



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS - PUC/GO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

LAYLA FERNANDA SOARES NUNES FILARDI

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: um estudo
sobre a interdisciplinaridade no processo de formação teórico-
prático de residentes em um hospital universitário**

GOIÂNIA-GO

2018

LAYLA FERNANDA SOARES NUNES FILARDI

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: um estudo
sobre a interdisciplinaridade no processo de formação teórico-
prático de residentes em um hospital universitário**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* – Mestrado em Serviço Social – Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO), como requisito para a defesa do título de Mestre em Serviço Social.
Orientador (a): Dra. Denise Carmen de Andrade Neves

GOIÂNIA – GO

2018

N972r

Nunes, Layla Fernanda Soares

Residência multiprofissional em saúde.[recurso eletrônico]:
um estudo sobre a interdisciplinaridade no processo
de formação teórico-prático de residentes em um hospital
universitário/ Layla Fernanda Soares Nunes.-- 2018.
100 f.; il.

Texto em português com resumo em inglês
Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica
de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu
em Serviço Social, Goiânia, 2018
Inclui referências 77-82

1. Saúde - Residência Multiprofissional. 2. Abordagem
interdisciplinar do conhecimento. I.Neves, Denise
Carmen de Andrade. II.Pontifícia Universidade Católica
de Goiás. III. Título.

CDU: 614.253.4(043)

LAYLA FERNANDA SOARES NUNES FILARDI

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: um estudo
sobre a interdisciplinaridade no processo de formação teórico-
prático de residentes em um hospital universitário**

FOLHA DE APROVAÇÃO

Dissertação de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em
Serviço Social. Data da defesa: 04 de abril de 2018.

Banca examinadora:

Profa. Dra. Denise Carmen de Andrade Neves
Pontifícia Universidade Católica de Goiás Orientador – Presidente da Banca

Profa. Dra. Vannuzia Leal Andrade Peres
Membro Titular Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Profa. Dra. Carla Agda Gonçalves
Membro Titular Universidade Federal de Goiás

Profa. Dra. Lúcia Maria Moraes
Membro Suplente Pontifícia Universidade Católica de Goiás

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, pelas incontáveis bênçãos e por nunca desistir de mim.

Aos meus familiares, meu pai, Indalécio, minha mãe, Iracema, meu irmão, José Neto, pelo amor e pelo apoio incondicionais, presentes nas madrugadas, nos momentos em que não contive as lágrimas, e nas orações.

Especialmente, gostaria de agradecer ao meu esposo Kaio Filardi, por estar ao meu lado, e não medir esforços para que eu pudesse chegar até aqui. Nós dois sabemos que a jornada não foi nenhum pouco fácil, muitas incertezas, angústias, tribulações e ausências, mas o seu amor, o seu carinho, a sua cumplicidade foram, e são, essenciais em minha vida.

Ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás.

À Professora Dra. Denise Carmen de Andrade Neves, pelo compromisso ético e pela segura orientação e contribuição aos desafios de construção dessa dissertação.

Aos membros das bancas examinadoras (de qualificação e defesa), Professora Dra. Vannuzia Leal Andrade Peres (PUC Goiás), pela valiosa contribuição e Professora Dra. Carla Agda Gonçalves (UFG), que tem acompanhado cada passo da minha trajetória profissional, incentivando e sempre solícita diante das dificuldades, lhe serei grata sempre.

Agradeço aos sujeitos da pesquisa de campo. Em especial, ao Carlos Roberto Caixeta ex-coordenador e Laura Leni M. N. Paranaguá e Lago, atual coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HC-UFG/EBSERH.

Aos colegas que conheci durante o Mestrado, em especial as companheiras de caminhada, Denise Magalhães e Sônia Barbosa, pelas sugestões, pela escuta e pelo incentivo.

Agradeço de forma especial, a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG), pela relevante contribuição dispensada à continuidade de minha formação profissional, por meio do apoio financeiro destinado à realização do mestrado.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Multidisciplinaridade.....	41
Figura 02 – Pluridisciplinaridade.....	42
Figura 03 – Interdisciplinaridade.....	44
Figura 04 – Transdisciplinaridade.....	45
Figura 05 – Localização Geográfica de Goiânia e Região Metropolitana.....	50
Figura 06 – Estrutura Organizacional HC-UFG/EBSERH.....	55

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Sexo dos residentes do Programa de Residência em Saúde do HC-UFG/EBSERH	60
Gráfico 02 – Idade dos residentes do Programa de Residência em Saúde do HC-UFG/EBSERH	61
Gráfico 03 – Origem dos residentes do Programa de Residência em Saúde do HC-UFG/EBSERH	61
Gráfico 04 – Ano de conclusão dos residentes do Programa de Residência em Saúde do HC-UFG/EBSERH	62
Gráfico 05 – Pós-graduação dos residentes do Programa de Residência em Saúde do HC-UFG/EBSERH	62

LISTA DE SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAIS	Centro de Atendimento Integral à Saúde
CCG	Campus Cidade de Goiás
CIAMS	Centro Integrado de Assistência Médico Sanitária
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONSUNI	Conselho Universitário
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional
CPRMS	Coordenação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde
CRASPI	Centro de Referência em Atenção a Saúde da Pessoa Idosa
CRER	Centro de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo
CROF	Centro de Referência de Ortopedia e Fisioterapia
CS	Centro de Saúde
CSF	Centro de Saúde da Família
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FGTS	Fundo de Garantia por tempo de Serviço
HC	Hospital das Clínicas
HDT	Hospital de Doenças Tropicais
HGG	Hospital Geral de Goiânia
HMI	Hospital Materno Infantil
HU	Hospital Universitário

HUGO	Hospital de Urgências de Goiânia
HUGOL	Hospital de Urgências de Governador Otavio Lage de Siqueira
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MESP	Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PET	Programa de Educação Tutorial
PROGRAD	Pró-reitoria de Graduação
PRPG	Pró-reitoria de Pós-graduação
RMS	Residência multiprofissional em Saúde
SALTE	Saúde, Alimentação, Transporte e Energia
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da família
UFG	Universidade Federal de Goiás

O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca, é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente, é preciso resistir e sonhar, é necessário alimentar os sonhos e concretizá-los, dia a dia, no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários.

(MARILDA IAMAMOTO)

RESUMO

A Residência Multiprofissional em Saúde, como proposta de formação, constitui-se um espaço significativo que busca uma transformação nas áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando a construção de uma prática Interdisciplinar, com o potencial de contribuir para a superação de uma visão/ ação compartimentada, fragmentária e individual em saúde. Dessa forma, este estudo tem como objetivo Identificar e Analisar a Apropriação dos Residentes sobre a Interdisciplinaridade no Processo de Formação Teórico-prático da Residência Multiprofissional em saúde do Hospital das Clínicas – HC/UFG/EBESERH. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, delineada por meio de pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e pesquisa de campo, tendo sido realizada em um hospital Universitário, com dezesseis integrantes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, entre os meses de junho a julho de 2016, que preencheram os critérios de inclusão. Os depoimentos foram concedidos à pesquisadora por meio de entrevistas semiestruturadas. As análises e reflexões críticas estão apoiadas no método dialético. Destaca-se que a formação interdisciplinar ainda constitui um desafio a ser alcançado em sua plenitude na formação em saúde no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde do HC-UFG/EBESERH. Pois a simples inserção de profissionais das diferentes áreas numa equipe de saúde ou programa de residência não é suficiente para garantir seu caráter interdisciplinar.

Palavras-chave: Saúde. Interdisciplinaridade. Residência Multiprofissional em Saúde.

ABSTRACT

The Multiprofessional Residency in Health, as a training proposal, constitutes a significant space that seeks a transformation in the strategic areas for the Unified Health System (SUS), highlights the construction of an Interdisciplinary practice, with the potential to contribute to the overcoming a compartmentalized, fragmented and individual vision / action in health. Thus, this study aims to Identify and Analyze the Residents' Appropriation on Interdisciplinarity in the Theoretical-Practical Training Process of Multiprofessional Residency in Health at Hospital das Clinicas - HC / UFG / EBESERH. It is a qualitative research, delineated through bibliographical research, documentary and field research, and was carried out in a University Hospital, with sixteen members of the Multiprofessional Health Residency Program, between June and July 2016, who met the inclusion criteria. The interviews were granted to the researcher through semi-structured interviews. Critical analyzes and reflections are supported by the dialectical method. It should be emphasized that the interdisciplinary training is still a challenge to be fully achieved in health training in the context of the Multiprofessional Health Residency of HC-UFG / EBESERH. For the simple insertion of professionals from different areas into a health team or residence program is not enough to guarantee their interdisciplinary character.

Keywords: Health. Interdisciplinarity. Multiprofessional Health Residence.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 – POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: alguns marcos de sua trajetória e efetivação da garantia do Sistema Único de Saúde (SUS)	18
1.1 Historicidade da saúde na realidade brasileira	18
1.2 Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e conquistas advindas com a Constituição Federal de 1988	29
1.3 Residência Multiprofissional em Saúde: uma proposta de formação para o Sistema Único de Saúde (SUS).....	33
CAPÍTULO 2 – INTERDISCIPLINARIDADE: aspectos teóricos e sócio-históricos	37
2.1 Os sentidos da interdisciplinaridade em seus aspectos teóricos e sócio-históricos.....	37
2.2 Significados, dilemas e desafios da interdisciplinaridade.....	41
CAPÍTULO 3 – RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINARIDADE NA PERSPECTIVA DOS RESIDENTES DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS UFG / EBSEERH	50
3.1 Contextualização da saúde no município de Goiânia	50
3.2 HC-UFG/EBSEERH: primeiras aproximações ao <i>lócus</i> da pesquisa.....	53
3.2.1 Residência Multiprofissional em Saúde do HC-UFG/EBSEERH.....	56
3.3 A visão dos residentes acerca da interdisciplinaridade no processo de formação teórico-prático	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICES	83
ANEXO	88

INTRODUÇÃO

A discussão sobre Interdisciplinaridade não é recente, já desperta interesse desde a época de graduação da pesquisadora, enquanto discente do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Goiás (UFG), sobretudo no período em que a pesquisadora foi bolsista do Programa de Educação Tutorial Campus Cidade de Goiás (PET-CCG), o qual propõe uma discussão dialógica e interdisciplinar aos acadêmicos (as) do curso de Direito, Serviço Social e Filosofia.

Coetâneo a esse processo, a pesquisadora participou também, enquanto estagiária, das atividades da Clínica de Ortopedia do Hospital das Clínicas HC/UFG/EBSERH, durante o período de Abril de 2012 a Julho de 2013; por ser exigência da matriz curricular do curso de Serviço Social. As relações apresentadas entre as diferentes áreas do conhecimento que atuavam juntas possibilitaram uma reflexão do cenário de prática desencadeando o trabalho de conclusão de curso: “(DES)caminhos da Interdisciplinaridade na Clínica de Ortopedia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás HC-UFG – relato de Experiência Antropológica”.

Contudo, a opção de estudar novamente sobre a Interdisciplinaridade se potencializou com a vivência enquanto Assistente Social residente (2014 - 2016) da Área de Concentração Urgência e Emergência no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HC-UFG. Assim, a escolha do tema “Saúde, Interdisciplinaridade e Residência Multiprofissional” foi motivador por vários fatores referentes à necessidade de reflexão sobre a interdisciplinaridade no processo de formação de residentes.

Nos cenários de prática foi possível notar que as relações entre o médico e os demais profissionais, se dava a partir de demandas específicas, solicitadas, pontuais e fragmentadas. Não se vê a criação e preocupação com as demandas em potencial.

Diante de algumas raras e específicas situações que requeriam o diálogo entre as áreas do conhecimento se dava de forma simplista e superficial, em locais inapropriados e sem direcionamentos para uma continuidade do atendimento na perspectiva da integralidade expressa pelo SUS.

A partir destas indagações delimitou-se como pergunta norteadora para a pesquisa: Qual a apropriação dos Residentes sobre a Interdisciplinaridade no

Processo de Formação Teórico-Prático da Residência Multiprofissional em saúde do Hospital das Clínicas – HC-UFG/EBESERH?

Esta pergunta permitiu a formulação da seguinte hipótese para a pesquisa: A apropriação dos residentes sobre a interdisciplinaridade no processo de formação teórico-prático se dá de forma lacunosa, expressando a maneira enviesada e/ou a falta de clareza sobre a interdisciplinaridade, o que rebate diretamente no cotidiano profissional frente a interação das profissões.

Delimitou-se como objeto, a apropriação dos residentes sobre a interdisciplinaridade no processo de formação teórico-prático da residência multiprofissional em saúde do Hospital das Clínicas – HC-UFG/EBESERH.

Aponta-se como objetivo geral da pesquisa identificar e analisar a apropriação dos residentes sobre a interdisciplinaridade no processo de formação teórico-prático da residência multiprofissional em saúde do Hospital das Clínicas – HC-UFG/EBESERH.

Desdobraram-se como objetivos específicos: Identificar como se constituiu a trajetória sócio-histórica da Política de Saúde brasileira enquanto direito para compreender a definição do conceito de interdisciplinaridade e sua relação com esta Política; compreender e analisar o processo de implantação e implementação na configuração da dimensão da Interdisciplinaridade no Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas - HC/UFG/EBESERH; identificar os elementos facilitadores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas – HC/UFG/EBESERH que possibilitam a efetivação da interdisciplinaridade na formação dos residentes; entender e analisar de que forma o aprendizado da interdisciplinaridade no processo de formação teórico-prático tem se traduzido na qualidade do serviço prestado na política de saúde.

A pesquisa é de natureza qualitativa com três modalidades diferenciadas e complementares, quais sejam: Pesquisa Bibliográfica, Pesquisa Documental e Pesquisa de Campo. As categorias analíticas: Saúde, Interdisciplinaridade, Residência Multiprofissional em Saúde e Relação Teoria/Prática constituíram as ferramentas que investigaram o objeto em questão, buscando apreender as partes que o integram.

Assim, as concepções teóricas foram embasadas na perspectiva do materialismo histórico dialético e utilizadas como elementos norteadores do estudo, possibilitando compreender a origem, causas e relações que revelaram o movimento do objeto no real em suas múltiplas relações e determinações.

Como aporte de fundamentação teórica para a análise, a pesquisa bibliográfica foi realizada durante todo o processo da dissertação, com os levantamentos da produção acadêmico-científica através de teses e dissertações. Os artigos foram localizados, principalmente em revistas de editoras de universidades ou do mercado editorial, bem como em sites diversos existentes sobre a temática.

A pesquisa documental se deu através de Leis, documentos oficiais do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HC/UFG encontrados no site do HC-UFG/UFG e no site do MEC, Fontes estatísticas como IBGE e Censo, dentre outros. Essa modalidade de pesquisa teve como objetivo resgatar o processo sócio-histórico e correlacioná-lo à realidade apresentada.

A Pesquisa de Campo teve início em Julho de 2017, após a aprovação do projeto de pesquisa nos Comitês de Ética/PUC-Goiás (nº 2.047.607) e do HC-UFG/EBSERH (nº 2.160.593).

Vale ressaltar que o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG), fundado em 23 de fevereiro de 1962, é uma instituição pública federal que realiza atendimento de forma gratuita, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), vinculado à UFG, em 2014 passou a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Promove assistência à saúde do cidadão, servindo de campo moderno e dinâmico para ensino, pesquisa e extensão.

O HC-UFG é um importante ambiente de formação para os estudantes de graduação e de pós-graduação, por meio de estágios e programas de residência médica e multiprofissional.

Em funcionamento desde 2010, a Residência Multiprofissional em Saúde e em Área da Saúde do HC/UFG – de acordo com a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) –, tem por objetivo geral construir competências compartilhadas para o cuidado em saúde, por meio da ação articulada entre diferentes profissões, tendo como eixo orientador os princípios e as diretrizes do SUS, bem como as necessidades locais e regionais (DIAS, 2014).

Vale destacar, que o HC-UFG/EBSERH possui três programas multiprofissionais, a saber: 1) Residência Multiprofissional em Saúde em especialidades clínicas e cirúrgicas, com área de concentração em saúde Materno Infantil; 2) Residência Multiprofissional em Saúde, com áreas de concentração em

Terapia Intensiva e Urgência/Emergência; e, 3) Residência Multiprofissional em Hematologia e Hemoterapia.

A Residência Multiprofissional em Saúde do HC-UFG/EBESERH contava, no momento da pesquisa, com o total de 89 (oitenta e nove) profissionais da saúde residentes, sendo que destes, 38 (trinta e oito) estavam no segundo ano (R2). Para a definição da amostra foram considerados apenas os R2, por terem um tempo maior de vivência no Programa. Destes 38, foram selecionados 16 (dezesesseis), elegendo-se um de cada núcleo profissional (em núcleos com mais de um residente R2 foi realizado sorteio) inseridos em cada área de concentração, quais sejam: Urgência e Emergência – fisioterapeuta, biomédico, enfermeiro, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista; Terapia Intensiva – fonoaudiólogo, psicólogo, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista; Materno Infantil – nutricionista, psicólogo, enfermeiro; Hematologia e Hemoterapia – nutricionista, psicólogo, biomédico, farmacêutico, enfermeiro. Não houve participação de assistente social na amostra definida em razão da desistência dos dois R2 antes da realização da pesquisa em 2017.

As entrevistas foram realizadas individualmente, com agendamento prévio, conforme disponibilidade dos sujeitos da pesquisa, sendo realizada no respectivo espaço do processo de formação, qual seja: HC-UFG/EBESERH.

As entrevistas foram orientadas por meio de um roteiro semiestruturado (APÊNDICE 2), sendo gravadas e posteriormente transcritas. Os dados quantitativos demonstram o perfil dos sujeitos entrevistados, os dados qualitativos sinalizam as categorias teórico-analítico que têm uma relação com o objeto em estudo, quais sejam: Saúde, Interdisciplinaridade, Residência Multiprofissional em Saúde e Relação Teoria/Prática.

O estudo foi estruturado em três capítulos que se complementam e se interconectam, quais sejam:

O capítulo 1 trata da política de saúde no Brasil, apresentando sua trajetória, bem como a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). Alguns marcos importantes constitutivos e constituintes das políticas de saúde no Brasil foram analisados ressaltando-se a conquista de um modelo de saúde denominado SUS. Seus princípios e diretrizes também foram enfocados, bem como as bases que alicerçam a necessidade de uma ação interdisciplinar com vistas à efetivação da qualidade de saúde à população.

A interdisciplinaridade, como categoria central deste estudo, foi analisada no capítulo 2, tendo como base, a concepção dos seus sentidos e significados, mas também problematizando seus dilemas e desafios.

No capítulo 3, houve a contextualização o *locus* da pesquisa – o HC-UFG/EBSERH, partindo-se de uma sucinta contextualização da saúde no município de Goiânia (onde se situa o HC/UFG). Em seguida foram apresentados os dados sistematizados e a análise dos resultados da pesquisa.

As considerações finais, que não são finais para a pesquisa, mas finais para este trabalho, trazem os resultados do esforço da pesquisadora em traçar apontamentos sobre o estudo realizado.

CAPÍTULO 1 – POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: alguns marcos de sua trajetória e efetivação da garantia do Sistema Único de Saúde (SUS)

A área da saúde tem passado historicamente por sucessivos movimentos com alterações em suas políticas, decorrentes das distintas articulações entre a sociedade Civil e o Estado (GONÇALVES, 2006, p.07).

A epígrafe acima denota-se que importantes mudanças ocorridas na sociedade brasileira, a partir da década de 1930, tendo como expressões mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais e outras respostas às reivindicações dos trabalhadores.

Assim como as demais políticas, a saúde também veio sofrendo os rebatimentos desse processo social, econômico, político e cultural que perpassaram a sociedade brasileira.

A fim de demonstrar como ocorreu esse processo nas últimas décadas, este capítulo aborda, inicialmente, alguns marcos importantes que foram constitutivos e constituintes às políticas de saúde no Brasil. Posteriormente, é apresentada a conquista do modelo de saúde denominado Sistema Único de Saúde (SUS), com foco nos seus princípios, diretrizes e os rumos dessa conquista na atual conjuntura, bem como as bases que alicerçam a necessidade da ação interdisciplinar com vistas a efetivação da qualidade de saúde à população.

