atendendo especialmente serviços de alta complexidade.

Nesse contexto, pautadas em novas regulamentações, as residências multiprofissionais vêm ganhando proporção e mostrando sua importância. Encontros e fóruns de discussão estão debatendo o papel das residências nos serviços como estratégia de formação. O Fórum Nacional de Residentes em Saúde, criado em 2006, tem sido um importante agente na defesa da reforma sanitária e das residências no papel de efetivação do SUS. Ressalta-se também sua visibilidade nas pautas das Conferências de Recursos Humanos e nas Conferências de Saúde.

Considerando a complexidade de se efetivar uma formação de qualidade, e concordando que é cada vez mais necessário debater e refletir sobre a residência nesse processo busca-se brevemente relatar as experiências dos Programas de Residência da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC): o Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário (HU). Experiências novas ou que se renovam, mas que permitem ressaltar aspectos e refletir desafios.

2. As Residências Multiprofissionais em Saúde na Universidade Federal de Santa Catarina: um pouco da história

2.1. A Residência em Saúde da Família

A proposição de formação de recursos humanos para o SUS, a partir do início da década de 1990, toma como *locus* central a Atenção Básica em Saúde, principalmente com a instituição do PSF que teve início, em 1994. A centralidade na Atenção Básica visa, principalmente, a reorganização dos serviços e a reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência à saúde. Segundo Gil (2005), no âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a ESF propõe a mudança do paradigma médico-hegemônico, que orienta o modelo de atenção à saúde vigente, para um modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. No que se refere à reorientação das práticas em saúde, tem-se reconhecido a importância de mudança no processo de formação, uma vez que se constata que

[...] o perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação (GIL, 2005, p. 491).

O encaminhamento destas duas questões centrais ao SUS foi realizado pelo Ministério da Saúde a partir da proposta de criação de Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, onde a orientação foi o fortalecimento da articulação ensino-serviço em torno, principalmente, das necessidades de capacitação dos profissionais de saúde inseridos nas crescentes equipes da ESF implantadas nos municípios brasileiros (GIL, 2005). No entanto, essa modalidade de capacitação não foi suficiente tanto para atender o número de profissionais da Atenção Básica como para abranger a mudança de reorientação das práticas nos serviços.

Assim, na perspectiva de expandir as possibilidades de formação de recursos humanos na área da saúde, o Ministério da Saúde lançou, em 2000, uma convocatória no âmbito nacional com o objetivo de “implementar a oferta de cursos de pós-graduação *lato sensu*, nas modalidades de especialização e Residência Multiprofissional em Saúde da Família, mediante incentivos financeiros repassados às universidades e escolas de saúde pública das Secretarias Estaduais de Saúde” (GIL, 2005, p. 492).

Os cursos de especialização e de Residência Multiprofissional em Saúde da Família foram pensados visando: 1) dar suporte teórico-prático aos profissionais já inseridos nas equipes da ESF; 2) oferecer aos recém egressos dos cursos profissionais da área da saúde uma formação voltada para a atenção básica, dentro do que propõe a ESF e 3) inserir o tema da reorientação do modelo de saúde nos cursos de pós-graduação oferecidos pelas universidades e escolas de saúde pública.

E é permeado por este contexto que surge o Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFSC, cujo objetivo é a formação de profissionais atuantes na área da saúde, buscando qualificá-los para o desempenho de suas atividades no SUS, visando o alcance das competências técnica, política e ética da ESF.

Segundo a proposta do curso, a residência nesta modalidade, oportuniza uma aprendizagem em equipe a partir da inserção na realidade concreta dos serviços de saúde, buscando articular o conhecimento interdisciplinar e a prática multiprofissional e intersetorial (REMULTISF, 2010).

Historicamente a construção da proposta de atuação multiprofissional em saúde da família na UFSC data do final da década de 1970, com a iniciativa entre os docentes dos departamentos de Saúde Pública e de Enfermagem que acompanharam o trabalho de alunos voluntários em uma das comunidades da cidade de Florianópolis. Posteriormente outros cursos se integraram ao trabalho como Farmácia e Nutrição (VERDI, *et al.*, 2006).