1.1 Historicidade da saúde na realidade brasileira

No Brasil, a intervenção estatal, como políticas sociais, entre elas a saúde, só ocorreu no Século XX, mais efetivamente na década de 1930. Com destaque para a inserção de um governo provisório que pretendia se manter no poder a partir de políticas de caráter populista¹

Tais características das políticas marcaram a trajetória sócio-histórica brasileira nesse período e que, resguardadas as suas particularidades, foram a

¹ Segundo Couto (2004), as políticas populistas e desenvolvimentistas se caracterizam com formas políticas cuja fonte principal de inspiração é o povo. Entretanto, as particularidades sócio-histórica brasileira demonstram que tais características perfazem interesses da elite dominante na manutenção do *status quo*.

síntese das heranças construídas desde o Brasil colônia (COUTO, 2004). Nesse sentido, a partir de 1920, já despontam alguns indicativos que contribuiram para os direcionamentos da saúde, como política social, na realidade brasileira.

No início da industrialização, os operários não tiveram quaisquer garantias trabalhistas, tais como: férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria, estando à margem da história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas conquistados e trazidos pelos imigrantes. Assim, iniciou-se um processo de mobilização e organização da classe operária no Brasil com o intuito de lutar por seus direitos, que culminaram com duas greves gerais no país, em 1917 e 1919².

É nesse contexto de mobilização e inquietação popular, que no ano de 1923, foi promulgada, pelo Presidente Artur Bernardes, a Lei nº 4.682, de 24 de Janeiro, de autoria do Deputado Eloy Chaves – nome este atribuído à lei.

Esta lei estabeleceu um Sistema de Seguro Social³ a partir da instituição das Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs)⁴. As CAPs atenderam, em um primeiro momento, os trabalhadores ferroviários e, posteriormente, os marítimos e estivadores; depreende-se que as CAPs eram direcionadas segundo a categoria, com prevalência das contribuições bipartite – trabalhador e empregador – sem a participação do Estado.

Já na década de 1930, Getúlio Vargas assumiu o governo brasileiro, em caráter provisório⁵. Uma de suas primeiras medidas foi a criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública (MESP), o que imputava uma simbiótica relação da saúde às relações de trabalho e educação, vindo ao encontro da lógica das políticas sociais implantadas em seu governo.

² Um dos variáveis condicionantes para esse processo foi os imigrantes europeus que vieram ao Brasil trabalhar nas lavouras. Maiores informações sobre esse assunto ver: <http://www.sintet.ufu.br/sindicalismo.htm#HISTORIADOSINDICALISMONOBRASIL>. Acesso em: 25/07/2017.

³ Sistema de Seguro Social consiste num conjunto de políticas sociais cujo fim é amparar e assistir o cidadão e a sua família em situações como a velhice, a doença e o desemprego.

⁴ Segundo Gonçalves (2006), entre as prestações de serviços oferecidas aos segurados da CAPs, constavam, além das de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos.

⁵ Irritados com a hegemonia paulista nas decisões políticas, os mineiros se uniram aos gaúchos e paraibanos e formaram a Aliança Libertadora, para bater de frente com o Governo de Washington Luís, que apoiou o candidato paulista Júlio Prestes para substituí-lo. Para impedir que os paulistas continuassem como mandatários do país, a Aliança Libertadora articulou um golpe que impediu a candidatura de Júlio Prestes, colocando Getúlio Vargas no poder (1930 – 1934 – “Governo Provisório”). Maiores informações ver: <http://www.historiabrasileira.com/brasil-republica/governo-provisorio-de-getulio-vargas/>. Acesso em: 27/08/2017.

Segundo Gonçalves:

Em 1930 o Presidente da República Getúlio Vargas para justificar o sistema de governar, se utilizou das políticas sociais (embora voltadas às relações de trabalho), [...] tornando seu governo populista – e adotando parcialmente este modelo de seguro (GONÇALVES, 2006, p.17).

Sendo assim, uma das medidas adotadas nessa direção foi substituir as CAPs pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs); em que a filiação passava a se dar por categorias profissionais, diferente do modelo das CAPs, organizadas por empresas.

Tais alterações não se configuravam apenas em uma mudança de nomenclatura, a constituição dos IAPs assumiu o caráter nacional, segmentando os trabalhadores por inserção nos diferentes setores de atividade e foram juridicamente concebidos como entidades públicas autárquicas. Estes Institutos se caracterizavam em âmbito nacional, sob a presença direta do Estado em sua administração (COHN, 2001).

No tocante ao seu funcionamento, constataram-se avanços e retrocessos dos IAPs com relação às CAPs, pois os IAPs abarcaram todos os trabalhadores em suas categorias referidas, porém, com características próprias, o que possibilitava diferenças na atenção dos benefícios de uma categoria à outra, sendo possível considerar um avanço na assistência médica para grande parte da população que antes não tinha nenhum tipo de amparo.

A partir de então, a contribuição dos empregadores que era um percentual sobre o faturamento da empresa, passa a ser sobre sua folha de salários, assim, a receita dos institutos torna-se função dos salários (COHN, 2001, p. 18). Vale ressaltar que:

Os institutos, visando dar conta das demandas de seus trabalhadores filiados, conforme seu potencial de recursos criaram benefícios diferenciados de um instituto para outro e bastante diferenciados das caixas, que continuaram a existir, até 1953, para as categorias de menor força organizativa e financeira. Quanto ao processo de gestão, os institutos constituíram-se em espaço privilegiado para a manutenção do controle dos trabalhadores [...] (COUTO, 2004, p.97).

Diante destes apontamentos realizados, nota-se que a assistência à saúde sempre esteve (desde sua configuração em âmbito nacional) atrelada à previdência⁶. Sendo assim,

O que podemos perceber é que toda a preocupação com a saúde do trabalhador tinha como parâmetros a noção de saúde como ausência de doença, sendo que esta preocupação se dava para que os indivíduos não adoecessem e pudessem gerar mais ônus ao Estado e ao empresariado (GONÇALVES, 2006, p.19).

Depreende-se, nesta perspectiva, uma compreensão assistencialista da política de saúde, pautada na relação Capital x Trabalho. Portanto, no período que vai até 1945 com a ditadura Vargas ocorreram pequenas alterações na área da saúde, permanecendo essa lógica assistencialista.

No período de 1946 a 1950 assumiu o general Eurico Gaspar Dutra (presidente eleito), já no primeiro ano de seu mandato foi promulgada a nova Constituição Brasileira de 1946 que mantinha as conquistas sociais e garantia os tradicionais direitos civis e políticos.

O governo Dutra, na lógica de manter a regulamentação e preocupado com as possíveis inquietações populares, estabeleceu como meta, em 1948, o plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), tendo como objetivo a melhoria dos sistemas de saúde, alimentação, transporte e energia – embora não tenha sido colocado totalmente em prática. Para Couto, “[...] esse é o primeiro plano governamental que introduz a perspectiva de atendimento à questão social nas preocupações de governo.” (COUTO, *apud* GONÇALVES, 2006, p.15).

Todavia, as ações de Dutra incomodaram a elite dominante; e diante da correlação de forças estabelecida resultou na vitória, por meio de eleições diretas, de Getúlio Vargas e, portanto, seu retorno ao poder.

Gonçalves (2006) evidencia que:

Em 1953, já no segundo período de Vargas, foi criado o Ministério da Saúde, com pouca verba e um grande descaso das autoridades que restringia a atuação deste órgão. Refletindo na péssima situação de saúde coletiva – a falta de planejamento e as grandes burocracias aliadas à escassez de recursos geraram um grande déficit no Estado e resultaram na incoincidência das ações de saúde (GONÇALVES, 2006, p.20).

⁶ Para mais informações verificar Oliveira e Teixeira (1986).

Vale ressaltar que o programa do segundo período assumido e governado por Vargas, reiterou o nacionalismo e populismo, sustentado novamente por ações que visavam controlar os trabalhadores por meio de políticas trabalhistas.

Nesse sentido, a política de saúde na década de 1950 frente ao modelo desenvolvimentista instaurado –, se aprofundou entre a relação médica curativa e as medidas preventivas de caráter coletivo, constituindo uma dualidade na área da saúde pública, visto que ao Ministério da Saúde ficou responsável pelas ações de cunho “preventivo” (constituído, sobretudo, a partir das campanhas sanitárias); já a assistência médico-assistencial ficava sob responsabilidade dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs).

O que se percebe neste período é que diante do ritmo acelerado da industrialização no período desenvolvimentista, ocorreu acentuado crescimento do sistema previdenciário, desencadeando o aumento do volume de recursos, no aparato institucional, e na clientela a ser atendida. Este aumento foi concomitante à crescente diferenciação de tratamento entre os vários segmentos da população previdenciária. Conforme Gonçalves (2006):

A classe trabalhadora começa a se mobilizar pelas formas não verticalizadas na organização da previdência, reivindicando seus direitos (enquanto maiores financiadores) numa conjuntura de crescimento industrial (com aumento do número de segurados), este período culmina na Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) (GONÇALVES, 2006, p.21).

A Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) propôs a uniformização dos benefícios prestados pelos Institutos (aposentadorias e pensões). Por meio da LOPS, a Previdência foi unificada em termos de benefícios, universalizando todos os trabalhadores urbanos do mercado formal e apontando sua centralidade administrativa.

Segundo Cohn e Elias (2001):

Cristaliza-se, assim, o vínculo fundamental da Previdência Social com o processo de acumulação: a partir dos anos 1960, ela perde gradualmente importância como fonte de recursos para investimentos em setores básicos da economia para servir mais ao controle da capacidade produtiva da força de trabalho empregada, tornando vulto no seu interior a assistência médica, demanda à época não prioritária das classes assalariadas (COHN & ELIAS, 2001, p.21).

Diante dessa perspectiva, a assistência médica previdenciária, até 1964, foi fornecida basicamente pelos serviços próprios dos IAPs; todavia a dualidade apresentada por esse modelo de saúde tornou-se terreno fértil para emergência de um modelo privado de saúde, diante da compra dos serviços médicos aos hospitais privados. Os problemas estruturais foram se adensando ao regime que se instalou no país após 1964, tendo como perfil ações de cunho burocrático e tecnicista⁷.

Nessa lógica, com o golpe militar de 1964, os trabalhadores e demais segmentos da sociedade civil foram excluídos do cenário político oficial e condenados à condição de resistência a força do Estado. Tais medidas visaram romper com qualquer possibilidade de problemas e ameaças de caráter à organização militar, sendo assim o golpe emergiu como estratégia para romper com a política populista.

Diante deste quadro, o regime instituído atuou através da formulação de algumas políticas sociais na busca de uma legitimação do governo perante a população. Entretanto, as políticas se destacaram de forma pontual, fragmentadas e focalistas; constituindo um caráter institucional tecnocrático para responder às demandas sociais e ao capital.

Nesse sentido, é coetâneo deste período: a criação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), o fim da estabilidade no trabalho e a unificação dos IAPs como forma de tornar o sistema mais amplo. Conforme Cohn e Elias (2001) aconteceu em 1966, pelas mãos dos militares, a unificação de IAPs e a consequente criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

As antinomias do processo demonstraram que, se por um lado, a criação do INPS referendou a centralização e controle do Estado, por outro lado, denotou-se o aumento da cobertura previdenciária, atendendo quase a totalidade da população urbana e parte da população rural.

Com isso, destacou-se dentre outros processos, um aumento considerável de gasto para o setor, seja pelo alto investimento na construção de prédios públicos, pelos desvios legalizados para investir na manutenção da ditadura, bem como pelas

⁷ Segundo Habert, “o golpe foi uma reação das classes dominantes ao crescimento dos movimentos sociais, tendo estes um caráter predominantemente nacional – reformista” (HABERT, 1996, p.8, *apud* COUTO, 2004, p.119).

demandas sociais não atendidas que cresceram em ritmo acelerado, manifestando a ineficiência do próprio Estado.

Frente a um contexto de industrialização crescente, e alterações significativas na sociedade, os serviços não contemplavam as necessidades postas pelos trabalhadores na atenção à saúde, o que desencadeou reivindicações por ações que atendessem suas necessidades.

No entanto, o aumento substancial do número de contribuintes e, conseqüentemente, de beneficiários impossibilitou ao sistema médico previdenciário existente atender toda essa população. Diante deste fato, os direcionamentos sinalizados pelo período conduziram o governo militar a alocar os recursos públicos para atender a necessidade de ampliação do sistema, tendo ao final optado por direcioná-los para a iniciativa privada, com o objetivo de cooptar o apoio de setores importantes e influentes dentro da sociedade e da economia.

Este modelo de seguro foi se tornando cada vez mais complexo tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro dentro da estrutura do INPS, decorrendo na criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) no ano de 1978.

Neste novo sistema houve maior cobertura da população⁸ e, conseqüentemente, aumento de gastos. Deve-se considerar que, até então, quem precisasse de assistência médica deveria pagar diretamente por ela, ou ser atendido em instituições filantrópicas, ou ainda estar formalmente inserido no mercado de trabalho.

No tocante às ações de saúde pública direcionadas com prevalência das ações preventivas (vacinação, saneamento, controle de endemias etc.), era de acesso universal, mesmo que funcionasse em paralelo às ações curativas. Como resultado, denota-se que o modelo de atenção à saúde era inadequado às reais necessidades da população como um todo e sem integralidade, devido à nítida separação existente entre a prevenção e a cura, o que configurou este período com a denominação de sanitarismo-campanhista (GONÇALVES, 2006).

Entretanto, nos anos 1970, esse sistema começou a mostrar sinais de esgotamento, desencadeando descontentamento no interior da sociedade, com

⁸ Todos trabalhadores urbanos registrados formalmente pela CLT inseridos no mercado de trabalho e parte dos trabalhadores rurais.

destaque às problemáticas que vinham passando, sobretudo referente à qualidade dos serviços prestados.

Diante desse quadro, movimentos foram se reestruturando em defesa de uma política de saúde mais abrangente e disponível a todos. Um destes, que surgiu a partir de discussões entre os médicos sanitaristas, profissionais da saúde e representantes da sociedade civil, sobre as políticas de saúde e da reestruturação das organizações de trabalhadores da saúde, ficou conhecido como Movimento de Reforma Sanitária; tendo atuação marcante no destino da condução de um sistema de saúde brasileiro (RONCALLI & SOUZA, 1998).

Para melhor entender e analisar a viabilidade do Movimento de Reforma Sanitária, em sua conjuntura, é necessário compreendê-lo como um projeto setorial, articulado a uma estratégia maior, global para a sociedade, que está direcionada à consolidação da etapa democrática do capitalismo brasileiro. Segundo Campos (1997):

Uma das diretrizes desta estratégia é a ampliação dos direitos de cidadania às camadas sociais marginalizadas no processo histórico de acumulação do capital, situação que se agravou enfaticamente com a supressão das liberdades de participação e organização e a limitação dos direitos civis durante os anos de autoritarismo. É dentro desta perspectiva que a "Saúde como um Direito do Cidadão e Dever do Estado" se coloca como idéia social básica do Movimento Sanitário, o qual remonta a meados da década de setenta e que agora se cristaliza em sua forma mais elaborada: A Reforma Sanitária (CAMPOS, 1997, p.34).

É no contexto da década de 1980, que profissionais de saúde e representantes da sociedade civil, se mobilizaram na busca por soluções mais eficazes no enfrentamento das problemáticas incidentes à área da saúde e, portanto, na vida dos indivíduos. Esses fatores culminaram no que Faria e Jatene (2006) relatam:

Conferências, seminários e mobilizações em São Paulo, tratando do agravamento da situação de saúde, precedendo especialmente as 7ª e 8ª Conferências de Saúde, avançaram num sentido da proposta de um Sistema Único de Saúde com a participação popular e controle social (FARIA & JATENE, 1995, p.34, *apud* GONÇALVES, 2006, p.31).

Nota-se, portanto, a abertura das discussões no cenário da Política de Saúde, objetivando apresentar novas formas de ação, com maior ênfase e visibilidade a 7ª e a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

As propostas desse movimento estavam pautadas na melhoria das condições de vida da população. Tinha como principal bandeira a luta pela democracia, pela conquista de direitos, defesa e acesso da população aos serviços públicos de saúde, participação popular por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde.

Destacamos a 7ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1980, tendo como tema os Serviços Básicos de Saúde. O momento da conferência, na realidade, foi pensado como possibilidade de discussão com enfoque na necessidade de montar um sistema de saúde no Brasil e assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito. Segundo Gonçalves:

Mesmo sem participação popular, com um plenário restrito aos técnicos da área da saúde, principalmente aos da saúde pública, a discussão centrada nos programas de extensão de cobertura das ações básicas de saúde permitiu uma ampliação do debate sobre a descentralização, tanto assistencial quanto organizacional, do modelo de atenção à saúde (ANAIS DA 7ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980, *apud* GONÇALVES, 2006, p.33).

As decorrências do processo com a 7ª CNS expressaram na articulação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), objetivando sistematizar políticas de assistência à saúde da população previdenciária, e apresentando algumas estratégias de racionalização dos recursos alocados com a assistência médica (GONÇALVES, 2006).

Uma das estratégias decorrentes da 7ª Conferência foi a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1984, que tiveram propostas de articulação dos recursos federais, estaduais e municipais para a atenção à saúde. Sobre estas ações, Gonçalves evidencia que:

Inicia com estas ações um processo embrionário do SUS no que se refere à universalização (agora o direito à saúde na assistência médica era para toda a população, independente de vínculos previdenciários) priorização dos serviços de atenção primária à saúde, com ênfase à prevenção e descentralização nas decisões administrativas técnicas e políticas (GONÇALVES, 2006, p.33).

No ano de 1986, com o início de abertura democrática e a luta de movimentos sociais, em especial pelo projeto assumido desde o Movimento da Reforma Sanitária, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS).

Sendo assim, a 8ª CNS tornou-se um marco significativo não somente na história da saúde, mas também no contexto brasileiro das políticas sociais. Teve seu início em 17 de março de 1986, na época do governo de José Sarney, o primeiro presidente civil após a ditadura, sendo caracterizada como a primeira conferência a ser aberta à sociedade, bem como tem sua importância pela propagação e promoção do projeto assumido com o Movimento da Reforma Sanitária.

Vale ressaltar, que os diversos atores sociais que estavam presentes na 8ª CNS visavam debater tanto as problemáticas da área da saúde, como questões evidenciadas pelo momento pré-constitucional.

Assim, pela primeira vez na história, uma conferência nacional teve uma ampla participação popular e marcou mudanças da saúde no Brasil. Com seu impulso, surgiu então uma grande mobilização nacional para pressionar a Assembleia Nacional Constituinte a inserir o projeto defendido e aprovado pelos movimentos sociais na Constituição brasileira: “foi reforçada a necessidade de ampliar as propostas das AIS, almejando ações mais eficazes no que se refere à unificação do Sistema Saúde, com forte traços para a universalização e a descentralização político-administrativa” (GONÇALVES, 2006, p.34).

Para que estas ações referentes à unificação do sistema saúde pudessem ser definidas com maior clareza, alcançando os objetivos propostos na Conferência, segundo consta nos Anais, o debate iniciou-se a partir de uma reflexão sobre o conceito de saúde-doença, conforme reitera Gonçalves (2006):

[...] saúde não é simplesmente a ausência de doença, não é simplesmente o fato de que, num determinado instante por qualquer tipo de exame, não seja constatado doença na pessoa. Para a OMS, é mais do que isso: além da simples ausência de doença, saúde deve ser entendida como bem-estar físico mental e social (ANAIS DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 193, *apud* GONÇALVES, 2006, p.34).

Esse processo implicou na necessidade do Estado se comprometer com a política de saúde, não mais de forma autoritária e centralizadora, mais sim de uma forma descentralizada e participativa, com a população assumindo o seu papel na formulação, gestão e avaliação destas políticas sociais.

Diante dessa conjuntura, foi implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), criado em 1987, cujo objetivo era unificar, racionalizar, democratizar e descentralizar os recursos federais, estaduais e municipais.

Esse novo sistema, o SUDS, adveio, portanto, das discussões da 8ª CNS, demarcando as proposições e reivindicações do projeto do Movimento de Reforma Sanitária; contribuindo, assim, significativamente para a elaboração da nova Constituição do Brasil. Sobre o SUDS Mendes (1993) ressalta:

O sistema funcionou como um programa transitório entre as AIS e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). As principais mudanças apresentadas pelo SUDS foram às seguintes: houve uma desconcentração para os Estados, e destes para os Municípios; a restrição dos poderes do INAMPS (instituição sustentadora do modelo médico-assistencial privatista), com a sua retirada gradual da prestação direta dos serviços de saúde; o incremento dos recursos repassados aos Municípios; a diminuição relativa das transferências ao setor privado; priorização dos serviços por Estados pelas entidades filantrópicas e maiores investimentos na alta tecnologia (MENDES, 1993, p.44).

O Estado, sob pressão popular, consolidou e adotou medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento e a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde, o que representou um ganho significativo para a sociedade brasileira.

Cohn (2001, p. 48) assevera que, as experiências das AIS e do SUDS, naquele momento, “se convertem num instrumento político extremamente poderoso”, dado ao enorme volume de recursos financeiros e interesses envolvidos, em especial o setor privado da saúde, sendo que esta permanece sob o “jogo de interesses imediatos e sendo alvo da apropriação privada da coisa pública”. A cada avanço conquistado no campo da saúde é possível observar a rearticulação das classes dominantes para manter o status quo vigente.

Diante de avanços e desafios, o início da implementação das AIS, em 1983, coincidiu com o movimento pelas eleições diretas para presidente. Esse movimento envolveu milhões de trabalhadores brasileiros insatisfeitos com o governo e contou com a adesão da sociedade brasileira, vindo ao encontro do princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado e sob a égide do setor público, com comando único em cada esfera de governo, contemplado, posteriormente, na Constituição Federal Brasileira, promulgada em outubro de 1988 (COHN, 2001).

Pelo exposto neste item, foram abordados alguns marcos sócio-históricos da política de saúde que caminharam do modelo dualista, em sua estreita vinculação com as relações de trabalho, às lutas expressas com o projeto defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária. Tais lutas possibilitaram os contornos no

direcionamento da década de 1980, inicialmente com o SUDS e, posteriormente, com o SUS – que será abordado no item a seguir.

1.2 Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e conquistas advindas com a Constituição Federal de 1988

A Constituição Federal Brasileira promulgada em 1988 foi um marco significativo na história da saúde pública brasileira. A saúde passou a ser legalmente reconhecida como direito de todos e dever de Estado, devendo ser cumprida mediante políticas sociais e econômicas.

A saúde, portanto, passa a ser deferida, constituída e gerenciada a partir de um sistema regulamentado por leis, denominado Sistema Único de Saúde (SUS). Diante disso, optou-se, neste tópico, trazer apontamentos acerca da consolidação do SUS, bem como os princípios e diretrizes que o norteiam.

Vale ressaltar que o SUS foi constituído diante de aspectos políticos, econômicos, culturais e sociais. Cipriano Vasconcelos e Dário Pasche (2006) evidenciam que:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existente nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim (VASCONCELOS & PASCHE, 2006, p.531).

Esses autores demonstram, ainda, que a concepção do SUS baseou-se na formulação de um modelo de saúde voltado às necessidades da população, procurando resgatar o compromisso com Estado de direito, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania (VASCONCELOS & PASCHE, 2006).

Vale ressaltar que a regulamentação do SUS só aconteceu em 1990, através das Leis 8.080 e 8.142. Essas leis possibilitaram emergir, no Brasil, a saúde como um direito garantido pelo Estado, construído e deliberado em conjunto com a

sociedade civil organizada a partir de uma série de ações na perspectiva mais ampliada da compreensão de saúde.

Destarte, o SUS, garantido pela Constituição Federal de 1988 e regulado pelas Leis orgânicas prevê um sistema com princípios que o direcionam e organizam. Esses princípios, são permeados por ideias de implementação e personificam o conceito ampliado da saúde enquanto direito. Sendo assim, são divididos em Princípios Doutrinários e Organizativos⁹: Universalidade, Integralidade, Equidade, Regionalização, Hierarquização, Resolutividade, Descentralização, Participação da Comunidade, Complementaridade do Setor Privado e Intersetorialidade.

Todas essas questões partem do pressuposto que a saúde deve ser contemplada em seus aspectos biopsicossociais com vistas à qualidade de vida.

Logo, é possível afirmar que o Sistema Único de Saúde em suas regulamentações, por meio da Constituição Federal de 1988, trouxeram inovações e avanços à compreensão e interpretação da saúde enquanto um direito social, bem como inova em sua garantia de acesso e organização a partir de princípios e diretrizes que o fundamentam e o garantem ao direito de todos e dever de Estado. No entanto, a estabilidade democrática não poderia ainda ser considerada fora de perigo, os anos seguintes indicaram novos rumos dessa conquista.

No Brasil, após a Nova República, no mandato de José Sarney, reiniciando a democratização do país, em 1989, há a eleição direta do Presidente da República Fernando Collor de Mello, que impulsiona o projeto neoliberal, em detrimento das políticas sociais.

No governo de Collor, após graves evidências de corrupção, confisco das poupanças, etc, atreladas à insatisfação popular, houve uma grande mobilização da Sociedade Civil com o objetivo de afastar o Presidente do poder. Como resultado dessa mobilização efetivou-se seu *impeachment* em 1992. Assumiu, então, o vice Presidente da República Itamar Franco, continuando, em seu governo, as ações clientelistas e assistencialistas (GONÇALVES, 2006).

⁹ Princípios Doutrinários conferem a legitimidade ao SUS a partir das leis que o regulamentam. No tocante aos Princípios Organizativos, tratam, na realidade, de formas de concretizar o SUS em sua materialidade e concreticidade. Ver: (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf). Acesso em: 25/07/17.

Assistiu-se ao redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal havendo a diminuição do espaço público e democrático dos direitos sociais e a ampliação do espaço privado o que confrontou-se diretamente com os princípios da reforma sanitária, que é questionada por esse projeto privatista articulado ao mercado (BRAVO, 2004).

A proposta de privatização não é recente, mas a publicização do projeto neoliberal dá-se em 1995 com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, sob o protagonismo do então ministro Bresser Pereira e construído no primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso, sendo que tinha por pressuposto a ineficiência do Estado, produto de retrocesso burocrático de 1988, advindo do exacerbado gasto público com serviços e pessoal. A justificativa era a necessidade de uma reforma gerencial do Estado que pudesse trazer para o conjunto da sociedade brasileira a perspectiva de um “futuro melhor”, no qual “nem tudo que é público é estatal”, mas tudo pode articular-se com a iniciativa privada (COSTA & LAMARCA, 2013).

Esse contexto contribuiu para o abandono e reforço do sucateamento da rede pública de saúde, bem como a contraposição dos preceitos constitucionais no tocante à seletividade da atenção, favorecendo de forma direta e indireta a instalação e expansão da rede privada no Brasil.

Diante disso, algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde (BRAVO, 1996).

Nesse quadro, dois projetos convivem em tensão: o projeto de reforma sanitária¹⁰, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de

¹⁰ Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde.

1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista¹¹, hegemônico na segunda metade da década de 1990.

Nos anos 2000, concretizou-se a privatização por meio de terceirização e concessão de serviços estatais a empresas lucrativas e não lucrativas. A escolha do Estado pela compra de serviços de saúde contribuiu para a expansão desse mercado. Tal decisão demonstrou o seu interesse em não cumprir com a legislação em vigor e de fortalecer o capital.

Já em 2006, destaca-se o término do 1º mandato do presidente Luiz Inácio “Lula” da Silva. Nesse período deu continuidade e avançou na área econômica do projeto neoliberal, em relação à saúde, havendo uma expectativa que o governo Lula fortalecesse o projeto de reforma sanitária que foi questionado nos anos 1990, havendo, no período, a consolidação do projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista.

Evidencia-se, nesse período, a criação das Fundações Estatais de Direito Privado, que abrangeu todas as políticas que integraram a área social, consideradas atividades não exclusivo de Estado como saúde, educação, cultura, e outras (TEIXEIRA, 2012).

Contraditoriamente, o governo Lula investiu no setor de saúde, e ao mesmo tempo propôs a sua privatização. Nesse sentido, dando continuidade a esse projeto, a lógica neoliberal atingiu os Hospitais Universitários (HUs). O presidente Lula, no último dia do seu segundo mandato (31/12/2010), sancionou a Medida Provisória (MP) nº 520, que autorizou a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), de caráter público de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação (MEC).

A EBSERH foi criada, oficialmente, no governo da presidenta Dilma Rousseff pela Lei 12.550, em 15/12/2011. A justificativa para tal medida é que os HUs possuíam financiamentos inadequados, infraestrutura física precária, tecnologia desatualizada, insuficiência de recursos humanos e dificuldade de gestão. Isso demonstrou que no governo Dilma permaneceu a lógica das políticas e programas focalizados e a parceria com o setor privado.

¹¹ Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.

Observou-se, portanto, que a disputa entre os dois projetos de saúde continuou e se aprofundou nos governos supostamente democráticos. Significa dessa forma, que a sociedade deve estar atenta no sentido de impedir que as conquistas na área da saúde, dentre elas, o acesso universal sejam derrotadas pelo projeto hegemônico.

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil foi responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação.

O que se revelou ao presente é a consolidação do projeto privatista da saúde, faz-se assim, mais do que necessário, reafirmar o projeto de Reforma Sanitária e fortalecer os sujeitos que o reivindicam.

Nesse sentido, a qualificação profissional e a formação de profissionais comprometidos com uma política de saúde pública, universal, estatal, e de qualidade é fundamental, as residências podem ser constituídas como uma estratégia importante.

O próximo item apresentará o contexto histórico do processo de regulamentação das residências e sua relação com o SUS.

1.3 Residência Multiprofissional em Saúde: uma proposta de formação para o Sistema Único de Saúde (SUS)

A Saúde é algo a ser atingida, que vai desde o direito ao trabalho e salário condignos, educação, alimentação, habitação, ao lado de uma política econômica adequada e uma política social prioritária e que, assim entendida, transcenderia a questão de médicos, hospitais e medicamentos (AROUCA, 1986).

A epígrafe acima traduz a perspectiva pelo qual foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como desafio, deslocar a política de saúde do modelo de atenção médico privatista, focado nos especialismos, nas doenças e na prática curativista, para um projeto de Reforma Sanitária capaz de assegurar à população o direito à saúde pública, universal e integral.

Diante disso, esse desafio pressupõe a necessidade da formação voltada para a promoção da saúde, com foco na integralidade e na intersetorialidade, tendo como metodologia de trabalho a interdisciplinaridade. Sodré (2010) explicita que, a especialidade técnica na saúde criou equipes que não interagem, são profissionais

compartimentalizados, como se a vida fosse uma junção de conhecimentos sobre os pedaços do corpo humano.

Essa assertiva evidenciou a construção de uma prática Interdisciplinar, com o potencial de contribuir para a superação de uma visão/ ação compartimentada, fragmentária e individual em saúde. Essa construção pressupõe que cada uma das categorias profissionais ofereça sua contribuição, preservando a integridade de seus métodos e conceitos.

Diante deste cenário apresentado passaram a serem fomentadas iniciativas voltadas para a reorientação de recursos humanos para o SUS. São expressões dessas iniciativas, em 2003, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), e a Lei n. 11.129/2005 que criou a residência em área da saúde.

Embora tenha começado a ser pensada na década de 1970, no contexto da regulamentação das residências médicas, em 2005, com a promulgação da referida lei, que foi criada a Residência em Área Profissional de Saúde e, de acordo com a portaria interministerial MEC/MS n. 45/2007, tendo sido definida como ensino de pós-graduação *lato sensu* destinado às profissões da saúde¹², sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL, 2007). Segundo Mendes:

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) foi pensada como uma importante contribuição [...], ao propiciar a vivência intensiva nos serviços e propor um eixo integrador entre as diferentes áreas profissionais, e potencialmente capaz de articular as diferentes profissões entre si, promover a reflexão sobre o cotidiano de execução da política e contribuir para o estranhamento de relações institucionais verticais, naturalizadas e cristalizadas (MENDES, 2013, p. 184).

Entende-se que a formação dos profissionais de saúde deve ser compreendida no contexto de uma política mais ampla de ensino, considerando-se o processo de mudanças sociais, no qual se situa o conhecimento e a informação. Esta formação articulada ao contexto social não se esgota na graduação, levando-se à necessidade de capacitar os profissionais para investigação e conhecimento da realidade junto ao público demandatário do SUS.

¹² A Resolução do CNS n. 287/1978 estabelece como profissões da saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Conforme evidenciam Silva e Capaz (2013), o Hospital Universitário (HU) é cenário privilegiado para o desenvolvimento dos programas de residência por conjugar os elementos das atividades de ensino e serviço e por ser uma instituição que agrega diferentes saberes.

Ainda em 2005, por meio da portaria interministerial nº 2.118, é instituída parceria entre o Ministério da Educação e Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos para a área da saúde, e por meio da portaria nº 2.117 é instituída no âmbito dos dois ministérios a Residência Multiprofissional em Saúde constituindo, portanto, o marco legislativo dos programas multiprofissionais.¹³

Diante desses dispositivos legais, vários programas surgiram no país, pleiteando financiamento do Ministério da Saúde, o que levou a necessidade do estabelecimento de parâmetros de análise inspirados na Política de Educação Permanente para o SUS, privilegiando a dimensão pedagógica na avaliação dos programas (MENDES, 2013).

Em 12 de novembro de 2009, com a finalidade de uniformizar as Residências Multiprofissionais em Saúde, foi instituída, pela Portaria Interministerial nº 1.077, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), coordenada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, com as seguintes atribuições: avaliar e acreditar os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residências em Área Profissional da Saúde, atendendo às necessidades sócio-epidemiológicas da população brasileira; credenciar os dois programas e as instituições habilitadas a oferecê-los; registrar certificados dos programas em questão, de validade nacional com especificação de categoria e ênfase por programa (BRASIL, 2009).

Destarte, as ações da Residência Multiprofissional em Saúde passaram a ser norteadas para uma formação interdisciplinar, permitindo aos indivíduos interpretar e questionar, e não apenas assimilar e reproduzir conteúdo.

Desse modo, o Programa de Residência sintoniza trabalho e formação, tomando o cotidiano dos serviços em saúde como *lócus* de ensino e aprendizagem.

¹³ Vale destacar que, apesar de 2005 representar um marco legislativo no âmbito das residências, estas já tinham programas desenvolvidos desde a década de 1970 como a Residência do Hospital Murialdo em Porto Alegre (1976) e Hospital Universitário Pedro Ernesto no Rio de Janeiro (1976).

Ademais, rompendo com a lógica da fragmentação e da especialização em áreas, congregando diferentes profissões em busca de uma formação pautada pelo trabalho em equipe multiprofissional (DIAS, 2014).

Vale ressaltar que, embora a proposta das residências como formação de profissionais qualificados para o SUS seja de extrema importância, sua implantação tem enfrentado grandes desafios (serão abordados no capítulo 3) intensificados pelo processo de contrarreforma do Estado que impacta a política de saúde.

Pelo exposto, este capítulo buscou compreender a trajetória da política de saúde na realidade brasileira, em seus marcos fundamentais e principais que partiram de modelos associados à ausência de doença, em sua estrita vinculação às relações de trabalho e culminaram no modelo construído socialmente e garantido em lei reconhecido como SUS – com destaque a seus princípios, diretrizes e os rumos dessa conquista na atual conjuntura.

Explicitou ainda, sobre a Residência Multiprofissional em Saúde como uma proposta do ensino em serviço para qualificação da atuação no SUS, tendo em vista efetivar práticas, que contemplem o conceito ampliado de saúde, integralidade da atenção e a interdisciplinaridade.

Para tanto, as ações não podem ser emitidas isoladamente, mas em seu conjunto frente as diversas áreas de atuação que são constitutivas e constituintes do ser humano no bojo da sociedade em que está inserido, necessitando de ações conjuntas e articuladas para além da sobreposição das áreas disciplinares; tanto da multidisciplinaridade quanto da interdisciplinaridade – que serão abordadas a seguir.

CAPÍTULO 2 – INTERDISCIPLINARIDADE: aspectos teóricos e sócio-históricos

No capítulo anterior foi explicitada a trajetória de saúde na realidade brasileira, enfocando alguns marcos fundamentais que permitiram-nos compreender a política de saúde em seu modelo dualista até a conquistas do SUS. Verificou-se, ainda, que ganhos significativos foram engendrados na perspectiva da garantia dos direitos e os desafios da atualidade requerendo a atuação multiprofissional para a qualidade dos serviços apresentados com vistas à cidadania.

No entanto, a processualidade destes ganhos alcança sua efetividade a partir de uma atuação interdisciplinar, tornando-se imprescindível a compreensão da mesma enquanto referência conceitual.

Desta forma, o presente capítulo centra-se em apresentar uma aproximação teórica a respeito da categoria interdisciplinaridade. Para tanto, optou-se, inicialmente, por contextualizar seu surgimento, trazendo uma caracterização sobre os seus sentidos, significados e desafios.

2.1 Os sentidos da interdisciplinaridade em seus aspectos teóricos e sócio-históricos

A interdisciplinaridade, em si, apresenta diversas abordagens, definições e conceitos, com polêmicas entre seus estudiosos – alterando conforme a perspectiva teórico-metodológica assumida relacionada à visão de mundo. Destaca-se que, tais polêmicas não serão travadas neste estudo por não coadunar com nosso objeto. Contudo, compreende-se a importância da discussão acerca do surgimento e de sua conceituação que serão explicitadas como bases de análise.

A interdisciplinaridade é uma temática presente na história do conhecimento. Por isso, o resgate desse processo sócio-histórico, bem como seus conceitos, para sua melhor compreensão torna-se necessário¹⁴.

¹⁴ Vale destacar, que alguns autores remotam à gênese da Interdisciplinaridade desde a antiguidade, com destaque aos sofistas gregos, diante do processo de articulação para a busca da educação de jovens cidadãos. Ver: (TEIXEIRA & NUNES, 2004). Entretanto, diante do objeto deste trabalho, optamos pelas discussões sobre interdisciplinaridade a partir da década de 1960 discutido por Ivana Fazenda (FAZENDA, 1991-2008).

Embora ainda não se tenha uma teoria única da interdisciplinaridade, é importante explicitar as diferentes relações entre as áreas do saber e as contradições desse movimento.

Destaca-se que o movimento surgiu na Europa, principalmente na França e na Itália, em meados de década de 1960, época em que os movimentos estudantis reivindicavam um novo estatuto de universidade e escola, enquanto tentativa de elucidação e de classificação temática das propostas educacionais que começavam a aparecer na época (FAZENDA, 2008).

Tais reivindicações permeavam a “nova forma”¹⁵ de conceber o ensino e a pesquisa, pois diante do contexto, já não era mais possível aceitar um conhecimento fragmentado e desconectado do cotidiano com organizações curriculares que privilegiavam apenas o conhecimento especializado.

Inicia-se, assim, um debate questionando-se as barreiras existentes entre as disciplinas curriculares, suas limitações, bem como as tradições de subdividir as áreas de conhecimento no currículo. O caminho apontado para superação dessa fragmentação foi a interdisciplinaridade.

Tais direcionamentos advindos da interdisciplinaridade se fazem necessários diante das exigências e pressupostos sinalizados pela mesma, visto que impõe às especialidades que transcendam suas próprias áreas, tomando consciência de seus limites e acolhendo as contribuições das outras disciplinas.

Sendo assim, através das discussões, foram surgindo várias produções literárias em torno da temática, exigindo o redimensionamento das práticas de ensino vigentes até então.

Segundo Fazenda (1994), em termos contextuais¹⁶, podem-se dividir os primeiros estudos das questões da interdisciplinaridade em:

1970 – construção epistemológica da interdisciplinaridade, em busca de uma explicitação filosófica, procurava a definição de interdisciplinaridade.

1980 – explicitação das contradições epistemológicas decorrentes dessa construção, em busca de uma diretriz sociológica, tentar explicitar um método para a interdisciplinaridade.

¹⁵ Maiores informações ver: (FAZENDA, 1994).

¹⁶ É bom evidenciar que essa perspectiva contextual não implica uma compreensão linear da interdisciplinaridade, até porque a compreensão temporal não pode ser algo fechado, pronto e acabado. Neste trabalho, destaca-se essa temporalidade numa perspectiva sócio-histórica com vistas ao processo constituinte e constitutivo de questões mais amplas em que estão inseridas as relações sociais e nelas, a emergência da interdisciplinaridade.

1990 – construir uma nova epistemologia, a própria da interdisciplinaridade, em busca de um projeto antropológico, construção de uma teoria da interdisciplinaridade (FAZENDA, 2008, p.46).

Nessa perspectiva, a interdisciplinaridade perpassou por processos diferenciados, e por assim dizer, complementares que suscitaram novas discussões e reflexões em sua compreensão – processo inacabado e em constante alteração.

Desses aspectos evidenciados, denota-se que a interdisciplinaridade tem dupla origem: interna, cuja característica essencial é o remanejamento geral do sistema das ciências; e externa, cuja característica é a mobilização cada vez mais extensa dos saberes convergentes em vista da ação. A interdisciplinaridade, portanto, busca a superação e a fragmentação entre os conteúdos, para suprir a necessidade da articulação entre teoria e prática, bem como, a distância entre os conhecimentos na realidade.