O curso de Serviço Social, juntamente com o curso de Psicologia, participou em 1992 de um fórum interdisciplinar no Centro de Ciências da Saúde da UFSC que visava discutir uma proposta de Residência Multiprofissional em Saúde Comunitária. Em 1997, por meio de um convênio entre a UFSC e, à época, a Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis estabeleceu-se o Programa de Articulação Docente-Assistencial (PADA). O PADA, atualmente denominado de Rede Docente Assistencial (RDA),

[...] tem a finalidade de construir um espaço de articulação ensino-serviço, a fim de atender à necessidade de promover mudanças no modelo de formação dos profissionais de saúde, de modo permanente e em todos os níveis, a partir do desencadeamento dos processos de implantação das novas diretrizes curriculares nos cursos de graduação da área da Saúde [...] (VERDI, *et al.*, 2006, p. 286).

Nesse sentido, o conjunto de docentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família teve importante papel na construção da concepção que norteia a organização e o processo de integração da RDA, contribuindo com o processo de educação permanente envolvendo os diversos sujeitos participantes como: os tutores, os preceptores, os professores dos cursos de graduação, os profissionais da rede municipal de saúde, os gestores locais, entre outros. Este processo tem sido construído e reconstruído por diferentes áreas de formação profissional como a Enfermagem, a Medicina, a Odontologia, a Farmácia, a Nutrição, a Psicologia e o Serviço Social, bem como de áreas de conhecimento interdisciplinar como a Saúde Pública.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família, desde seu início em 2002 até 2010, acumulou a experiência da formação de quatro turmas de residentes, cujo processo envolveu a formação de aproximadamente 120 profissionais especialistas no período. A organização do processo de trabalho junto aos serviços sempre esteve atrelada a permanência dos residentes das diferentes áreas em pelo menos dois centros de saúde da rede municipal.

O I Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família – Modalidade Residência iniciou suas atividades em maio de 2002 e teve duração até maio de 2004. Foram duas equipes em formação, uma desenvolvendo as atividades no Centro de Saúde do Saco Grande e outra no Centro de Saúde da Lagoa da Conceição. O Serviço Social integrou a equipe multiprofissional de residentes no centro de saúde do Saco Grande acompanhado do estágio curricular de graduação⁵.

Destaca-se que a primeira turma de Residência em Saúde da Família inaugura a inserção dos assistentes sociais na Rede Atenção Básica do município de Florianópolis. A equipe de Serviço Social do Centro de Saúde do Saco Grande era composta por três estagiárias do curso de graduação, sendo que destas duas desenvolviam estágio curricular obrigatório e um estágio curricular não obrigatório. Acompanhavam as estagiárias uma assistente social supervisora de campo e uma docente do curso de Serviço Social por meio da supervisão pedagógica.

Segundo Moscon *et. al* (2009) a presença de assistente sociais nos anos de 1990 e início dos anos 2000 na área da saúde em Florianópolis era eventual como nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e em programas especiais ou profissionais que exerciam atividades não caracterizadas como

⁵ Nomenclatura utilizada à época.

específicas por sua formação. Somente a partir de 2007, com a assinatura do Pacto pela Saúde e pelo fato da Secretaria Municipal de Saúde ter assumindo ações nos níveis de Atenção de Média Complexidade a presença de assistentes sociais na área da saúde tornou-se mais expressiva.

Já no II Curso, desenvolvido entre os anos de 2004 e 2006 o Serviço Social contou com dois residentes nos Centros de Saúde do Saco Grande e da Agrônômica, bem como com estágios curriculares em ambas as unidades. Em 2007 e 2008, com o III Curso teve-se a participação do Serviço Social nas equipes de saúde dos Centros de Saúde do Saco Grande e da Tapera, com a presença de dois tutores, três residentes e estagiários.

Na IV turma do Curso, desenvolvida entre 2008 e 2010, nos Centros de Saúde do Saco Grande e do Monte Cristo, o Serviço Social contou com uma tutora e uma residente em cada unidade e com uma preceptoria do Departamento de Serviço Social.

A partir dos anos de 2010 e 2012, a quinta e a sexta turma da residência, contou com o ingresso de nove estudantes, cujas vagas foram distribuídas nas seis profissões integrantes, a saber: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Odontologia e Serviço Social.

Importante destacar duas questões ocorridas ao longo da realização do curso: 1) ao longo dos anos mudaram as profissões que integraram as equipes de residentes, como por exemplo, a saída da área de Psicologia e mudaram os departamentos que integravam a equipe docente do curso, com a saída dos tutores da área de Saúde Pública e 2) a mais recentemente mudança é o ingresso de residentes com periodicidade anual.