Na realidade brasileira, a interdisciplinaridade tem seu marco de surgimento no final dos anos 1960. Na visão de Fazenda (2008), as discussões iniciais se apresentavam com sérias distorções, como um modismo, uma palavra de ordem a ser explorada, usada e consumida por aqueles que se lançavam ao novo sem avaliar a aventura.

A discussão a respeito de interdisciplinaridade foi assumida, a princípio, pela área da educação, não como uma nova proposta pedagógica, mas como uma “aspiração” emergente entre os próprios professores em suas relações cotidianas com o processo formativo. Diante disso, a interdisciplinaridade já anunciava a necessidade de construção de um novo paradigma de ciência e suas relações entre as áreas do conhecimento.

A construção epistemológica da interdisciplinaridade remonta à década de 1970 e se caracteriza pela busca de uma explicitação filosófica do termo. Fazenda (2008) evidencia que:

Os pesquisadores procuravam uma definição de interdisciplinaridade e esta década pode ser indicada como a década da estruturação conceitual, cuja preocupação fundamental era a explicitação terminológica que implicava em compreender a palavra "interdisciplinaridade" nos seus aspectos semânticos e ortográficos, a necessidade de conceituar, de explicitar, fazia-se presente por vários motivos: interdisciplinaridade era uma palavra difícil de ser pronunciada e ainda mais de ser decifrada. O destino das ciências multipartida seria a falência do conhecimento, pois na medida em que nós distanciássemos de um conhecimento em totalidade, estaríamos decretando falência do humano (FAZENDA, 2008, p.64).

Em meados da década de 1970, um dos primeiros autores a refletir sobre o termo interdisciplinaridade foi Hilton Japiassú, em seu livro 'Interdisciplinaridade e Patologia do Saber'. Japiassú (1976) acentuou que a interdisciplinaridade, ou o espaço interdisciplinar, deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares.

Diante disso, o autor já apresentava os principais questionamentos a respeito da temática e seus conceitos, fazendo uma reflexão sobre as estratégias interdisciplinares, baseada em experiências realizadas naquele período.

Já na década de 1980, avanços importantes se fizeram presentes diante de um processo singular de estudos e discussões, a partir da explicitação das contradições epistemológicas decorrentes da construção do período anterior, caracterizado pela busca de uma matriz sociológica. Dessa forma, o movimento da história da ciência na década de 1980 foi um movimento que caminhou na busca de uma epistemologia que explicasse o conteúdo teórico adensado; o abstrato, a partir do prático e do real (FAZENDA, 1991).

Várias contribuições surgiram na época, com destaque para um importante documento, elaborado no ano de 1983, intitulado: "Interdisciplinaridade e ciências humanas", por Gusdorf, Apostel, Bottomore, Dufrenne, Mommsen, Morin, Palmarini, Smirnov e Ui. As pesquisas nele representadas tratavam dos pontos de encontro e cooperação das disciplinas que formam as ciências humanas e a influência que exerciam uma sobre as outras, acrescentando conclusões importantes sobre a interdisciplinaridade (FAZENDA, 1991).

As decorrências deste processo se viram presentes na década de 1990, a partir da construção de uma nova epistemologia, possibilitando a ampliação da própria compreensão sobre a interdisciplinaridade em busca de um projeto antropológico. Esta fase se caracteriza por um processo de revisão atual do conceito de ciência, em que há exigência de uma nova consciência, não apoiada apenas na objetividade, mas que assume a subjetividade (FAZENDA, 1991). Dá-se a constatação de que a condição da ciência não está no acerto, mas no processo contínuo e dialético do erro; passou-se a exercer e a viver a interdisciplinaridade das mais inusitadas formas, as quais serão explicitadas no próximo item.

2.2 Significados, dilemas e desafios da interdisciplinaridade

O processo interdisciplinar será aqui discutido a partir dos significados e sentidos necessários ao entendimento da forma como os residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HC-UFG /EBSERH se apropriam e vivenciam esse processo.

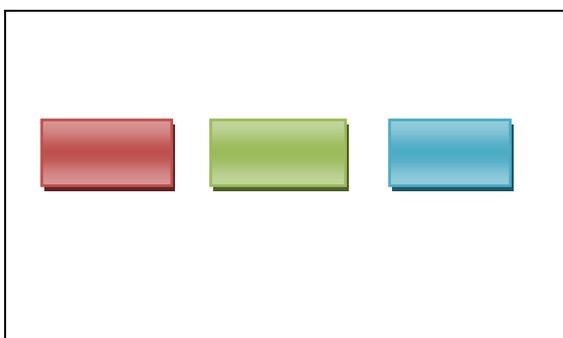
Quando se fala em interdisciplinaridade, refere-se a uma espécie de interação entre as disciplinas ou áreas do saber. Todavia, essa interação pode acontecer em níveis de complexidade diferentes, bem como apresentar-se com flexibilidades diferentes diante da perspectiva teórico-metodológica assumida. É justamente para distinguir tais níveis que emergiram os termos diferentes diante das flexibilizações e interações ocorridas entre as áreas do saber, quais sejam: **multidisciplinaridade**, **pluridisciplinaridade**, **interdisciplinaridade** e **transdisciplinaridade** (JAPIASSÚ, 1976).

Sendo assim, será discorrido sucintamente, sobre cada um dos termos, buscando esclarecer as distinções entre tais terminologias.

No que se refere à **multidisciplinaridade**, ela representa o primeiro nível de aglutinação entre os conhecimentos disciplinares, e se caracteriza por uma ação simultânea entre uma gama de disciplinas em torno de uma temática comum. Essa atuação, no entanto, ainda é muito fragmentada, na medida em que não se explora a relação entre os conhecimentos disciplinares, bem como não apresenta nenhuma forma de cooperação entre as disciplinas (JAPIASSÚ, 1976).

Seguindo esses direcionamentos, optou-se por elaborar uma representação desta forma de integração/interação para melhor visualização (Figura 1).

Figura 1 – Multidisciplinaridade



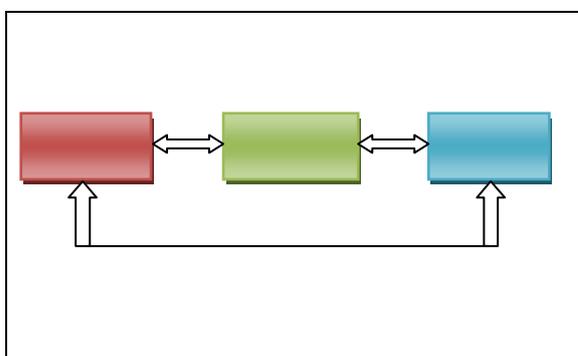
(Fonte: NUNES, 2013).

Na figura apresentada, cada retângulo se apresenta individualmente sem uma conexão entre si, de forma isolada. Nesse sentido, sua representação esquemática expressa uma relação disciplinar, em que cada retângulo representa o domínio¹⁷ teórico-metodológico de uma determinada disciplina. Nesse sentido, pode-se observar que os conhecimentos são estanques e estão todos em um mesmo nível hierárquico e, além disso, não há nenhuma “ponte” entre tais domínios disciplinares, o que sugere a inexistência de alguma organização ou coordenação entre tais conhecimentos.

O segundo nível é a **pluridisciplinaridade**, possibilitando uma aglutinação ou uma pequena identificação de interação entre as disciplinas. Diferentemente do nível anterior, observa-se a presença de alguma forma de interação entre os conhecimentos disciplinares, embora com características ainda incipientes, posto que eles se situam num mesmo nível hierárquico, não havendo ainda nenhum tipo de coordenação ou interação proveniente de um nível hierarquicamente superior (JAPIASSÚ, 1976).

Nessa forma de integração/interação, também foi optado por expressar sua representação, pela Figura 2.

Figura 2 – Pluridisciplinaridade



(Fonte: NUNES, 2013).

A figura 2 ilustra a justaposição entre os retângulos, cada um representando em si mesmo e com uma pequena interação entre si. A figura apresentada sugere

¹⁷ Vale ressaltar que neste trabalho optamos por expressar esta palavra “domínio” diante da integração/interação entre as relações disciplinares, por compreendermos que é o termo que melhor representa essa forma de aglutinação disciplinar; em que as áreas de conhecimento se apropriam de seus saberes e a utilizam como uma forma de domínio entre e/ou sobre as outras – não permitindo nenhuma inserção disciplinar de outra área de conhecimento que não seja a própria.

uma ligação entre os domínios disciplinares, indicando a existência de alguma cooperação e ênfase na relação entre tais conhecimentos.

Alguns estudiosos não chegam a estabelecer nenhuma diferença entre a multidisciplinaridade e a pluridisciplinaridade, todavia, preferimos considerá-la, pois a existência ou não de cooperação e diálogo entre as disciplinas é determinante para diferenciar esses níveis de interação entre elas – o que passa a diferenciá-las.

No que se refere a **interdisciplinaridade**, esta representa o terceiro nível de interação entre as disciplinas. Nesse sentido, a interdisciplinaridade é o movimento que privilegia o diálogo e a integração entre os diferentes campos do conhecimento, tendo em vista superar a tendência da hiperespecialização e a consequente fragmentação (THIESEN, 2008).

Fazenda (2008) estabelece que interdisciplinaridade também é uma questão de atitude. É uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante da busca pelo conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária para a concepção unitária do ser humano. Está associada, ainda, ao desenvolvimento de certos traços da personalidade, tais como: flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprender a agir na diversidade, aceitar novos papéis.

A autora complementa argumentando que “a interdisciplinaridade nomeia um encontro que pode ocorrer entre seres – **inter** – num certo fazer – **dade** – a partir da direcionalidade da consciência, pretendendo compreender o objeto, com ele relacionar-se, comunicar-se” (FAZENDA, 1999, p.89)¹⁸ (Grifos nossos).

Depreende-se que a interdisciplinaridade caracteriza-se pela ausência de um significado único, possuindo diferentes interpretações, entretanto esta polissemia possibilita sua presentificação do termo nas novas atitudes em busca da unidade do pensamento. Tal atitude baseia-se no reconhecimento da provisoriedade do conhecimento, no ato de se questionar constantemente sobre as próprias posições assumidas e dos procedimentos adotados, com respeito à individualidade e com abertura à investigação em busca da totalidade do conhecimento.

¹⁸ Os grifos desta citação direta são nosso, devido a importância desta relação assinalada.

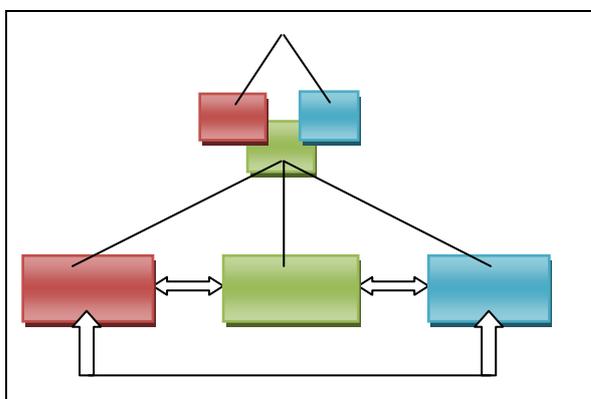
Portanto, interdisciplinaridade é e pressupõe uma atitude, isto é, uma externalização da visão individual de mundo. Sobre essas considerações reafirma Fazenda (1994):

Entendemos por atitude interdisciplinar, uma atitude diante de alternativas para conhecer mais e melhor; atitude de espera ante os atos consumados, atitude de reciprocidade que impele à troca, que impele ao diálogo – ao diálogo com pares idênticos, com pares anônimos ou consigo mesmo – atitude de humildade diante da limitação do próprio saber, atitude de perplexidade ante a possibilidade de desvendar novos saberes, atitude fio – desafio perante o novo, desafio em redimensionar o velho – atitude de envolvimento e comprometimento com os projetos e com as pessoas neles envolvidas, atitude, pois, de compromisso em construir sempre da melhor forma possível, atitude de responsabilidade, mas, sobretudo, de alegria, de revelação, de encontro, enfim, de vida (FAZENDA, 1994, p. 82).

Segundo Japiassú (1979), interdisciplinaridade é caracterizada pela presença de uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas e consequentes relações entre elas, definidas a partir de um nível hierárquico ocupado por uma delas, que atua como integradora e mediadora dos discursos e, por decorrência, como coordenadora do campo disciplinar. Ainda que o ideal preconizado seja uma inscrição horizontal nas relações de poder, em que prevaleça inclusive uma dada reciprocidade entre os campos implicados e cujo objetivo é uma fecunda aprendizagem mútua por recombinação, ou melhor, por uma decodificação de princípios e conceitos em relação a determinada problemática.

Assim como nos anteriores, foi elaborada uma representação deste nível de integração (Figura 3).

Figura 3 – Interdisciplinaridade



(Fonte: NUNES, 2013).

A Figura 3 ilustra as cores se relacionando de forma orgânica e dinâmica que possibilita a reconstrução contínua, dialética e ascendente estabelecidas entre as áreas disciplinares; estabelecendo novas relações e interações.

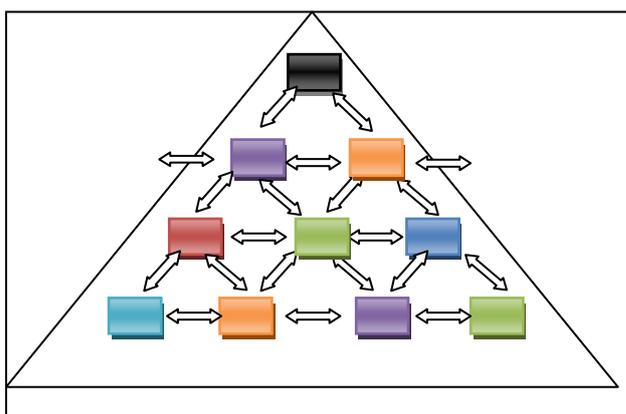
Denota-se, com clareza, a existência de um nível hierárquico superior (mas não autoritário e hegemônico) procedente da coordenação entre as relações disciplinares. Na interdisciplinaridade há cooperação e diálogo entre as disciplinas do conhecimento, mas, nesse caso, trata-se de uma ação coordenada. Nesse sentido, essa axiomática comum, mencionada por Japiassú (1976), pode assumir as mais variadas formas. Na verdade, ela se refere ao elemento (ou eixo) de integração das disciplinas, que norteia e orienta as ações interdisciplinares.

O quarto e último nível de inter-relação entre as áreas do conhecimento disciplinares é a **transdisciplinaridade**, representando um nível de integração disciplinar que excede e extrapola as relações estabelecidas com a interdisciplinaridade – trata-se de uma proposta relativamente recente no campo epistemológico.

Segundo Japiassú (1976, p. 49) ela se “define como uma espécie de coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas do sistema de ensino inovado, sobre a base de uma axiomática geral”.

Diante a compreensão da pesquisadora, foi elaborada uma representação desta forma de inter-relação entre as disciplinas, assim expresso na figura a seguir:

Figura 4 – Transdisciplinaridade



(Fonte: NUNES, 2013).

A figura 4 apresentada, trata-se do efeito de uma integração das disciplinas de um campo particular sobre a base de uma axiomática geral compartilhada. Baseada em um sistema de vários níveis e com objetivos diversificados, sua coordenação é

assegurada por referência a uma finalidade comum, com tendência à horizontalização das relações de poder (VASCONCELOS,1997).

Embora tenha sido enfatizado até aqui as variedades dos níveis de interação entre as disciplinas, dentre os quais se destaca a interdisciplinaridade; vale a pena destacar que, internamente, o próprio conceito de interdisciplinaridade apresenta suas variações, ou seja, é um conceito de caráter polissêmico que em seu interior possui flexibilidades.

Japiassú (1976) ressalta tais flexibilidades diante do conceito interdisciplinaridade, bem como na forma interdisciplinar de relacionar as disciplinas em suas áreas de conhecimento. Para o autor, a interdisciplinaridade pode ser compreendida a partir de diferentes formas a saber:

- **Interdisciplinaridade heterogênea:** caracteriza-se por uma espécie de enciclopedismo, baseada na “soma” de informações procedentes de diversas disciplinas. Pertencem a esse tipo os enfoques de caráter enciclopédico, combinando programas diferentemente dosados. Tais programas objetivavam garantir uma formação ampla e geral. Entretanto, Japiassú (1976) faz uma ressalva que tais ideias gerais são geradoras de imobilismo.
- **Pseudo-interdisciplinaridade:** o nexos de união é estabelecido em torno de uma espécie de “metadisciplina”. Neste caso, existe uma estrutura de união, normalmente um modelo teórico ou um marco conceitual, aplicado para trabalhar em disciplinas muito diferentes entre si. Dessa maneira, pertencem diversas tentativas de utilização de certos instrumentos conceituais e de análise, considerados epistemologicamente “neutros”, para fins de associação das disciplinas, todas devem recorrer aos mesmos instrumentos de análise que seriam o denominador comum das pesquisas. O emprego desses instrumentos comuns não são suficientes para conduzir um empreendimento interdisciplinar, motivo pelo qual esta forma de relação disciplinar tem sido denominada de falso interdisciplinar.
- **Interdisciplinaridade auxiliar:** esta forma de associação disciplinar consiste, essencialmente, no fato de uma disciplina “tomar de empréstimo” uma de outro método e/ou seus procedimentos. Decorrendo em duas situações, a saber: em alguns casos, este tipo de interdisciplinaridade não ultrapassa o

domínio da ocasionalidade e das situações provisórias; e no segundo, mais durável, na medida em que uma disciplina se vê constantemente forçada a empregar os métodos de outra, é o caso, por exemplo, da pedagogia que constantemente precisa recorrer à psicologia.

- **Interdisciplinaridade compósita:** é levada a efeito quando se trata de resolver os grandes e complexos problemas colocados pela sociedade atual: guerra, fome, delinquência, poluição dentre outros. Trata-se de reunir várias especialidades para encontrar soluções técnicas, tendo em vista resolver determinados problemas, apesar das contingências históricas em constante mutação. Todavia, nem os domínios materiais nem tampouco os domínios de estudo dessas disciplinas, com seus níveis de integração teórica, entram numa real interação. O que se verifica é apenas uma conjugação de disciplinas por aglomeração, cada uma dando sua contribuição, mas guardando a autonomia e a integridade de seus métodos, de seus conceitos-chaves e de suas epistemologias.
- **Interdisciplinaridade unificadora:** procede de uma coerência bastante estreita dos domínios de estudo das disciplinas, havendo certa junção de seus níveis de integração teórica e dos métodos correspondentes. Por exemplo, certos elementos e certas perspectivas da Biologia ganharam o domínio da Física para formar a Biofísica. Para Japiassú (1976), essa é a forma legítima de interdisciplinaridade. No entanto, como ele mesmo afirma esse nível de integração só é atingível através da pesquisa científica.

Diante do exposto, estas possibilidades apresentadas ilustram de certa forma, a complexidade e a riqueza conceitual que cercam a interdisciplinaridade.

Nesse sentido, em se tratando dos dilemas da prática interdisciplinar, encontra-se a questão da recenticidade teórica da interdisciplinaridade, que se configura como problema e impede o alcance de uma teoria estruturalmente madura – ao menos que seja trilhado neste momento. Deve-se evidenciar que isso ocorre pela dificuldade na explicitação e, conseqüente, incompreensão do significado antropológico e histórico da interdisciplinaridade.

Outro fator que pode ser evidenciado, é que ainda pretende-se estabelecer relações entre as disciplinas. Esta dificuldade é fruto do próprio processo de

construção de cada uma das disciplinas que se constituiu numa mudança sistemática de diferenciação dos pontos de vista sobre o objeto de estudo.

A partir dos dilemas apresentados, despontam alguns desafios, entre eles destaca-se que o conhecimento interdisciplinar deve ser uma lógica de descoberta, uma abertura recíproca, uma comunicação entre os domínios do saber; deveria, ainda, ser uma atitude, que levaria o perito a reconhecer os limites de seu saber para receber contribuições de outras disciplinas.

Desta forma, toda Ciência seria complementada por outra, em que a separação seria substituída por objetivos mútuos, cada disciplina propiciando sua contribuição, preservando a integridade de seus métodos e seus conceitos, desencadeando novas construções e novos processos na busca do conhecimento.

Segundo Fazenda (1991, p. 78) “a superação das barreiras consegue-se no momento em que instituições abandonem seus hábitos cristalizados e partam em busca de novos objetivos, e no momento em que as Ciências compreendam a limitação de seus aportes”.

Essas barreiras entre as pessoas tornam-se mais difíceis de serem eliminadas, visto que são produtos de preconceitos, de falta de formação adequada e de comodismo, bem como a ausência de compreensão da interdisciplinaridade – tornando-se outro desafio. Para a eliminação das barreiras serão necessárias a superação de obstáculos psicossociológicos, culturais, materiais entre outros.

Diante destes desafios sinalizados por Fazenda (1991), depreendem-se outros que se adensam a estes, a saber: assumir um paradigma teórico-metodológico que admita contradições, ambiguidades, conviver com incertezas; construir uma perspectiva crítica, reflexiva; construir uma visão de realidade que transcenda os limites disciplinares sem perder a especificidade; e conceber o conhecimento científico enquanto representação do real; estabelecer relação entre conteúdo do ensino e realidade social.

Executar uma prática interdisciplinar requer mudanças de posturas diante de novas possibilidades, requer superar visões fragmentadas do conhecimento muito mais radicais do que a das fronteiras entre disciplinas, requer, ainda, disposição de, além de ensinar e aprender um conhecimento, produzir conhecimento em um movimento dialético entre sujeito e objeto.

Pelo exposto, este capítulo apresentou uma aproximação teórica a respeito do termo Interdisciplinaridade, explicitando seus sentidos, significados, dilemas e desafios. Tais questões nos permitiram compreender que a interdisciplinaridade é um termo em constante construção e que se apresenta no movimento com a realidade em que está inserida, bem como diante da apreensão estabelecida entre os sujeitos envolvidos.

Portanto, faz-se necessário (re)conhecer a realidade apresentada na Residência Multiprofissional em Saúde do HC-UFG/EBSERH, na perspectiva da interdisciplinaridade, a partir dos relatos dos residentes do segundo ano.

CAPÍTULO 3 – RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINARIDADE NA PERSPECTIVA DOS RESIDENTES DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS UFG / EBSEERH

3.1 Contextualização da saúde no município de Goiânia

Este item apresenta de forma sucinta, a caracterização da cidade de Goiânia (sócio-histórica e Geográfica). Tais considerações tornam-se pertinentes para este trabalho, devido à importância de contextualizar o *lôcus* da pesquisa, diante do objeto sinalizado “A Apropriação dos Residentes sobre a Interdisciplinaridade no Processo de Formação Teórico-prática da Residência Multiprofissional em saúde do Hospital das Clínicas – HC/UFG/EBESERH”.

Figura 05: Localização Geográfica de Goiânia e Região Metropolitana



(Fonte: IBGE, 2010)

O mapa expresso na figura 5 faz um recorte da região em que Goiânia está situada, e seus limites geográficos, bem como apresenta os municípios que fazem parte da Região Metropolitana.

A área da unidade territorial de Goiânia é 732.802km². Seus limites geográficos são: ao norte, o município de Nerópolis e Goianópolis; ao sul, Aparecida de Goiânia; a leste, Bela Vista; e, a oeste Goianira e Trindade.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) constam que, a população atual perfaz o quantitativo de 1.302.001 habitantes;

distribuídos em 422.921 domicílios. Destes, segundo o Censo de 2010, 421.415 domicílios encontram-se localizado na área urbana e 1.506 domicílios localizados na área rural; depreendendo que a população na cidade de Goiânia eminentemente é urbana – características de grandes centros, sobretudo por ser a capital do Estado de Goiás.

No que refere ao gênero, as pesquisas censitárias realizadas pelo (IBGE, 2010) demonstram que 620.857 pessoas são sexo masculino e 681.144 pessoas são do feminino

Goiânia, capital do estado de Goiás, foi fundada em 24 de outubro de 1933 para substituir a antiga capital Vila Boa de Goyaz. A queda da mineração no Estado refletiu na cidade de Goiás, sobretudo pela dificuldade de transporte e acesso, decorrendo na economia baseada na criação do gado que se autotransportava. Contudo, a economia permanecia, em seu conjunto, pela subsistência, ao mesmo tempo em que se concentrava nas mãos de poucas famílias, aumentando o controle e as relações de poder e prestígio. Tais direcionamentos acentuam, ainda, o processo de ruralização – que desencadeou no empobrecimento do Estado e, por conseguinte, da capital Goiás.

É com essas características que o município de Goiás atravessou a primeira República, e chegou à década de 1930 com alterações profundas, sobretudo, pelas disputas políticas entre as oligarquias, o empobrecimento da população, a correlação de forças e pressões diante de um contexto brasileiro de mudanças, ebulições, entre outras; condicionantes estes que repercutiram na transferência da capital para a região do município de Campinas/GO; fundando, então, a cidade de Goiânia no ano de 1933 – planejada e construída com essa finalidade (GONÇALVES, 2013).

Dessa forma, em 23 de março de 1937 foi assinado o decreto nº1816 transferindo definitivamente a capital do estado de Goiás, mas o batismo cultural só aconteceu em 5 de julho de 1942 com a presença do presidente da república, governadores, ministros, e outras autoridades (CAMPOS, 1983).

Portanto, a ideia da mudança da Capital do Estado surgiu diante de alguns fatores, entre eles: a necessidade de localizá-la, de acordo com os interesses econômicos e sociais próximos aos municípios goianos que se destacavam na economia; atender aos interesses de uma elite dominante de minimizar o poder das

oligarquias da cidade de Goiás; e, sobretudo com vistas a fortalecer o poder centralizador de Vargas.

Atualmente, a cidade localizada do ponto de vista geográfico, na posição central do estado, é um importante polo econômico da região, sendo considerado um centro estratégico para áreas como indústria, medicina, moda e agricultura, bem como referências à saúde – que será destacado a seguir.

A saúde em Goiânia está organizada em baixa, média e alta complexidade, seguindo os direcionamentos preconizados pelo SUS. Segundo dados da Secretária Municipal de Saúde de Goiânia, em 2017, no que se refere à baixa complexidade, a área da saúde está dividida por Unidades Básicas de Saúde, dentro dos Distritos, quais sejam: Centro de Atendimento Integral à Saúde (CAIS), Unidade Básica de Saúde (UBS), CAIS-UBSF¹⁹, CS (Centro de Saúde), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro Integrado de Assistência Médico Sanitária (CIAMS) entre outros.

Esta divisão está expressa por região denominada Distritos Sanitários, quais sejam: Distrito Sanitário da Região Norte; Distrito Sanitário da Região Noroeste; Distrito Sanitário da Região Sul; Distrito Sanitário da Região Sudoeste; Distrito Sanitário da Região Leste; Distrito Sanitário da Região Oeste; Distrito Sanitário da Região Campinas/Centro.

Em sua especificidade os sete distritos estão assim distribuídos²⁰:

1. Distrito Sanitário da Região Norte: 1 CAIS; 1 CIAMS; 4 Centro de Saúde, 7 CSF (Anexo I).
2. Distrito Sanitário da Região Noroeste: 3 CAIS; 19 CSF; 1 Maternidade (Anexo II).
3. Distrito Sanitário da Região Sul: 2 CIAMS; 2 Centro de Saúde; 4 CAPS; 1 Pronto Socorro Wassily Chuc, 1 Ambulatório de Queimaduras, 1 Centro de Convivência; 1 Ambulatório Municipal de Psiquiatria; 1 Maternidade Dona Iris (Anexo III).
4. Distrito Sanitário da Região Sudoeste: 1 CAIS; 4 Centro de Saúde; 1 Centro de Atenção Psicossocial; 11 CSF (Anexo IV).

¹⁹ Vale ressaltar que algumas unidades Básicas de Saúde prestam atendimento junto ao CAIS, motivo este da denominação CAIS – UBSF ou CAIS/UBS.

²⁰ Dados encontrados na página da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Maiores informações ver: <http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/servicos/unidades/unidadesSaude.shtml>. Acesso em: 25/07/2017.

5. Distrito Sanitário da Região Leste: 3 CAIS; 2 Centro de Saúde; 1 CAPS; 9 CSF e 1 Residência Terapêutica (Anexo V).
6. Distrito Sanitário da Região Oeste: 1CAIS; 1 Centro de Saúde; 1 CAPS; 15 CSF; 2 Residência Terapêutica (Anexo VI).
7. Distrito Sanitário da Região Campinas/ Centro: 2 CAIS; 9 Centros de Saúde; 2 CFS; 1 Unidade de Trabalho e Produção Solidária da Saúde Mental (Gerarte II); 1 Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica; 1 Laboratório de Citologia; 1 Centro de Referência de Ortopedia e Fisioterapia (CROF); 1 Centro de Referência em Atenção a Saúde da Pessoa Idosa (CRASPI); 1 Centro de Referência a Saúde do trabalhador.

Os Distritos de Saúde em Goiânia congregam baixa e média complexidade, alguns serviços de média complexidade encontram-se agregados aos hospitais que são considerados pelo SUS, como alta complexidade.

Nesse sentido, a alta complexidade é composta pelos seguintes hospitais: Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO); Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL); Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi (HGG); Hospital Estadual Materno Infantil Dr. Jurandir do Nascimento (HMI); Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT); Centro de Reabilitação Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER) e também pelo Hospital das Clínicas (HC).

Na particularidade desse estudo, diante do objeto sinalizado, optou-se por adentrar mais especificamente na descrição do HC-UFG/ EBSEERH – lócus da pesquisa.

3.2 HC-UFG/EBESERH: primeiras aproximações ao *lócus* da pesquisa

A história do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG) está vinculada à história da Faculdade de Medicina de Goiás. Embora tenha sido inaugurado em 1962, a construção do edifício teve início ainda no ano de 1941, pelo Governo do Estado, diante da necessidade de criar um Hospital Geral para oferecer atendimento médico à população não previdenciária, enquanto características de saúde pautadas no atendimento dualista e vinculadas ao

atendimento diante das necessidades emergenciais apresentadas à população (HC/UFG,2013).

A obra não chegou a ser concluída por falta de recursos e o prédio passou, então a ser ocupado pela Escola de Engenharia. Francisco Ludovico, que idealizara a criação de uma Faculdade de Medicina em Goiás para formar profissionais médicos que pudessem atender às populações rurais dos municípios do interior, lutou pela desocupação da área por parte da Escola de Engenharia e sua desapropriação pelo Governo do Estado.

Em 24 de abril de 1960 foi inaugurada a Faculdade de Medicina de Goiás. Dois anos depois, ocorre a inauguração do HC/UFG, mantido pelo Estado e ministério da Educação. E, no ano de 1961, ocorre a transferência patrimonial da Faculdade de Medicina para a Universidade Federal de Goiás e, unido a ela o Hospital das Clínicas. O Ministério da Educação (MEC) passou, então, a ser o principal mantenedor – diante do processo de federalização das universidades.

Durante o Regime Militar, algumas alterações ocorreram no HC/UFG para manutenção do *Status quo*. Se por um lado desencadeou um controle governamental tanto em questões de saúde quanto na área da educação (rebatendo diretamente no HC/UFG); por outro lado, trouxe a ampliação nas instalações do serviço de emergência no HC, fato que leva à construção do pavilhão destinado à instalação do Pronto Socorro.

No ano de 1971, o HC/ UFG aumenta sua demanda de atendimento diante da ampliação decorrente da instalação de serviços de mais alas, com a Maternidade, Pediatria e Medicina Tropicais, antes instaladas na Santa Casa de Misericórdia.

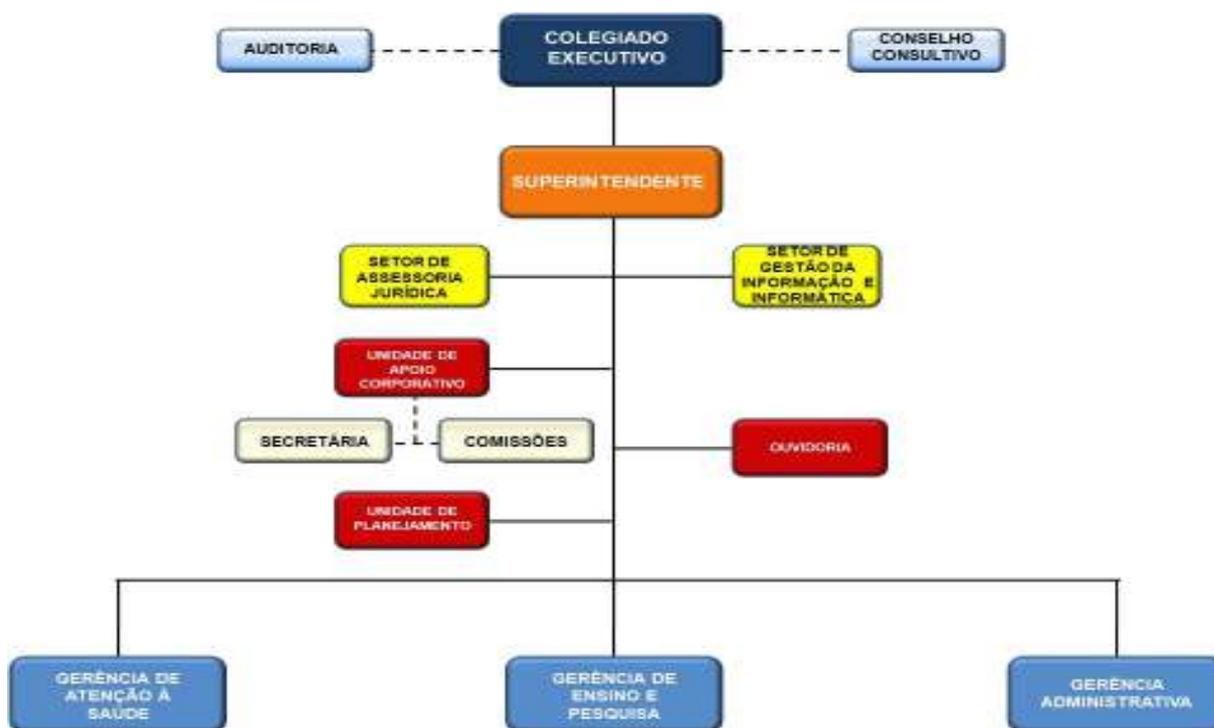
Já em 23 de março de 1984, desvinculou-se da Faculdade de Medicina e passou a ser vinculado hierarquicamente à Reitoria como órgão suplementar da UFG, composto por uma Diretoria e um Conselho Diretor próprio e com poder consultivo e deliberativo.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que assegura a saúde como direito de todos e dever de Estado, o HC manteve seu caráter público e tem contribuído ativamente na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, tem como objetivo promover assistência humanizada e de excelência à saúde do cidadão, integrando-se às políticas públicas de saúde, servindo de campo moderno e dinâmico para ensino, pesquisa e extensão (HC/UFG, 2013).

Outros rebatimentos ocorreram no HC/UFG, na década de 1980, entre eles a revisão do seu estatuto, com vistas à maior possibilidade de atuação desse hospital a partir da vinculação direta configurando como órgão diretamente vinculado à Pró-Reitoria de Graduação (PROGRAD).

Desde janeiro de 2015, o HC-UFG / EBSEH passou a ser gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares²¹ (EBSEH) e adotou uma nova estrutura organizacional, assim expresso no organograma a seguir:

Figura 06 – Estrutura Organizacional HC-UFG/EBSEH



O HC-UFG/EBSEH é um dos hospitais públicos do Estado de Goiás, e atende usuários de diversas regiões brasileiras, em especial a do Centro-Oeste, Norte e Nordeste. A prestação de serviços de saúde à população é realizada, principalmente, por meio de consultas ambulatoriais e realização de cirurgias de média e alta complexidade.

²¹ Empresa Estatal, criada em dezembro de 2011, vinculada ao Ministério da Educação, a Ebserh administra atualmente 39 hospitais universitários federais. Também é responsável pela gestão do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), que contempla ações nas 50 unidades existentes no país, incluindo as não filiadas à Ebserh. Maiores informações verificar: <http://www.ebserh.gov.br/>

Os ambulatórios das diversas especialidades médicas prestam serviços atendendo à necessidade regional quanto aos problemas de saúde que não podem ser plenamente diagnosticados ou orientados na rede básica, pela sua complexidade. No Ambulatório, os pacientes são avaliados, recebem a indicação de tratamento, que pode ser conservador²² ou cirúrgico, e são acompanhados após a alta hospitalar.

No tocante às clínicas das diversas especialidades, os pacientes internados são aqueles com indicação cirúrgica diagnosticada em consultas ambulatoriais. Nessas clínicas há atendimentos rotineiros tanto da equipe médica quanto da equipe multiprofissional aos pacientes que se submeterão aos procedimentos cirúrgicos.

O HC-UFG/EBSERH é um ambiente de formação para os estudantes de graduação e de pós-graduação, por meio de estágios e programas de residência médica e multiprofissional, ao mesmo tempo em que atua nas áreas de ensino, pesquisa e extensão. Essa junção representa um benefício mútuo tanto para os profissionais capacitados no ambiente do Hospital quanto para a comunidade.

Pelo exposto, este item procurou apresentar sobre a história do HC/UFG, bem como com sua estrutura organizacional. Desse modo, apresenta-se a seguir, a temática Residência Multiprofissional em Saúde e a particularidade do HC-UFG/EBSERH.

3.2.1 Residência Multiprofissional em Saúde do HC-UFG/EBSERH

A Comissão de Residência Multiprofissional e em Área de Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (COREMU/HC/UFG) foi criada, no ano de 2010, para implantar e consolidar os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Goiás (UFG), por meio da Portaria HC/UFG n. 038 de 16 de maio de 2010, bem como para acompanhar os Programas de Residência em Área Profissional ligados aos cursos de Medicina Veterinária da UFG, *campi* Goiânia e Jataí.

²² Tratamento conservador é sinônimo de tratamento não operatório, trata a patologia com remédios, fisioterapia, etc. e não indica-se cirurgia.

Com a iminência da criação da COREMU/UFG, no seio da Pró-Reitoria de Pós-Graduação (PRPG) da UFG (Resolução CONSUNI 08/2014), formalizou-se a criação, no HC/UFG, em 2012, a Coordenação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área da Saúde do HC-UFG/EBSERH (CPRMS/HC) para coordenar as ações dos referidos programas, dentro dos marcos lógicos e legais da UFG e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde (CNRMS).

Portanto, a Residência Multiprofissional em Saúde e em Área da Saúde do HC/UFG – de acordo com a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) –, tem por objetivo geral construir competências compartilhadas para o cuidado em saúde, por meio da ação articulada entre diferentes profissões, tendo como eixo orientador os princípios e as diretrizes do SUS, bem como as necessidades locais e regionais (DIAS, 2014).

Na particularidade do HC-UFG/EBSERH, a Residência Multiprofissional em Saúde foi implantada em março de 2010, nas áreas de Serviço Social, Enfermagem, Fonoaudiologia, Odontologia, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia e Biomedicina.

Vale destacar que atualmente o HC-UFG/EBSERH possui três programas multiprofissionais, a saber: 1) Residência Multiprofissional em Saúde em especialidades clínicas e cirúrgicas, com área de concentração em saúde Materno Infantil; 2) Residência Multiprofissional em Saúde, com áreas de concentração em Terapia Intensiva e Urgência/Emergência; 3) Residência Multiprofissional em Hematologia e Hemoterapia.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área da Saúde do HC-UFG/EBSERH têm em sua estrutura acadêmico administrativa os seguintes sujeitos conforme o Regimento Interno dos mesmos, a saber: coordenador geral, subcoordenador geral, coordenador de atividades práticas, tutores de área e de núcleo, docentes, preceptores e residentes.

Para ingressar nos programas, o candidato a residente deve ser aprovado em seleção pública, que é promovido pelo Centro de Seleção da UFG. A duração da Residência é de 24 (vinte e quatro) meses para todas as áreas profissionais. Os residentes recebem uma bolsa no valor de R\$ 3.300,00²³ devendo ter dedicação

²³ Valor referente ao ano de 2017.

exclusiva, não podendo desenvolver outras atividades profissionais no período de realização do curso.

A Portaria nº 03/2010 coloca a exigência da elaboração de um trabalho final para a conclusão da residência, que pode ser apresentado na forma de monografia ou artigo científico (devidamente encaminhado à publicação).

O programa é realizado – seguindo as regulamentações nacionais – na forma de educação em serviço, tem a duração de 24 meses, ou 5.760 horas de duração, sendo majoritariamente realizado dentro do HC-UFG/EBSERH, envolve ainda unidades de saúde da rede SUS, vinculadas ao município e estado. As equipes são integradas à dinâmica do serviço, propiciando uma imersão local em que 80% da carga horária é cumprida na prática e 20% corresponde à carga horária teórica ou teórico-prática, com aulas e discussões sobre a política de saúde, a área de concentração que o residente sairá especialista e o eixo específico relacionado à profissão do mesmo (REGIMENTO INTERNO, 2015).