Demarca-se também, que desde 2010, o desenho de inserção dos residentes nos serviços de atenção básica mudou em função da implantação, pelo município de Florianópolis, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A implantação do NASF ocorreu no ano de 2010 após sua aprovação no Conselho Municipal de Saúde, por meio da Resolução n. 002/CMS/2008.

O NASF atualmente trabalha apoiando a ESF e está vinculado às coordenações dos cinco Distritos Sanitários existentes: D.S. Centro, D.S. Leste, D.S. Sul, D.S. Norte e D.S. Continental. O NASF está regulamentado no âmbito municipal pela Instrução Normativa nº 001/2010 que, entre outras questões, indica como temáticas prioritárias ao programa: saúde mental, saúde da criança, assistência social, atividade física e práticas corporais, alimentação e nutrição e assistência farmacêutica.

A Instrução Normativa define ainda que cada NASF deverá ser composto por pelo menos cinco profissionais de categorias diferentes entre as seguintes sete categorias: Psiquiatra, Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista, Farmacêutico, Pediatra e profissional de Educação Física, podendo ser complementado por outros profissionais entre as 13 ocupações definidas pela Portaria nº 154 de 2008 do Ministério da Saúde (PMF, 2010).

Essa mudança na organização da Atenção Básica a partir da adesão do município ao NASF, fez com que se discutisse a inserção das novas turmas de Residência em Saúde da Família partindo da necessidade de que os residentes das áreas de Farmácia, Educação Física, Nutrição e Serviço Social passassem a desenvolver suas atividades profissionais junto aos preceptores ligados ao NASF e os residentes de Enfermagem e Odontologia ficassem vinculados às equipes de ESF. Assim, atualmente a Residência em Saúde da Família concentra suas atividades em serviço no Distrito Sanitário Centro, mantendo o grupo de residentes dividido em dois centros de saúde: Prainha e Agrônômica. Os residentes NASF acompanham as atividades de educação em serviço dos dois centros de saúde.

O modelo pedagógico previsto pelo curso contempla atividades educativas com uma carga horária de 5.760 horas integralizadas em dois módulos, um de reflexão teórico-prática, referindo-se aos saberes e técnicas que dão suporte teórico-metodológico à prática da equipe de residentes, e outro de educação no trabalho referindo-se aos processos pedagógicos vivenciados na prática de trabalho da ESF nos centros de saúde e no NASF.

Também compõe a organização do curso a vivência dos residentes em atividades assistenciais no segundo e terceiro níveis de atenção à saúde, procurando compreender e aprimorar os fluxos entre atenção primária à saúde e os demais níveis de atenção que compõem a rede. As atividades são desenvolvidas de acordo com a organização local, seguindo a lógica da rede municipal de saúde e o acompanhamento durante todo o processo de formação pelos professores tutores e pelos profissionais preceptores.

No âmbito institucional a UFSC disponibiliza o corpo docente, o espaço físico e material permanente e a Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza os profissionais preceptores, o espaço físico e condições de trabalho nos centros de saúde.

No entanto, ainda não foi possível realizar uma avaliação sistemática da formação profissional dos residentes após essa mudança na organização do curso,

principalmente sobre os rebatimentos na questão da construção de espaços interdisciplinares de atuação entre os residentes da ESF e do NASF e entre os residentes e as equipes de ESF dos centros de saúde.

2.2. A Residência Hospitalar: a experiência do HU

Os primeiros programas de residência, todos na área médica, surgiram dentro de instituições hospitalares. A necessidade de treinamento e capacitação dos profissionais para o uso das tecnologias, então em franco processo de expansão por meio da indústria farmacêutica, de equipamentos, materiais e insumos, consagrou as residências médicas e a lógica da formação em serviço com aumento da formação de especialistas, nos hospitais de ensino (AMORETTI, 2005). Ao longo dos anos, experiências exitosas de Residências Médicas influenciaram a criação da Residência em Enfermagem, sendo o primeiro programa do Brasil implementado em 1961 no Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo. Concomitantemente à história das Residências Médica e de Enfermagem, surgiu a primeira Residência Multiprofissional do Brasil, no Rio Grande do Sul, em 1977, no âmbito da atenção primária, como já exposto anteriormente.

Em 2010 na linha de investimentos do MEC para Educação na Saúde e no conjunto das proposições relativas ao Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF)⁶, em todo país emergem novos programas de residência multiprofissionais ou de área profissional específica, tendo os hospitais de ensino como cenário privilegiado. Nesse contexto, no mesmo ano, tem início o Programa de Residência Integrada Multiprofissional do HU/UFSC.