Na formação teórica e teórico-prática, as atividades dividem-se em encontro de saberes, aulas multiprofissionais, seminários específicos de cada área (Urgência e Emergência, Terapia Intensiva, Materno Infantil e Hematologia e Hemoterapia), bem como aulas específicas do eixo profissional. Essa carga horária é dividida ao longo da semana e complementada com dois plantões mensais de 12 horas (REGIMENTO INTERNO, 2015).

Além das aulas multiprofissionais, outro momento a ser citado é a interlocução entre as disciplinas, que são as discussões multiprofissionais de casos clínicos prevista no projeto pedagógico, realizadas pelos residentes, com a participação de preceptores e tutores das diversas áreas.

O campo de prática no Hospital das Clínicas-UFG/EBSERH é composto por Maternidade, Clínicas, UTI's, Ambulatórios, Pronto Socorro adulto e pediátrico.

No intuito de promover a experiência da integralidade da atenção à saúde, o Projeto Pedagógico prevê ações para a realização das atividades práticas do curso, nas parcerias com outras Instituições de Ensino Superior e com as Secretarias de Saúde Municipal e Estadual já existentes, bem como buscar-se-á novas parcerias de acordo com a necessidade do programa.

Vale ressaltar que grande parte dos docentes no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HC/UFG são profissionais vinculados às instituições

formadoras e executoras que participam do desenvolvimento de atividades teóricas previstas no Projeto Pedagógico, tanto do HC, quanto dos cursos de graduação da UFG, ambos com titulação de Mestre e Doutor.

Os PRMS do HC-UFG/EBSERH poderão ser compostos por quaisquer das profissões reconhecidas para efeito de organização do SUS, desde que façam parte, ou venham a fazer, de seu quadro permanente, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (REGIMENTO INTERNO, 2015).

Ao analisar os Projetos Pedagógicos dos Programas, a pesquisadora identifica que a capacitação profissional pela residência é uma estratégia para o processo de formação profissional na área da saúde. A abordagem interdisciplinar é utilizada como meio de superar a fragmentação do saber, assim contribuindo para a construção de uma consciência sanitária²⁴ que busque extrapolar as ações na prevenção e combate à doença, ao se dirigir essas ações no processo de elevação das condições materiais e vida da população. No Projeto Pedagógico, um dos objetivos específicos é capacitar o profissional para atuação multiprofissional e interdisciplinar em Urgência e Emergência, Terapia Intensiva, Materno Infantil e Hematologia e Hemoterapia.

Dentro desse cenário, a Residência Multiprofissional busca promover a transformação dos serviços de saúde em que estiver inserida instigando a crítica sobre a prática interdisciplinar e as possibilidades e limites de transformação da realidade (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, a intrínseca característica da interdisciplinaridade confere caráter inovador aos programas de Residência Multiprofissional em Saúde, demonstrado principalmente por meio da inclusão das 14 categorias profissionais da saúde (Resolução CNS nº 287/ 1998). Este modo de operar a formação 'inter-categorias' visa à formação coletiva inserida no mesmo 'campo' de trabalho sem deixar de priorizar e respeitar os 'núcleos' específicos de saberes de cada profissão (BRASIL, 2006).

²⁴ Berlinguer (1978), define consciência sanitária como a tomada de consciência de a saúde, como afirma o artigo 32 da Constituição [italiana], é um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Mas, como esse direito é sufocado e este interesse é descuidado, a consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar esse objetivo.

Vale destacar que o Programa de Residência no Hospital das Clínicas tem uma abordagem interdisciplinar, que procura articular diferentes campos de conhecimento das diversas áreas de atuação, e visa promover o desenvolvimento do trabalho em equipe, buscando romper com uma prática compartimentada e fragmentada, a partir da compreensão do conceito ampliado de saúde.

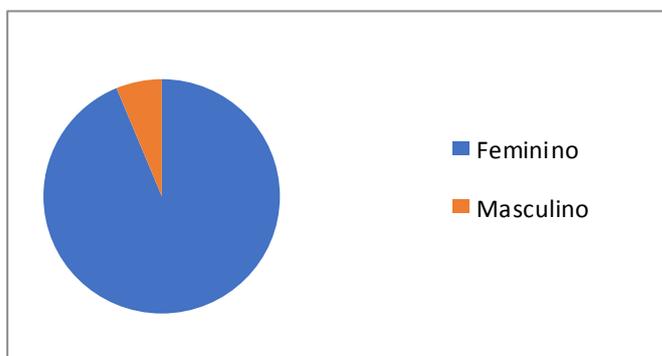
Foi possível identificar, ainda, no decorrer da análise documental, que o Programa de Residência do HC/UFG, é consistente e coerente com a concepção ampliada de saúde, preconizando uma atuação interdisciplinar. Vale ressaltar que a simples inserção de profissionais das diferentes áreas numa equipe de saúde ou programa de residência não é suficiente para garantir seu caráter interdisciplinar. Por isso, essa temática possibilita novas pesquisas sobre a processualidade no cotidiano, mas a partir da percepção dos próprios residentes.

3.3 A visão dos residentes acerca da interdisciplinaridade no processo de formação teórico-prático

A pesquisa foi realizada com dezesseis residentes dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do HC-UFG/EBSERH que se encontravam na condição de R2 no momento da realização das entrevistas.

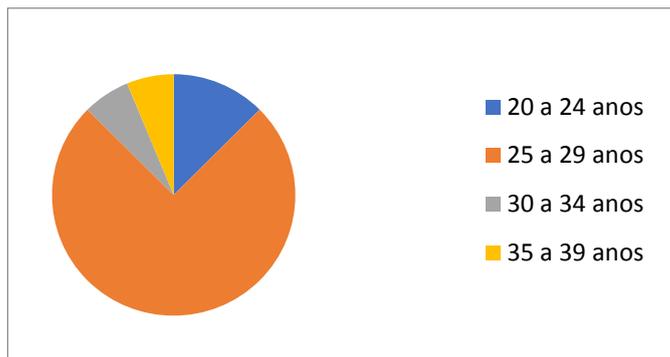
Para melhor identificação dos sujeitos da pesquisa, apresentou-se, por meio de gráficos o perfil dos residentes, a partir das seguintes informações: sexo, idade, estado civil, município de origem, graduação realizada, ano de conclusão do curso de graduação e se o residente já possuía pós-graduação.

Gráfico 1 – Sexo dos residentes do Programa de Residência em Saúde do HC-UFG/EBSERH



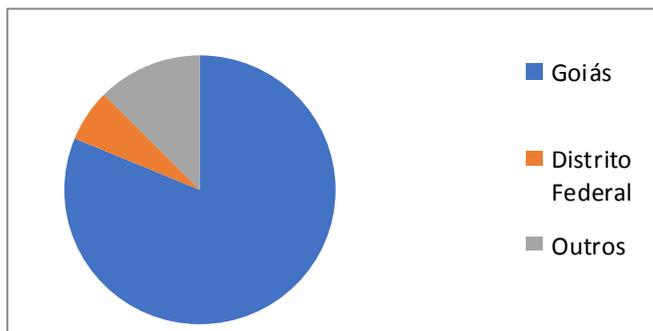
No tocante ao sexo, os dados evidenciam que a maioria dos pesquisados (as) são mulheres, cuja predominância condiz com as tendências e implicações do processo de feminização das profissões e ocupações de saúde em geral, fenômeno que ocorre de maneira acentuada nos últimos anos, que representa mais de 70% de inserção da mulher em postos de trabalho no campo da saúde, notadamente pelo caráter de cuidado, papéis estereotipados, construídos historicamente a essas profissões (MATOS, TOASSI & OLIVEIRA, 2013).

Gráfico 2 – Idade dos residentes do Programa de Residência em Saúde do HC-UFG/EBSERH



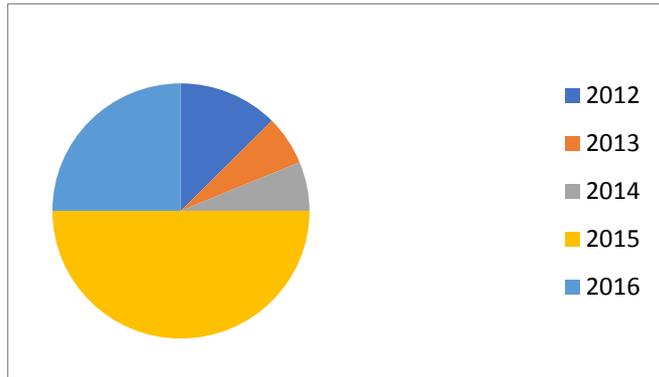
Quanto à idade dos residentes: os dados demonstram que eles se situa entre 25 a 29 anos, demonstrando predominante a categoria de jovens entre os residentes.

Gráfico 3 – Origem dos residentes do Programa de Residência em Saúde do HC-UFG/EBSERH



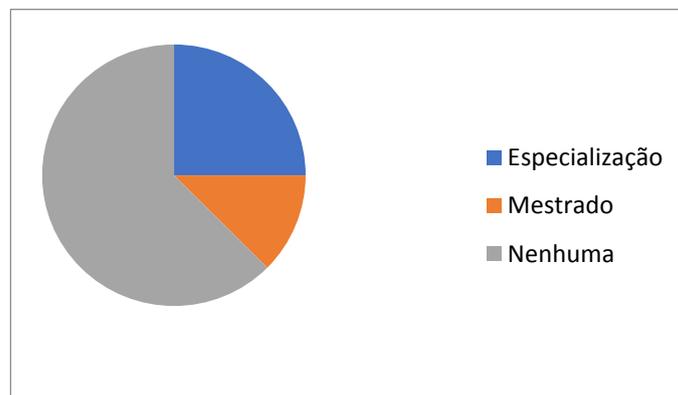
Em relação à origem, 81,25% dos (as) residentes são do Estado de Goiás, 6,25% do Distrito Federal e 12,5% são de outros Estados como: Bahia e Espírito Santo.

Gráfico 4 – Ano de conclusão da graduação dos residentes do Programa de Residência em Saúde do HC-UFG/EBSERH



Os dados da pesquisa revelam que a maioria dos (as) residentes concluíram a graduação no período compreendido entre um a dois anos antes do ingresso na Residência Multiprofissional em Saúde. Ressalta-se que, este dado coaduna com as diretrizes para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde, haja vista que, visam favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, preferencialmente recém-formados, particularmente em áreas prioritárias para o SUS (BRASIL, 2012,).

Gráfico 5 – Pós-graduação dos residentes do Programa de Residência em Saúde do HC-UFG/EBSERH



E por fim, o gráfico 5, demonstra que, quanto à pós-graduação, a maioria dos (as) residentes não cursaram nenhuma pós-graduação anterior à Residência Multiprofissional em Saúde. Entre os (as) residentes pesquisados (as), quatro haviam cursado pós-graduação *lato sensu* e dois pós-graduação *stricto sensu*.

Os referidos gráficos apresentaram o perfil dos residentes, os quais demonstram que se trata de um grupo jovem, cuja graduação ocorreu em até dois anos, revelando a pouca experiência profissional. A maior parte veio do próprio estado, indicando absorção e capacitação de profissionais locais. Assim, com objetivo de evidenciar as vozes e as percepções dos sujeitos (residentes) da pesquisa, optou-se pela construção dos seguintes eixos temáticos: Saúde, Interdisciplinaridade, Residência Multiprofissional em Saúde e Relação Teoria/Prática.

No tocante à compreensão sobre **Saúde**, quinze dos residentes entrevistados expressam um modelo biopsicossocial de saúde, como pode ser ilustrado pelos seguintes depoimentos:

Saúde diz respeito a uma conjunção de fatores [...] bem-estar físico, social, mental, estrutural em que o sujeito vive [...] prevenção e promoção [...] caso a pessoa seja acometida por algum adoecimento isso tem que ser entendido como um processo integral (R 16).

[...] saúde é o estado de bem-estar físico, psicológico que envolve as determinantes de saúde que tão englobadas no SUS [...] moradia, lazer, educação... (R 8).

[...] é o bem-estar integral [...] físico, psíquico, social e espiritual... (R 6).

Pelos depoimentos do R 16, R 8 e R 6 há um consenso e prevalece a visão de saúde a partir do modelo biopsicossocial defendido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em que a atenção à saúde abrange o ser de forma holística e o considera como homem e não como uma máquina, um homem que tem uma vida, que tem um contexto, que tem relações.

Vale ressaltar, que a compreensão dos residentes vai ao encontro do conceito de saúde evidenciado por Gonçalves (2006), de que não é simplesmente a ausência de doença, é mais do que isso, saúde deve ser entendida como bem-estar físico mental e social.

Apenas o R 13 diverge dos demais e evidencia que a definição de saúde que contempla o completo bem-estar físico, emocional, social, espiritual de um indivíduo, está em construção, e são difíceis de serem alcançados, para ter saúde, depende muito da compreensão de cada pessoa do que é estar saudável, estar com saúde, tem vários fatores que interferem, mas não uma definição que pode ser pontuada saúde é isso, e sim uma compreensão a partir da subjetividade de cada indivíduo.

Em alguns depoimentos, os residentes, ao expressarem sua concepção de saúde evidenciaram as falhas existentes no SUS.

O HC é um pouco da evidência como a gente investe pouco em prevenção e promoção de saúde. Os casos chegam muito avançados, o acesso pela quantidade de demanda é complicado, recebemos gente de vários outros estados, principalmente norte, nordeste e interior de Goiás, quando chegam no HC, chegam bem graves, com alguma doença em estágio avançado e se investigamos a história, passaram pela rede e não foi identificado, ou as vezes têm problemas muito básicos de alimentação, saneamento básico, coisas que as vezes evitariam agravamento tão crônico (R 16).

O depoimento do R 16 vai ao encontro do que evidencia Bravo (1996), de que o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal, trouxe algumas questões que comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde (BRAVO, 1996).

Quando questionados como veem o SUS no HC-UFG/EBSERH, os residentes evidenciam:

[...] aqui no HC o conceito de saúde tá germinando ainda [...] tá em construção [...] nem todos os profissionais têm essa noção integral do sujeito, tem gente que só vê o biológico, a doença (R 6).

Vejo o SUS no HC com muitas falhas, ainda tem muito que melhorar o paciente nem sempre é visto na integralidade como deveria ser vista, mas acredito que não é só no HC é uma falha do SUS em geral (R 1).

[...] tem uma parte burocrática que dificulta o acesso do paciente [...], muitas vezes o paciente não sabe o que ele tem acesso e pode utilizar, tem uma falta de informação, desvio de informação... (R 3).

O HC tem os problemas, mas é bom, tem várias especialidades [...] a população tem acesso em alguns serviços que não teria em outro lugar, mas claro que é complicado conseguir uma consulta, marcar exames, mas eles fazem o possível para atender (R 12).

É importante ressaltar que a maioria dos residentes trouxe a tona os princípios da universalidade de acesso aos serviços e integralidade. Percebe-se, portanto, que na concepção desse subgrupo, esses direitos não estão sendo efetivados em sua totalidade, visando à consolidação da cidadania, pois há

dificuldade no acesso às consultas e exames, e o paciente não é visto de forma integral pela equipe.

Mas alguns depoimentos também evidenciam que pontos positivos na efetivação dos direitos estão presentes no HC-UFG/EBSERH, como:

Aqui no HC eu vejo de forma acessível, não vejo o SUS de outra forma, acredito que não tenha coisas negativas pra falar dele não (R 9).

No HC tenta buscar a questão da integralidade da atenção, não só tratar a doença em si, pelo menos na experiência que eu tive [...]. Na clínica cirúrgica quando fiquei lá, que tinha o assistente social, a gente via que não só ficava naquela questão do biológico, por exemplo, na hora de planejar alta a gente pensava como o paciente ia ficar na casa dele, se ele ia conseguir ter essa saúde lá também, pelo menos nosso grupo, ver a questão da sustentabilidade, se a saúde no hospital vai permanecer fora do HC (R 10).

De forma geral é bom, vejo que ainda tem que melhorar, tanto em questão de investimento de pessoal, vejo que pouco profissional em algumas áreas (R 2).

Foi possível perceber que mesmo diante do número insuficiente de profissionais na instituição, em alguns setores há a preocupação em atender o paciente de forma holística.

No tocante à **Interdisciplinaridade**, os residentes demonstraram preocupação em expressar um conceito coerente. No entanto, superado esse primeiro momento, os relatos apresentam aspectos semelhantes em torno do tema. Nos discursos há percepção de forma geral de que é o comprometimento de todos os profissionais, diante de uma situação cujo objetivo é o mesmo, e ao defini-la, os residentes evidenciam que é o diálogo entre as diversas categorias que atuam na área da saúde. R 1 e R2 expressam:

[...] cada área, mas existe uma troca de informações e saberes, para poder se pensar em soluções em conjunto [...] várias opções que com perspectivas diferentes e o mesmo objeto (R 16).

É uma gama de profissões, que se unem que conversem entre si, todos no mesmo nível se comunicando entre si, com o único objetivo... (R 14).

É o paciente ser visto por várias áreas, em que elas se interligarem, ser discutido o caso e ser visto por vários pontos de vista, para dar uma resposta melhor ao tratamento do paciente (R 4)

Ao refletir sobre a interdisciplinaridade, R 4, ainda, reconhece a importância de uma atuação compartilhada, no qual todos os membros da equipe participam, visando primordialmente uma atenção integral ao usuário.

Pelas falas dos residentes há o consenso na compreensão de que a interdisciplinaridade é o movimento que privilegia o diálogo e a integração entre os diferentes campos do conhecimento, tendo em vista superar a tendência da hiperespecialização e a consequente fragmentação (THIESEN, 2008).

Quanto à percepção da interdisciplinaridade no HC-UFG/EBSERH, os residentes ressaltam:

No HC hoje vemos uma divisão assim: médicos de um lado e os outros profissionais do outro, então acho que não tem essa integração, tanto é que os médicos falam pra gente, ah vocês são a multi? Como se eles não fizessem parte também da multi [...] até entre os outros profissionais acho que ainda tem muito que avançar nessa questão de interdisciplinaridade, porque acho que é muito mono, uni, cada um só olha o seu lado e nem sempre busca (R 1).

No HC dependendo do profissional a gente não tem isso, a gente vê muita resistência, falo não só da parte médica mais alguns profissionais de outras especialidades. Falta assistir mais o paciente em conjunto com a equipe, a gente vê muito isso. Nós residentes procuramos buscar isso, agora os profissionais que já estão lá não tem muito isso de buscar conversar com os outros profissionais não (R 2).

No HC eu vejo que ainda falta melhorar muito, eu vejo que a residência em si, [...] tenta passar um pouco dessa visão, mas os profissionais em si, os lotados lá eu não vejo tanto isso, parece que tem uma resistência (R 10).

Nos depoimentos, os residentes reconheceram que, no intuito de realizarem as ações profissionais, buscaram estabelecer diálogos com os demais profissionais. Entretanto, essa troca não ocorre da mesma forma com os profissionais médicos. Os relatos apontam para a predominância do saber biomédico, ainda hegemônico nas instituições hospitalares.

Ao refletir sobre a interdisciplinaridade no HC-UFG/EBSERH, a efetivação ocorre de maneira diferenciada em função da dinâmica dos cenários em que as ações são desenvolvidas, de acordo com o depoimento de R 5.

Aqui no HC vejo que depende do setor, na pediatria acontece a interdisciplinaridade, a gente tem reuniões nas sextas-feiras, que são estudos de casos, todos os profissionais mesmos, médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista [...] passa visita de paciente por paciente, todo mundo trabalhando para o bem do paciente e conversando, não cada um na sua área (R 5).

[...] na clínica cirúrgica via que tinha uma dificuldade dos profissionais, nas UTIs eu já vejo diferente, eu vejo a questão multi e interdisciplinar muito mais evidente, todo dia na hora da visita, tem o staff, tem o médico, tem os residentes também da medicina e da multi, então tem uma visão dessa inter muito melhor do que na clínica [...] na UTI é rotina, todo dia tem a visita, tem a discussão, então vejo que eles tentam inserir isso, e isso é uma coisa legal, então vejo que depende da área do hospital (R 10).

Tendo como base Fazenda (2008), de que a interdisciplinaridade supõe uma relação de reciprocidade e interação de conhecimentos, contrapondo-se a atitudes isoladas e fragmentadas, nos depoimentos acerca do relacionamento da equipe de Pediatria e UTI, observam-se intenções e atitudes que comprovam o entrosamento e interação entre os diferentes profissionais, mas ainda de maneira incipiente e verticalizada. Denota-se que não é uma política do HC-UFG/EBSERH, mas ações isoladas e fragmentadas – dependendo da característica dos sujeitos envolvidos.