O Programa de Residência Multiprofissional do HU tem como principal objetivo “formar profissionais de saúde, por meio da educação em serviço, para atuar em equipe multiprofissional na Atenção de Urgência e Alta Complexidade fundamentadas nos princípios e diretrizes propostos pelo SUS” (RIM, 2010). Para isso, conta com a participação de oito diferentes profissões compondo suas turmas: Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Farmácia, Análises Clínicas, Fonoaudiologia e Odontologia, prevendo abertura de vagas para profissionais de Fisioterapia.

⁶ O RE UF “se caracteriza por um conjunto de aç es destinadas a criar condiç es materiais e institucionais para ue os UFs possam desempenhar plenamente as suas funç es em relaç o s dimens es de ensino, pes uisa e e tens o e assist ncia saúde” (RASIL, 2012, p. 38). Serv. Soc.& Saúde, Campinas, SP v. 11, n. 2 (14) p. 185-209 jul./ dez. 2012 ISSN 1676–6806

Em março de 2012, o Programa de Residência Multiprofissional do HU/UFSC formou a primeira turma com dez especialistas. Em 2011, iniciou a segunda turma de residentes com total de vinte profissionais. Sua terceira turma iniciou no início de 2012 também com vinte profissionais. O Serviço Social iniciou com uma residente em 2010, hoje conta com cinco, sendo duas residentes atuando na área de urgência e emergência e três em alta complexidade.

A partir das prerrogativas do MEC, cumpre-se regime de dedicação exclusiva, com metodologia para o desenvolvimento de conteúdos teórico-práticos centrados a partir da área de concentração, que objetivam a problematização da prática do cotidiano. Desta forma, o período de carga horária teórica é composto por aulas expositivas e dialogadas e projetos com orientação de tutores (professores dos departamentos envolvidos), e carga prática realizada em serviço sob orientação de preceptores (profissionais supervisores).

Pautada nos referências do MEC para organização, a Residência do HU/UFSC, de acordo com seu projeto, busca articular o mundo do trabalho e da educação, buscando consolidar um espaço de saberes e práticas, consolidando o espaço hospitalar como espaço de ensino e produção de saber, como já ressaltava Foucault (1979, p. 111), “[...] clínica aqui significa a organização do hospital como lugar de formação e transmissão de saber”.

Na busca por promover a articulação entre ensino, serviço e gestão, as duas áreas de concentração contempladas pelo Programa de Residência do HU/UFSC, Atenção em Urgência e Emergência e Atenção em Alta Complexidade em Saúde, foram definidas respondendo as necessidades locais, regionais e nacionais da população. Também atentem a orientação de desenvolver atividades de aprendizagem na perspectiva de linhas de cuidado, com articulação dos níveis de atenção à saúde, possibilitando a continuidade e a produção da integralidade. Pode-se mencionar ainda que são áreas cruciais no âmbito da gestão dos serviços hospitalares. A área de urgências e emergências por tradicionalmente refletir a falência em outros níveis de atenção do sistema, a não universalidade do acesso e a não equidade, ao passo que os serviços são *locus* privilegiados para se pensar a lógica assistencial sob a ótica da integralidade. E ainda, a área de alta complexidade ser crucial quando se trata dos incentivos financeiros às instituições, bem como a necessidade da constituição de equipes mínimas para viabilizar seu credenciamento e a atenção que também se pauta na integralidade.

A equipe da Atenção em Urgências e Emergências atua majoritariamente na unidade de Emergência Adulto do HU/UFSC. A unidade é referência na área de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica. Neste cenário, viabilizar a atuação multiprofissional é algo desafiador. Sendo este espaço eminentemente médico, onde historicamente e explicitamente se firma um conjunto específico de demandas e necessidades tratadas como legítimas dos serviços desta natureza, e uma pauta de intervenções previsíveis em torno de aspectos biomédicos, a inserção de uma equipe diferenciada, como é a da residência, passa a problematizar o cotidiano do serviço e as atribuições dos profissionais da equipe frente às necessidades que constituem situações de urgência e emergência e demandam intervenções. Assim, em uma perspectiva de integralidade, a residência nos espaços que ocupa, provoca salutar tensão em torno da dissolução de monopólios de saberes e ações.