De acordo com Mendes (2013), a interdisciplinaridade vai além de uma justaposição ou adição de diferentes ângulos sobre determinado objeto de análise. As disciplinas se comunicam umas com as outras, confrontam e discutem suas perspectivas, estabelecendo entre si uma interação, trocas e articulações mais profundas entre os diferentes elementos participantes.

Ao problematizar sua experiência, R 16 ressalta o fato de que, em sua percepção, na Instituição, o diálogo entre as diversas categorias ainda não é uma prática cotidiana.

Aqui no HC interdisciplinaridade não existe, aqui eu não consigo visualizar acontecendo no cotidiano, a gente faz algumas discussões nas disciplinas, mas no cotidiano mesmo eu não consigo perceber [...] multidisciplinaridade é o que a gente faz (R 16).

O discurso evidenciado pelo R 16 vem ao encontro da análise de Fazenda (2008) no que diz respeito à importância de refletir sobre a interdisciplinaridade a partir da perspectiva do, diálogo e da interação entre as disciplinas, superando a etapa da multidisciplinaridade, uma vez que, nessa etapa, os saberes estariam justapostos, embora se configure como uma etapa para se chegar à interdisciplinaridade.

Os depoimentos acerca das práticas têm demonstrado que os profissionais convivem com realidades em que a construção da interdisciplinaridade ainda representa um desafio.

Para alguns residentes, no âmbito das instituições hospitalares, ainda persiste a predominância do modelo biomédico. Nesse sentido, os programas de formação em serviço constituem uma proposta pedagógica destinada a tornar a rede de serviços de saúde em espaços de ensino aprendizagem nos quais se rompa com esse modelo. Ou seja, os programas de Residência Multiprofissional em Saúde surgiram como uma proposta inovadora de interconexão entre educação-trabalho-saúde, com vistas à construção de ações interdisciplinares, tendo como premissa a concepção ampliada de saúde e dos determinantes que incidem no processo de produção do cuidado em saúde.

Em consonância com essa proposta, a Residência Multiprofissional em Saúde do HC-UFG/EBSERH, em seu Regimento Interno, destaca a interdisciplinaridade como eixo norteador da construção dos saberes capazes de interagir e superar as barreiras impostas pela concepção centrada no processo saúde/doença. Trata-se de primar pela formação de profissionais capazes de refletir criticamente e propor ações em consonância com a realidade social em que estão inseridos (REGIMENTO INTERNO, 2015).

Na perspectiva de possibilitar reflexões acerca desse processo formativo que congrega diversas categorias profissionais e saberes, considerou-se relevante apreender as percepções dos residentes sobre a **Residência Multiprofissional em Saúde** do HC-UFG/EBSERH.

Os discursos dos dezesseis residentes entrevistados são convergentes no que se refere à expectativa inicial em relação ao programa de Residência. Os relatos enfatizam como motivação para a inserção no programa, a busca pela primeira experiência profissional, considerando que dos dezesseis residentes entrevistados, apenas três mencionam uma breve experiência na área da saúde, dois deles, embora já tenham uma pós-graduação *stricto sensu*, relatam não ter vivenciado a prática profissional.

Depois de formada eu busquei tanto o mestrado na área da pesquisa, e como eu também tive a vivência da docência, da pesquisa, eu quis viver a parte da prática, da análise clínica, do contato com o paciente e esse foi o motivo que fui para residência, em busca disso (R 1).

A busca pela especialização é melhorar nossa prática no dia a dia, nosso conhecimento [...] na faculdade vê muito o geralzão, então aquilo ali é muito por cima e depois quando começa atender o paciente vai surgindo necessidade de aprofundar conhecimento (R 2).

Desde a graduação tenho muito interesse pela área da saúde e mais especificamente pelo SUS, eu vi na residência uma possibilidade de ser

formada dentro do SUS, entendendo as peculiaridades do sistema, e aí a residência é um bom início pra gente que acabou de formar, você tem acesso a prática, mas, ao mesmo tempo, tem acesso a uma formação, a uma supervisão, e tem uma troca com os colegas, então acho que foi um dos motivos, assim, para conseguir aprender mais e me inserir no mercado tendo um subsídio de formação mesmo (R 16).

O entrevistado R 16 destaca que a Residência Multiprofissional em Saúde do HC-UFH/EBSERH possibilitou continuar aprimorando seus conhecimentos no campo da saúde, especificamente no SUS, haja vista que desde a graduação vem se dedicando a estudos nessa área. Ao se inserir na Residência, teve a oportunidade de ampliar os conhecimentos, principalmente no âmbito hospitalar. Ainda destaca sobre as expectativas finais:

[...] conseguir utilizar todos esses saberes e essas experiências que a gente vivenciou aqui, porque são muito intensas, acho que a residência tem disso, é uma intensidade que outras formações não te dão, é uma imersão muito grande num campo de estudo e de prática então a minha expectativa é conseguir utilizar isso para poder conseguir trabalhar no SUS (R 16).

Em seu depoimento, R 16 reconhece a importância da Residência como um espaço capaz de ampliar seus conhecimentos, fundamentando e qualificando suas ações na Residência e em sua inserção no mercado de trabalho.

De acordo com os aspectos identificados nos depoimentos, a relação teoria/prática ainda persiste na contemporaneidade como uma preocupação dos profissionais, principalmente da área de saúde. Importa salientar que as reflexões supramencionadas dos residentes revelam a percepção da existência da dicotomia entre teoria e prática, a qual é identificada quando os entrevistados se referem às expectativas acerca do programa da Residência, como um cenário para se aprender a prática.

No tocante as contribuições da Residência Multiprofissional em Saúde na **Relação Teoria/Prática**, foi questionado aos residentes, qual a importância das atividades teóricas e teórico-práticas dos eixos transversal (ANEXO 2), comum a área de concentração (ANEXO 3) e específico (ANEXO 4), que obrigatoriamente, conta com apoio de docentes, para a formação como pessoa, profissional e para promover o diálogo com as outras disciplinas. Os entrevistados referem:

[...] são importantes porque a residência é uma especialização, e a base que temos é na teoria (R 1).

Acho que elas dão espaço da gente refletir sobre aquilo que a gente faz no dia a dia, estudar e ter algum acúmulo teórico com relação há algumas temáticas (R 10).

Acho importante porque além do conhecimento é um momento que se tem de integração com as outras profissões, principalmente no eixo transversal que são todas as profissões, é importante o conhecimento porque na prática precisamos dessa base teórica (R 2).

As falas dos entrevistados apresentam unanimidade no sentido de reconhecer que as atividades teóricas são importantes, principalmente do eixo específico, mas divergem quando evidenciam que algumas disciplinas não conseguem propiciar espaço de reflexão, de acúmulo de conhecimento, como por exemplo, as disciplinas do eixo transversal.

Tem algumas que não contribuem em nada, mas tem outras que são muito boas [...] principalmente as do eixo específico (R 6).

Deixa muito a desejar [...] o conteúdo [...] principalmente as transversais [...] o conteúdo é abordado de forma que a gente sai sem saber do mesmo jeito que entrou (R 11).

A fala de R 16 destaca que as atividades teóricas subsidiam, atualizam e agregam valor ao conhecimento, principalmente do eixo comum à área de concentração.

[...] mas a gente já teve disciplina, por exemplo do eixo urgência/emergência e UTI, que teve acesso a algumas informações que eu jamais imaginaria, falou muito sobre a gestão dos serviços, custo, faturamento, qual a implicação da gente não fazer registro em prontuário, qual a implicação de você não registrar o diagnóstico correto do paciente para o funcionamento do hospital [...] coisas que eu nunca tinha tido noção mesmo, de uma parte mais operacional que a gente não tem muito acesso (R 16).

No que concerne às atividades teórico-práticas, a Resolução CNRMS nº 5, de 07 de novembro de 2014, em seu Art. 2, § 3 prevê a seguintes atividades: estudo/análise de casos clínicos, simulação em laboratórios, ações em territórios de saúde e em instâncias de controle social, em ambientes virtuais de aprendizagem, e ações de saúde coletiva, entre outras, sob orientação do corpo docente assistencial. Pelas falas dos residentes, foi possível perceber que não é unânime em todas as áreas dos eixos de concentração, alguns residentes referiram desconhecer de fato o que venha a ser essa atividade.

[...] não tem atividade teórico-prática, pelo menos a hemato a gente não participa da discussão de casos clínicos nem nada, nunca teve (R 4).

Eu até tenho um pouco de dificuldade de entender qual é essa carga horária teórico-prática, onde é que ela fica distribuída, onde ela é realizada, acho que não tem tanta clareza do que seja e a gente acaba não se atentando muito (R 9).

Estudo de caso não tem, do eixo materno infantil não, a gente chegava a discutir os casos era com os profissionais da clínica de pediatria (R 6).

Na área de concentração em UTI, com o preceptor e tutor nos dois primeiros meses tinha, hoje não tem mais, a gente participa dos estudos de casos com os profissionais da UTI (R 10).

Percebe-se pelos depoimentos dos residentes, que na área de concentração em Hematologia e Hemoterapia, Materno Infantil e Terapia Intensiva não ocorre atividade teórico-prática. Os residentes referem participar somente quando estão nos cenários de prática da UTI e clínica de pediatria, por ser uma rotina dos profissionais lotados, outros referem ter atitudes e discutem os casos, mas por conta própria. No tocante a área de concentração Urgência/Emergência, a fala de R 16 evidencia:

Às sextas a gente tem o estudo de caso, normalmente escolhe-se um caso aí repassa no estudo de caso, qual a grande questão, as vezes a gente o estudo de caso depois que ele já foi concluído [...] em alguns casos é possível, mas em outros é mais uma reflexão sobre o que já foi feito, que não deixa de ser válido para a gente pensar para as próximas, mas a gente sente muita falta de ter isso mais cotidiano e não só uma vez na semana, em casos pontuais, mas, na prática, cotidiana (R 16).

Nota-se que na área de concentração Urgência/Emergência ocorre o estudo de caso a partir de demandas específicas, pontuais e fragmentadas. Não chega a ser uma reflexão para a ação. Os residentes, referem que em algumas situações buscam essa discussão e intervenção conjunta junto aos casos, mas no caso da biomedicina, o residente refere que isso não acontece, pois, o setor de prática na residência é exclusivamente dentro do laboratório, o que não tem aproximação com os demais profissionais e nem contato com o paciente.

De acordo com as diretrizes do Ministério da Educação, o preceptor é definido como o profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista, que tem como função a supervisão direta das atividades práticas desenvolvidas pelos residentes nos serviços de saúde onde existe o programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

Conforme se identifica nos depoimentos, no processo de organização da Residência, percebe-se um hiato entre o que preconiza a Resolução supramencionada e a forma como as ações estão se efetivando.

Na maioria das vezes não, até porque pelo menos a minha vivência na clínica médica, na época eram poucos profissionais, então acaba que fazemos muita coisa que não passa totalmente por eles (R 13).

Destaca-se que a implantação dos programas de residência trouxe novas requisições e demandas aos profissionais, entre as quais a preceptoria, a tutoria, a docência das disciplinas, dentre outros. Tais requisições, contudo, não se fizeram acompanhar, pela melhoria das condições de trabalho e, especialmente, pela contratação de novos trabalhadores (MENDES, 2013).

Nesse sentido, nos depoimentos de alguns residentes, os quais não contavam com preceptores de suas áreas profissionais em todos os cenários de práticas, ficou evidenciado que a supervisão ocorria a partir de dúvidas e demandas específicas.

Ao refletir sobre o papel da preceptoria, o grupo de residentes ressaltaram a importância da experiência e do conhecimento dos preceptores no contexto de formação do residente, compreendendo que a aprendizagem constitui um processo de socialização e trocas de saberes que ocorre de forma dinâmica. Reconhecem que o preceptor tem uma experiência e bagagem que possa ser compartilhada, mas nem todos são abertos e tem o diálogo com o residente.

No âmbito da residência, o relacionamento entre preceptor/tutor/residente ocorre no período de dois anos, no qual são vivenciados momentos de diálogos, orientações, supervisões, bem como também tensões e divergências, no cotidiano da prática e nos desafios postos à concretização das ações pedagógicas. Sobre a relação cotidiana construída no HC-UFG/EBSERH, R 1 evidencia.

Nós não somos tratados como profissionais pela maioria dos preceptores e tutores. É como se a gente fosse estagiários, falta respeito [...] eles acham que mandam na gente e pronto e acabou, não senta pra discutir e pergunta o que você acha, só impõe como a gente deve fazer as coisas (R 1).

De acordo com a fala do residente, o diálogo não tem sido primordial para fortalecer as relações e superar os desafios existentes. É possível constatar nos depoimentos que essas relações ocorrem de maneira verticalizada, dificultando o processo formativo.

Em relação às contribuições da Residência Multiprofissional em Saúde do HC/UFG/EBSERH na formação profissional com ênfase na metodologia de trabalho interdisciplinar, os residentes afirmam:

Acho que é importante porque introduz esses conceitos, porque é uma coisa relativamente nova pra gente, na faculdade a gente não tem isso, nenhuma disciplina, em nada, nem estagio a gente não tem isso [...] (R 1).

Pelas falas dos residentes, nota-se que a residência coloca o tempo todo a necessidade dessa relação interdisciplinar acontecer, contribui no sentido de dizer que é importante, mas em sua materialização cotidiana ainda é muito deficiente. Sobre isso, R 13 comenta:

Eu acredito que eu ainda vou sair com uma formação multi, não vou sair com uma formação interdisciplinar, acho que se sentássemos todo mundo junto e de todos os pacientes formulasse um plano de cuidado, estaríamos caminhando para inter. Mas reconheço que, com o que acontece aqui, eu saio na frente de muitos outros profissionais, que nem essa noção de multi não tem [...] vejo que não só aqui no HC mais no geral, essa questão de interdisciplinaridade ainda está muito distante (R 13).

Nessa ambiência, R 13 evidencia a importância da experiência para o seu amadurecimento profissional, apontando que, apesar das dificuldades já relatadas, a Residência possibilitou o aprofundamento dos seus conhecimentos no âmbito do trabalho em equipe. R 5, ainda, complementa que entrou muita gente nova, com a ideia da interdisciplinaridade, com essa mentalidade do trabalho em equipe.

[...] pelo menos com o tempo eu acredito que isso vai melhorar bastante, e o hospital tem que ver que isso é necessário e tem que ser levado em consideração, tanto médico como os outros profissionais, aprender a trabalhar em grupo, aprender a discutir os casos, aprender a respeitar a decisão do outro profissional, a conduta do outro profissional (R 5).

Contudo, R 16 assinala que a formação no programa da Residência representa uma experiência de aprendizado inquestionável, e que os residentes têm a apropriação da necessidade da interdisciplinaridade.

Nos discursos supramencionados, percebe-se que, como todo processo, a Residência Multiprofissional em Saúde do HC-UFG/EBSERH está em construção. Assim, existe um longo caminho no sentido de aprimorar o espaço de formação em todos os âmbitos. Apesar das deficiências apresentadas, o programa apresenta potencialidades que são elencadas pelas residentes como um diferencial na formação profissional.

Neste momento, finaliza-se este capítulo, construído a partir das reflexões relevantes como expressão das análises dos discursos dos residentes permitindo tecer as considerações finais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou identificar e analisar a apropriação dos residentes sobre a interdisciplinaridade no processo de formação teórico-prático da residência multiprofissional em saúde do Hospital das Clínicas – HC-UFG/EBESERH.

A constelação temática: Saúde, Interdisciplinaridade e Residência Multiprofissional em Saúde; foi o cerne da fundamentação conceitual necessária para a compreensão e análise dos resultados da pesquisa.

Nesse sentido, percebemos que a saúde representou avanços significativos que permitiram construir garantias de direitos. Entretanto, assim como as demais áreas, a saúde também sofre em decorrência desse processo social, econômico, político e cultural que perpassam a sociedade brasileira – denominado como contrarreforma das políticas sociais, aqui seu foco é a política de saúde – rebatendo diretamente na qualidade de atendimento à população.

Contrapor a esse cenário repleto de avanços e retrocessos às políticas de saúde requer, dentre muitas coisas, uma luta constante na perspectiva da cidadania. Desta forma, a processualidade destes ganhos alcança sua efetividade a partir de uma atuação interdisciplinar, tornando-se imprescindível a compreensão da mesma enquanto referência conceitual para este estudo ora apresentado.

Em relação ao problema indagado nesta pesquisa, confirmou-se parcialmente a hipótese levantada no início deste estudo, em alguns depoimentos os residentes afirmam que tem interdisciplinaridade. Embora, tais direcionamentos não perpassam a formação profissional de grande parte destas profissões, tem se a noção que a Residência propicia o trabalho em equipe.

Com base nas análises das entrevistas, destaca-se que a efetivação das práticas interdisciplinares ainda constitui um desafio a ser alcançado em sua plenitude no contexto da Residência; sendo necessário que os profissionais aprenda a trabalhar em grupo, discutir os casos, respeitar a decisão do outro profissional e a conduta do outro profissional. No entanto, os residentes apontam momentos de diálogos coletivos que revelam o amadurecimento profissional, na perspectiva de construir ações compartilhadas que atendem para a integralidade do cuidado.

No que diz respeito ao conceito da interdisciplinaridade, os residentes ressaltam aspectos semelhantes acerca do tema. Nos discursos, a interdisciplinaridade é associada ao exercício de compreender os diversos saberes e ramos das ciências, com vistas à articulação entre eles, sem, contudo, “invadir” as especificidades de atuação de cada profissional. Nesse contexto, as entrevistadas destacam que, no âmbito da Instituição, no que se refere à tomada de decisões em relação às necessidades do usuário, ela ainda ocorre de maneira verticalizada.

Nesse horizonte, com base em Pombo (2004), alude-se para o fato de que, no cotidiano da prática, as ações denominadas como interdisciplinares ainda se revestem do caráter disciplinar, portanto, na percepção dos sujeitos, a interdisciplinaridade ainda se expressa como uma construção a ser buscada, principalmente considerando a hegemonia do modelo biomédico. Nota-se que a interdisciplinaridade é um tema polissêmico e ainda pouco discutido requerendo debate nos espaços.

Os discursos apontam a importância da vivência na Residência para o amadurecimento profissional, denotando que, apesar das dificuldades, a Residência possibilitou o aprofundamento dos seus conhecimentos no âmbito da área da saúde.

Evidencia-se, portanto, que o programa de Residência Multiprofissional em Saúde potencializa momentos de reflexões e produção de conhecimentos com vistas a sedimentar a formação de profissionais para SUS.

Se é verdade que a implantação da Residência Multiprofissional trouxe novas possibilidades, também é certo que trouxe imensos desafios aos profissionais que atuam no cotidiano de execução da política.

Embora a definição das políticas voltadas para a formação em serviço dos recursos humanos para o SUS represente avanços significativos, sua implementação enfrenta enormes desafios, relacionados a diversos fatores. Um ponto crucial na Residência Multiprofissional é a necessidade de capacitação destes profissionais (preceptores e tutores) que cumprem um papel de grande importância dentro deste processo de formação.

Nesse sentido, o HC/UFG enquanto uma instituição que abarca ensino, pesquisa e extensão, deve estar preparada para a interdisciplinaridade. É preciso promover essa experiência, facilitando as novas configurações e apresentações,

criando as circunstâncias e os mecanismos que favoreçam a compreensão dos fenômenos que nela ocorrem.

O assunto é atual, instigante, pouco conhecido em sua processualidade da prática cotidiana, requerendo uma reflexão profunda, sobretudo no Serviço Social que sinaliza para a perspectiva interdisciplinar, mas que pouco reflete sobre a mesma. A adesão a um projeto interdisciplinar carece de transformações, desconstrução e reconstrução do que é apresentado tradicionalmente. Nisto está implícito o processo de aprender a conviver. Não deixa de ser um desafio para todos aqueles que se sentem atraídos pelo desenvolvimento de ações cotidianas na perspectiva interdisciplinar.

Para tanto, faz-se necessário, respeito, abertura para o outro, vontade de colaboração, cooperação, tolerância, diálogo, humildade e ousadia constituídos enquanto aspectos inerentes a esse processo, requerendo à compreensão que interdisciplinaridade é uma questão de atitude. Portanto uma questão que requer um compromisso e comportamento político.

REFERÊNCIAS

AROUCA, A. S. da S. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Conferência de Abertura. Março de 1986.

_____. **Democracia é saúde**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 35-42.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis>. Acesso em: 12 dez. 2017.

BRASIL. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis>. Acesso em: 12 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Saúde e qualidade de vida. Políticas de Estado e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Relatório final).

_____. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Conferência Nacional de Saúde, VII. Anais. Brasília: MS, 1980.