Nessa direção, visando criar espaços para refletir e planejar ações que realmente promovam a integração dos profissionais, a equipe da Residência na área de Urgências e Emergências promove a atividade intitulada Momento Integrado. Neste espaço, a partir de um processo de reflexão acerca das situações atendidas, planejar ações que atinjam a dinâmica do serviço. Destes encontros já foi possível elaborar, por exemplo, o Plano de Alta Multiprofissional, cujo principal objetivo é promover a contrarreferência qualificando os vínculos de usuários dependentes para atividades da vida diária e suas famílias aos serviços de Atenção Básica em Saúde e Proteção Social Básica do município de Florianópolis.

Na Alta Complexidade, as atividades estão centradas junto às unidades de internação divididas em Clínicas Médicas I, II e III, Clínicas Cirúrgicas I e II, Unidade de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico, além das atividades nos ambulatórios dos serviços deste nível aos quais o HU está credenciado, sendo eles: Ambulatório de Diabetes Mellitus, Ambulatório de Cirurgia Bariátrica, Ambulatório de Nutrição, Ambulatório de Cirurgia Vascular, Ambulatório de Quimioterapia, Ambulatório de Implante Coclear e Transplante Hepático.

Nesta área de concentração os residentes possuem dois espaços de integração, semelhantes a proposta realizada no âmbito da Urgência e Emergência, composto por residentes e preceptores nos quais se elaboram os denominados Projetos Integrados. Estes têm como principal objetivo, a partir de demandas observadas pelos profissionais, de propor intervenções da equipe pautadas na construção de projetos multiprofissionais.

Atualmente dois projetos integrados estão em execução, um com foco de intervenção na Unidade de Tratamento Dialítico, que tem como objetivo a construção de um histórico multiprofissional aplicado na admissão do paciente na unidade e outro com pacientes internados no Serviço de Hematologia do HU/UFSC objetivando qualificar a assistência multiprofissional ao paciente em tratamento onco-hematológico.

Comum às duas áreas de concentração, compondo as atividades da residência, uma gama de atividades é realizada junto a rede de serviços de saúde do município. Assim os residentes vivenciam as práticas e especificidades de gestões distintas as do HU através de estágios em outros serviços, que seguem o itinerário terapêutico, a partir das portas de entrada dos usuários no sistema, conhecendo a realidade de diferentes espaços de atendimento em urgência e emergência, bem como em serviços e institutos de especialidades que compõem os serviços de Alta Complexidade. Os períodos de estágio são planejados com o objetivo que o residente compreenda a organização do sistema através da dinâmica dos serviços e dos processos de trabalho. Dentro dessa proposta, o residente tem a possibilidade de realizar o estágio eletivo, no período de um mês, em uma instituição nacional ou internacional de sua escolha. Residentes do HU/UFSC já realizam experiências de estágios em instituições no Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, São Paulo e em Cuba.

Juntamente com a preceptoria e tutoria, as residentes, dentre suas atividades teórico-práticas têm realizado atividades junto às turmas de graduação de Serviço Social da UFSC com o intuito de divulgar e esclarecer dúvidas sobre a especialização em residência, articulando troca de saberes com as turmas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, bem como participado de eventos e congressos, publicando materiais como relatos de experiências e reflexões do processo de trabalho.

3. Desafios à inserção dos assistentes sociais na Saúde e a pauta das Residências Multiprofissionais

As experiências das residências multiprofissionais da UFSC refletem aspectos importantes do cenário de implementação e condução dos programas que remetem a desafios de ordem coletiva, bem como em relação a inserção dos assistentes sociais na área da saúde, que nesse momento se tematiza através das residências multiprofissionais e das residências em Serviço Social.

Antes de entrar na questão desses desafios, cabe um parêntese para duas pontuações.

A *primeira* é ressaltar que, embora as residências possam estar conformadas em multiprofissionais ou em Serviço Social, o trabalho do assistente social é, em princípio, interdisciplinar e intersetorial. Isso acontece à medida que as suas ações incidem no âmbito da construção da proteção social e ele trabalha sempre na relação e em relação. Além disso, atualmente são mais raros os espaços de isolamento das profissões e particularmente do Serviço Social. Portanto os desafios também são os mesmos, embora possam ter particularidades.

A *segunda* é destacar o espaço da residência como um espaço de formação profissional privilegiado pelas características já apontadas anteriormente. Ou seja, propicia através de uma remuneração condizente, a dedicação integral que significa uma vivência intensiva dos múltiplos acontecimentos do dia a dia do serviço com orientação sistemática, aprofundamento técnico, teórico, além da possibilidade de discussão dos dilemas éticos colocados cotidianamente para o exercício profissional.

DESAFIOS COLETIVOS

Um dos principais desafios é manter a fidelidade ao projeto estruturante da proposta de residência multiprofissional, que é o projeto da Reforma Sanitária. Construído a partir da incorporação da dimensão crítica do social na saúde advinda da aproximação do pensamento sanitário brasileiro com a teoria marxiana, através da análise das condições de saúde da população, a partir dos componentes estruturais das sociedades capitalistas. Isso proporcionou a construção de um novo campo de conhecimento – o campo da saúde coletiva – que viabilizou o suporte teórico que subsidiou e estruturou, no plano do conhecimento, tanto a reforma sanitária, como uma nova possibilidade de inserção de diferentes profissionais na saúde. Este aspecto é fundamental e deve ter expressão nos projetos políticos pedagógicos dos programas. A valorização e definição de princípios dos projetos pedagógicos já foram apontadas como um desafio pelo relatório elaborado no Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS, 2010) da Região Sul, que objetivou debater a formação e atenção integral à saúde.

Particularmente, para o Serviço Social a constituição do campo da Saúde Coletiva proporcionou sustentação necessária à inserção do assistente social como Serv. Soc.& Saúde, Campinas, SP v. 11, n. 2 (14) p. 185-209 jul./ dez. 2012 ISSN 1676-6806

profissional da saúde e a real possibilidade de encaminhar suas ações na lógica do direito e materializar o projeto ético-político da profissão. Propicia uma mudança radical no papel do assistente social na saúde. De um profissional paramédico (cujo conhecimento é subsidiário) para um profissional que, como os outros profissionais, é portador de conhecimento e tem possibilidades de interferir na direção do trabalho em saúde. Ou seja, não ser apenas um executor de ações instituídas por outrem (no caso o médico), ser subsidiário de diagnóstico ou de tratamento e nem atuar apenas nas falhas do sistema. Ou seja, um profissional capaz de pensar e decidir sobre projetos sanitários e não só executar ações.

No bojo desse projeto vem instituída também a interdisciplinaridade, como uma questão central para a sustentação da integralidade em saúde. Portanto insistir na interdisciplinaridade como condição para a formação e o trabalho em saúde é outro desafio que se coloca para as residências.

Em relação a interdisciplinaridade, uma postura crítica se faz fundamental pois, ao mesmo tempo que ela se configura como necessidade ela também se configura como um problema. Problema por vários motivos: primeiro que é difícil construir interdisciplinaridade no campo profissional em tempos de acirramento de corporativismos provocados pelos movimentos do mundo do trabalho (luta pelo emprego); segundo, como indica Jantsch e Bianchetti (1995), Follari (1995), Etges (1995), a interdisciplinaridade ofereceu suporte conceitual e consensual para a conformação de um discurso generalizante de cunho ideológico e político, como panaceia para todos os males. Segundo Mueller (2006, p. 49) a interdisciplinaridade é um conceito que foi “cooptado pelo modo de produção capitalista, e que em consequência incorporou o ‘espírito’ do capitalismo”. De acordo com o autor, tanto no mundo do trabalho quanto no mundo do conhecimento, a interdisciplinaridade tem sido invocada de maneira indiscriminada para a concretização de fins puramente instrumentais.

Insistir na interdisciplinaridade como condição para a formação e trabalho em saúde é um desafio, e também sobreviver nela é outro desafio. Esse resgate faz-se necessário para lembrar da relação que temos com a interdisciplinaridade. Uma relação ambígua e contraditória. Porque ao mesmo tempo em que ela carrega toda crença de um projeto ela se torna também um grande problema.

NOSSOS DESAFIOS

É preciso ainda discutir alguns desafios que se desdobram e se impõem para a participação dos assistentes sociais nas residências multiprofissionais e das residências em Serviço Social. Para tratar dos “nossos” desafios é preciso lembrar que ao colocar o campo da saúde coletiva como campo de conhecimento e de práticas que sustenta a ideia das residências multiprofissionais centradas no Projeto da Reforma Sanitária, não está se querendo dizer que esse campo seja um campo monolítico. Mas, é através desse campo que hoje ainda é possível preservar a radicalidade do Projeto da Reforma Sanitária em oposição às tendências reformistas presentes no debate contemporâneo nessa área.

Nesse sentido, é possível considerar que a presença do Serviço Social nas residências é estratégica. Estratégica tanto para responder as questões colocadas pela disputa de projetos sanitários distintos, claramente definidos ou travestidos, como para o avanço da própria profissão. Para que isso aconteça temos como desafios construir as residências como espaços de formação cuja centralidade é a unidade teoria-prática. Não significa, portanto, uma subsunção à prática ou a lógica do serviço. Isso porque as residências ao se estabelecerem como um campo de mediação entre a academia e serviços, ao congregar diversos atores, como profissionais, estudantes, pesquisadores, torna possível a construção de práticas e conhecimentos que, por um lado, podem alterar significativamente a lógica dos serviços ou pelo menos tencionar essa lógica. Por outro lado, subsidiam a reflexão teórica e novas formulações que contribuem para o fortalecimento do Serviço Social enquanto área de conhecimento.

Somente nessa perspectiva é que o aprender fazendo ganha significado e o residente não é visto apenas como mão de obra para o serviço. Ao contrário, vai se forjando outro profissional capaz de problematizar, capaz de criar e comprometido com a população, com a profissão.

Essa discussão se valida na tensão existente quanto a relação entre carga teórica e carga prática de atividades, a agenda cheia de tarefas e o trabalho intelectual incluído também como tarefa a ser cumprida. Isso é bastante perigoso para uma profissão que tem uma larga tradição em execução de tarefas e, por isso, tende a reproduzir o que está posto, as urgências e as exigências institucionais.

Ter residências que resistam a lógica fragmentada da atenção à saúde que preside a esmagadora maioria dos serviços de saúde é fundamental no momento em que se proliferam os Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-Saúdes) e os Programas de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Nesse contexto, a residência e os residentes tornam-se elos fundamentais na cadeia da formação, pois a residência é o espaço de intercessão entre serviços e universidade. Experiências de estagiários e estudantes em disciplinas da graduação com residentes mostraram como o aprendizado de ambos é potencializado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que a discussão da formação em saúde a partir das residências multiprofissionais não pode ocorrer desvinculada do debate acerca do atual papel da universidade como uma instituição social diferenciada tal como expõe Chauí (2003). Questões relevantes que, em geral, alimentam a crítica à proposta de formação de residentes de áreas não-médicas, estão associadas aos desafios contemporâneos do ensino superior, como a fragmentação do conhecimento, o tempo reduzido de formação, a atenção aos interesses do mercado de trabalho para qualificação de mão de obra.

São questões que respondem à forma como a universidade expressa a estrutura e o funcionamento da sociedade, na qual “o conhecimento e a informação passaram a compor o próprio capital, que passa a depender disso para sua acumulação e reprodução”. As mudanças engendradas no âmbito do capitalismo transformaram duplamente a ciência: “tornou-se manipulação de objetos construídos por ela mesma; em segundo lugar e, como consequência, ela se tornou uma força produtiva e, como tal, inserida na lógica do modo de produção capitalista”. São transformações que tem levado ao abandono do núcleo fundamental do trabalho universitário: a formação (CHAUÍ, 2003, p. 04).

Para Santos (2005, p. 32), o enfrentamento desta nova realidade envolve “a promoção de alternativas de pesquisa, de formação, de extensão e de organização que apontem para a democratização do bem público universitário, ou seja, para o contributo específico da universidade na definição e solução coletivas dos problemas sociais, nacionais e globais”. Entra em cena uma das características definidoras da universidade:

sua autonomia intelectual, o que lhe permite “relacionar-se como o todo da sociedade e com o Estado de maneira conflituosa” (CHAUÍ, 2003, p. 2).

As universidades brasileiras historicamente têm importante participação nas lutas sociais pela democratização da saúde, exemplo disso foi a luta empreendida pelo movimento da Reforma Sanitária. Em um contexto de ditadura militar, no qual há uma redução de canais de expressão política, estudantes e professores universitários, juntamente com setores populares e entidades de profissionais da saúde, defenderam mudanças nesse setor.

Hoje, contraditoriamente, além dos desafios já pontuados, é possível levantar algumas indagações acerca da condução da política universitária na área da saúde, sobretudo quanto aos HUF, em vias de extinção por meio do estabelecimento da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Se caminhamos para o abandono da ideia de HU visando o desenvolvimento de redes docentes-assistenciais não-universitárias, especialmente em atividades mais ligadas aos níveis primário e secundário de atenção (CISLAGHI, 2012), o que se espera do fortalecimento da formação de trabalhadores nos espaços do hospital? Se entre as premissas da residência está a capacidade e possibilidade de problematização das práticas e dos cenários onde a educação acontece, como isso ocorre numa empresa?

E em relação a Atenção Básica, é importante pontuar que com a implantação do NASF pelos municípios brasileiros, pode-se tanto ampliar o espaço de inserção de outras áreas profissionais que não compõem a ESF como Fonoaudiologia, Fisioterapia, Educação Física e o próprio Serviço Social, como demandar esforços dos cursos em garantir que os residentes e profissionais preceptores do NASF não percam a integração e dimensão interdisciplinar do trabalho em saúde pela própria dinâmica que o NASF imprime ao processo de trabalho.

Também se coloca em questão a própria garantia de continuidade da Atenção Básica como prioridade para a formação de recursos humanos para o SUS por meio do fortalecimento da ESF, entendendo-a como orientadora do processo formativo. Para que isso aconteça será necessário garantir a expansão do financiamento e do número de vagas para as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família.

Ainda, é preciso vigilância para que a expansão da formação em serviço, representada pela residência multiprofissional, assim como acontece também com a residência médica (AMORETTI, 2005), não seja conduzida mais pela necessidade de

organização dos serviços hospitalares do que pelas necessidades sociais de incremento da formação de profissionais de determinada especialidade.

REFERÊNCIAS

AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 2, 2005, p. 136-146.

APUFSC. Jornal do Sindicato dos Professores das Universidades Federais de Santa Catarina APUFSC - Sindical. **Programas de residência têm novas diretrizes publicadas em resolução**, Florianópolis, 18 de abril de 2012. Disponível em: <http://www.apufsc.ufsc.br/noticia/2405/>. Acesso em: 03/05/2012

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Prestação de Contas Ordinárias Anual. **Relatório de Gestão do Exercício de 2011**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php>. Acesso em: 02 de maio de 2012.

BRASIL. **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. CORAG, 7º ed. 30 p.

BRASIL. **Lei nº. 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Pro Jovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%20n11129_05.pdf. Acesso em: 20 de jun. de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26643&janela=1. Acesso em: 14 de abr. de 2011.

CHAUÍ, M. S. **A universidade pública sob nova perspectiva**. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n24/n24a02.pdf>. Acesso em: 02 de fev. de 2009.

CISLAGUI, J. F. **Hospitais Universitários**: presente caótico, futuro incerto. Disponível em: <http://www.apufpr.org.br/artigos/hus.pdf>. Acesso em: 03 de jun. de 2012.

ETGES, N. J. Ciência, interdisciplinaridade e educação. In: JANTSCH, A. P. & BIANCHETTI, L. (orgs.) **Interdisciplinaridade para além da filosofia do sujeito**. Petrópolis: Vozes, p.51-84, 1995.

FERREIRA, S. R.; OLSCHOWSKY, A. Residência: uma modalidade de ensino. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs). **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde Brasil**. Ministério da Saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010, p. 23-34.

FOLLARI, R. A. Algumas considerações práticas sobre interdisciplinaridade. In: BIANCHETTI, L., JANTSCH, A. **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. Petrópolis: Vozes. 1995.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 24 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

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

JANTSCH, A. P. & BIANCHETTI, L. (Orgs.) **Interdisciplinaridade para além da filosofia do sujeito**. Petrópolis: Vozes, p.25-50, 1995.

MOSCON, N. et al. **Plano de Trabalho do Serviço Social da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/2009**. Florianópolis, 2009. mimeo. 48p.

MUELLER, R. R. **Trabalho, produção da existência e do conhecimento: o fetichismo do conceito de interdisciplinaridade**. 115f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

REMULTISF. **Guia Acadêmico 2010**. Florianópolis, 2010. 25 p.

PMF. Instrução Normativa nº 001/2010. Disponível em: www.pmf.sc.gov.br/.../17_05_2010_10.30.59..... Acesso em: 20 de jun. de 2012.

SANTOS, B. S. **A Universidade do Século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da universidade**. São Paulo: Cortez, 2005.

SILVA, A. L. Reflexões sobre perspectivas da pós-graduação. **Acta Cirúrgica Brasileira**. São Paulo, v. 20, n. 6, 2005, p. 411-413.

VERDI, M. *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. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 283-304.