_____. Conferência Nacional de Saúde, VIII. Anais. Brasília: MS, 1980.

_____. **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: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 26/10/ 2017.

_____. **MEC/MS Portaria Interministerial nº. 45/2007**.

_____. **Portaria Interministerial nº 1.077 de 12 de novembro de 2009**. Dispõe sobre Residência Multiprofissional em Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em:

http://www.proex.unifesp.br/multiprofissional/docs/legislacao/portaria_1077.pdf. Acesso em: 26/10/2017.

_____. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.118, de 3 de novembro de 2005.** Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde.

_____. **Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS.** Exercício 2007/2009. Brasília: DF, 2009.

_____. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p. 24-25.

_____. Resolução CNRMS nº 5, de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 287, de 08 de outubro de 1998.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas Sociais e Práticas Profissionais.** São Paulo: Cortez/UFRJ, 1996.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: Elementos para o Debate. In: BRAVO, M. I. Set all (Orgs). **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CAMPOS, I. F. **Coronelismo em Goiás.** Goiânia: Editora da UFG, 1983.

CAMPOS, W. G. de S. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde.** Editora Hucitec. São Paulo. 1997.

COHN, A.; ELIAS, P. E. M. **Saúde no Brasil – políticas e organização de serviços.** 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

COREMU. **Regimento Interno do Programa de Residência Multiprofissional /UFG.** Goiânia, 2015.

COSTA, Nilson do Rosário; LAMARCA, Isabel. **Os Governos FHC e Lula e a política para a força de trabalho civil do Governo Central Brasileiro.** Ciência & Saúde Coletiva, 18(6):1601-1611, 2013.

COUTO, B. R. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

DIAS, H. H. R. **O aperfeiçoamento dos assistentes sociais no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde em um hospital universitário** [manuscrito] - 2014

Distritos Sanitários na Cidade de Goiânia. Disponível em: <http://www.saude.goiania.go.gov.br>. Acesso: 25/10/2017.

FARIA, M. M.; JATENE, A. D. (orgs.). **Saúde e Movimentos Sociais: O SUS no Contexto da Revisão Constitucional de 1993.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1995.

FAZENDA, I. **O Que é interdisciplinaridade?** — São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Interdisciplinaridade: Um projeto em parceria.** São Paulo, 1991.

_____. **Práticas Interdisciplinares na Escola.** São Paulo: Cortez, 1999.

_____. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa.** Campinas: Papirus, 1994.

_____. **Integração e Interdisciplinaridade no Ensino Brasileiro – Efetividade e Ideologia.** São Paulo, Loyola, 1979.

GONÇALVES, C. A. **O PROGRAMA REUNI: significados e ressonâncias da implantação do curso de Serviço Social da UFG/CCG – 2008/ 2012.** Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, 2013, 401p.

_____. **DIREITOS À SAÚDE: um estudo sobre as práticas dos assistentes sociais das unidades de saúde de Sorocaba – SP – 2006.** (Dissertação de Mestrado). São Paulo: PUC-SP, 2006.

Governo Provisório. Disponível em: <http://www.historiabrasileira.com/brasil-republica/governo-provisorio-de-getulio> Vargas. Acesso em: 27/09/2017.

Glossário da Disciplina Políticas e Perspectivas de Proteção Social, Professora Maria Lúcia Werneck. Disponível em: http://www.enap.gov.br/downloads/glossario_Maria_Lucia_Werneck.pdf. Acesso: 04/10/2017.

História do Sindicalismo no Brasil. Disponível em: <http://www.sintet.ufu.br/sindicalismo.htm#HISTORIADOSINDICALISMONOBRASIL>. Acesso em: 27/09/2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **IBGE Cidades: Censo 2010**.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e Patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. de. **Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações**. Athenea Digital, 13 (2), 239-244 (julho 2013).

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80; a conformação da reforma Sanitária e a construção de hegemonia do projeto neoliberal. IN: Mendes, Eugênio Vilaça. (org.) **Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. HUCITEC/ ABRASCO, 1993.

MENDES, AI; G.; SILVA, L. B. Serviço Social, saúde e a interdisciplinaridade: algumas questões para o debate. In: SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana (orgs.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. São Paulo: Papel Social, 2013.

NUNES, L. F. S. **(Des)caminhos da interdisciplinaridade na Clínica de Ortopedia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás HC/UFG - Relato da experiência antropológica [manuscrito]**/ Layla Fernanda Soares Nunes. - 2013.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEXEIRA FLEURY, S. M. In: **Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes/ Abrasco, 1986.

POLIGNANO, M. V.. **HISTORIA DAS POLITICAS DE SAÚDE NO BRASIL. UMA PEQUENA REVISÃO**. Belo Horizonte: UFMG, 2007.

_____, **Política do café com leite**. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Pol%C3%ADtica_do_caf%C3%A9_com_leite. Acesso em: 25/09/2017.

POMBO, O. Interdisciplinaridade e integração dos saberes. In: CONGRESSO LUSOBRASILEIRO SOBRE EPISTEMOLOGIA E INTERDISCIPLINARIDADE NA PÓSGRADUAÇÃO, 2004, Porto Alegre. **Anais**. Porto Alegre: Universidade Pontifícia do Rio Grande do Sul, 2004. Disponível em: <revista.ibict.br/liinc/index>. Acesso em: 10 março. 2018.

Resolução CNS n.º 218/97 de 06 março 1997. Brasília: CNS, 1997. Disponível em: conselho.saúde.gov.br/resoluções/1997/Reso218.doc. Acessado em: 14/10/2017.

RONCALLI, A. G.; SOUZA, E. C. F. **A saúde no Brasil**: trajetórias de uma política assistencial. In: Odontologia Social: textos selecionados. Natal: UFRN, 1998.

SILVA, L. B.; CAPAZ, R. Preceptorial: uma interface entre educação e saúde no SUS. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Ed. Papel social, 2013.

SODRE, F. **Serviço Social e o campo da saúde**: para além de plantões e encaminhamentos. Serv. Soc. Soc. [online]. 2010, n.103, pp.453-475.

TEIXEIRA, S. F. A fundação estatal de direito privado na saúde: um modelo de gestão democrática? In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de(Orgs.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012.

TEIXEIRA, C. F. **Análise das propostas da 12ª Conferência Nacional de Saúde com relação a organização do modelo de atenção a saúde no SUS**. Consultoria DAPE/MS, fevereiro de 2004. 29 p.

THIESEN, J. da S. **A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem**. Rev. Bras. Educ. [online]. vol.13, n.39, p. 545-554, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v13n39/10.pdf>>. Acesso em: 14/11/2013.

UFG. **Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) – 2011/2015**. Goiânia GO: UFG, 2010. Disponível em <http://pge.prodirh.ufg.br/pages/37101> Acessado em 25/10/2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **Regimento interno da Residência Multiprofissional em Saúde HC/UFG**. Goiânia, 2015.

VASCONCELOS, C.. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 1997. p. 242-272.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) na condição de participante da pesquisa intitulada “RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE RESIDENTES”. Meu nome é Layla Fernanda Soares Nunes, sou a pesquisadora responsável e mestranda no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social - Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – MESS/PUC-GO. O estudo tem como objetivo analisar a apropriação da interdisciplinaridade no processo de formação teórico-prática no Hospital das Clínicas – HC/UFG/EBSERH. Após ler com atenção este documento e ser esclarecido (a) sobre sua participação no estudo, caso aceite participar do mesmo, você deverá rubricar em todas as suas páginas e assinar ao final deste termo que se encontra impresso em duas vias originais de igual teor, uma será fornecida a você e a outra a pesquisadora responsável, que também vai assinar/rubricar o documento. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Layla Fernanda Soares Nunes, no telefone (62) 99167-6084 com acesso (a cobrar), 24 horas por dia, 7 dias por semana, e com a orientadora da pesquisa Prof^a Dr^a Denise Carmen de Andrade Neves, no telefone: (62) 3946-1237, ou através do e-mail laylfernanda@hotmail.com / denise.andradeneves@gmail.com. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3269-8338 e 3269-8426 ou no endereço: 1^a Avenida S/N^o Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2^o andar. Horário de funcionamento: 2^a a 6^a das 7:00 às 17:00h. E, ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, telefone: (62) 3946-1512, localizado na Avenida Universitária, N^o 1069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos preceitos éticos estabelecidos pelas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Sua participação se dará por meio de entrevista, e você terá que disponibilizar um tempo para responder a perguntas apresentadas pela pesquisadora, aproximadamente trinta minutos, no dia e hora previamente acordado, conforme a sua disponibilidade. Os depoimentos desta entrevista serão gravados com seu consentimento. O material das entrevistas será manuseado somente pela pesquisadora e sua orientadora, garantindo-se sigilo dos dados. Você tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua recusa em participar não acarretará qualquer penalidade, nenhum prejuízo à continuidade de seu cuidado e tratamento na instituição nem na relação com a

pesquisadora. Para participar deste estudo você não receberá qualquer vantagem financeira e nem terá nenhum custo, isso que dizer que seus gastos serão os mesmos que você já tem para se deslocar de sua casa ao hospital independente de participar do estudo, se houver algum gasto, você será ressarcido (a) pela pesquisadora. Todavia, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, você tem assegurado o direito à indenização. Os riscos da sua participação na pesquisa são mínimos. Pode estar relacionado ao incômodo, em disponibilizar tempo para a entrevista, cansaço, aborrecimento em responder ou por não saber responder algumas perguntas ou todas as questões do roteiro de entrevista. Para minimizar o desconforto, a entrevista será realizada em local adequado que garanta o sigilo do processo, conforme agendamento prévio da data e horário. Se você se sentir constrangido em algum momento, a entrevista poderá ser interrompida se for o seu desejo. Como benefício, ao participar desta pesquisa, você poderá contribuir para ampliar o debate e a reflexão sobre o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde no Hospital das Clínicas – HC/UFG/EBSERH, com ênfase na atenção na prática interdisciplinar, além da sua relevância social para o ensino-serviço-comunidade, para a pesquisa e para o nível institucional. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. As informações fornecidas por você são confidenciais, portanto, será assegurada a garantia do sigilo, anonimato, a privacidade e confiabilidade dos dados coletados. As informações coletadas serão utilizadas somente para fins acadêmicos e científicos. Quando da apresentação dos resultados em sessão pública e/ou publicações científicas, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que possibilita identificá-lo (a). As entrevistas e respectivas respostas serão transcritas e armazenadas em arquivos digitais. Somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e a sua orientadora. Ao final da pesquisa todo material será mantido em arquivo por cinco (5) anos, posse da pesquisadora, e depois incinerado, conforme orientações da Resolução CNS nº 466/2012.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG _____, após ter sido esclarecido (a) sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, inclusive da possibilidade de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à nenhuma penalidade ou prejuízo pessoal. Concordo em participar da pesquisa intitulada RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE RESIDENTES sob a responsabilidade da pesquisadora Layla Fernanda Soares Nunes, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar. Recebi uma via original deste

termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas

Goiânia, ____, de _____, de 201 ____.

Assinatura do participante

___/___/___

Data

Assinatura do responsável pelo estudo

___/___/___

Data

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA- RESIDENTE

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC/GO
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
 MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE RESIDENTES

ROTEIRO DE ENTREVISTA – RESIDENTE

DADOS DEMOGRÁFICOS, REALIDADE DE VIDA E FORMAÇÃO

Entrevista nº: _____ Data: ____/____/____ Gravação: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____ Nº de filhos: _____

Estado civil: () Solteiro (a) () Casado(a) () Divorciado(a) () União Estável () Viúvo(a)

Município de origem: _____

Moradia atual: _____ Reside com quem: _____

Instituição onde realizou a graduação: _____

Ano de conclusão: _____

Você já cursou outra pós-graduação? (Se positivo)

Qual (is) foi (ram) o(s) curso(s)? Em que ano você concluiu?

SAÚDE

1. Para você, o que é saúde?
2. Diante desta compreensão de saúde, como você vê o SUS no HC/UFG?

INTERDISCIPLINARIDADE

3. Como você compreende a interdisciplinaridade?
4. Diante disso, como você vê a interdisciplinaridade no HC/UFG?

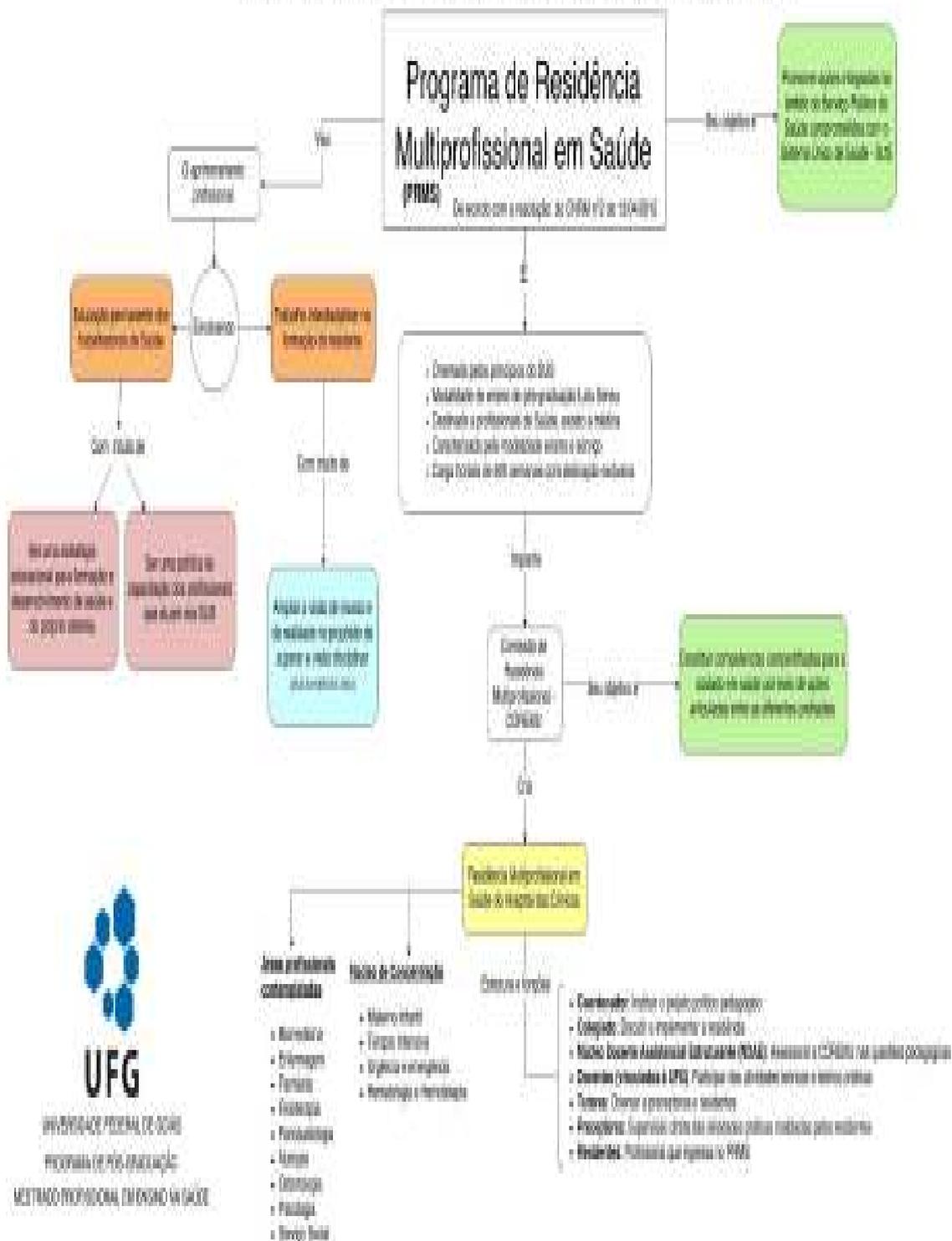
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

5. Qual sua compreensão sobre formação profissional?
6. O que motivou você a buscar a formação em serviço no Programa de Residência em Saúde do HC/UFG/EBSERH?
7. Qual sua expectativa pessoal e profissional em relação ao programa?

8. Qual área de concentração você esta inserida (o)?
9. Você tem conhecimento do regimento interno do programa? Comente.
10. E o manual do residente? Comente.
11. Na sua opinião, qual a importância das atividades teóricas (eixo específico, eixo comum a área de concentração e eixo transversal), que obrigatoriamente, conta com o apoio de docentes, para a sua formação como pessoa, profissional e para promover o diálogo com as outras disciplinas?
12. A realização das atividades teórico-práticas (estudo/análise de casos clínicos) propicia a cada profissional, questionar, opinar, discutir, atuar com relação a determinada ação? Comente
13. Como você vê sua atuação na vivência entre os núcleos de saberes das diferentes profissões? Comente
14. Você identifica uma ação interdisciplinar nesta atuação e como se concretiza na prática?
15. As atividades no cenário de prática previstas na matriz curricular são supervisionadas por preceptores? Comente.
16. Como você analisa as relações construídas entre residentes, preceptores e tutores?
17. O que você considera importante na garantia do processo de ensino-aprendizagem na residência?
18. Qual a contribuição da Residência Multiprofissional em Saúde do HC/UFG/EBSERH na sua formação profissional?

ANEXO 1 – MAPA CONCEITUAL DO PROGRAMA DE RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HC-UFG/EBSERH

Mapa conceitual do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde



Residência: Educar para transformar a prática

ANEXO 2 – DISCIPLINAS DO EIXO TRANSVERSAL

DISCIPLINAS DO EIXO TRANSVERSAL	EMENTA	CH
Ética e bioética	Aspectos conceituais da ética (deontologia, bioética, valor, moral, ética, direito, ética prática). Aspectos históricos da Bioética. Correntes teóricas do estudo da Bioética. Análise crítica do princípalismo bioético. Regulamentação da ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução CNS/MS 196/96: análise crítica e suas implicações para a prática da pesquisa Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ética em pesquisa envolvendo animais. Situações persistentes e emergentes: tópicos atuais de reflexão. Análise de conflitos em bioética clínica.	60
Pesquisa em saúde/Epidemiologia	Concepções teóricas de Estado, sociedade e saúde; Relação entre Estado e sociedade e o atendimento á saúde; Relação público e privado na saúde; Fenômenos socioeconômicos e saúde, enquanto estado vital, Campo de saber e setor produtivo, analisando múltiplas dimensões que conformam tais fenômenos nas sociedades contemporâneas; A determinação social do processo saúde-doença; Cuidado em saúde.	90
Educação em saúde	Historicidade; Conceito de saúde/doença; Conceito de epidemiologia; Fatores determinantes; Usos da epidemiologia; História natural da doença; Prevenção em saúde; Elementos e mecanismos de propagação de doenças transmissíveis; Coeficientes e índices; Indicadores de saúde (morbidade, mortalidade, fecundidade); Variável; Metodologia epidemiológica (Estudos: descritivos, experimentais, ecológico, seccionais, coortes, caso-controle); Ciclo operacional da epidemiologia; Vigilância epidemiológica e Níveis hierárquicos da vigilância epidemiológica. Ementa: Concepções gerais em epistemologia: teoria, hipóteses e modelos; conhecimentos científico e popular; métodos, medidas e análise quantitativa e qualitativo-interpretativa; observação e experimentação; paradigmas correntes em ciências da saúde; estudo de caso e estudo série de casos; formas de produção e avaliação do conhecimento; acesso a banco de dados bibliográficos (Portal de Periódicos da Capes, BVS, SCIELO, outros).	60
Estado sociedade e saúde	História da Educação: debate teórico e metodológico atual; Abordagens educacionais e suas teorias: Histórico da educação em saúde no Brasil; Relações entre Educação e Saúde; Comunicação e Informação em saúde; A dimensão pedagógica das atividades dos profissionais da saúde na assistência ao paciente; Prática multidisciplinar em relação à educação em saúde; Educação popular em saúde.	60

ANEXO 3 – DISCIPLINAS DO EIXO DE ÁREA DE CONCENTRAÇÃO

• URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

DISCIPLINAS DO EIXO UE	EMENTA	CH
CCIH - Controle e Prevenção de Infecção Relacionadas aos Serviços de Saúde (I.R.A.S.)	Prevenção e Controle das Infecções Associadas à Assistência de Saúde (IAAS). Anti-sepsia; Desinfecção e Esterilização. Precauções e Isolamentos no Controle de IAAS. Controle de Infecção em áreas especiais: Radiologia, Hemodinâmica, Hemodiálise e Diálise, Centro Cirúrgico, Nutrição e Lactário, Banco de Sangue e UTI's. Controle de Infecção em áreas de apoio: Endoscopia, Lavanderia, Higienização/ gerenciamento de Resíduos, CME, Farmácia e Laboratório. Epidemiologia das principais síndromes infecciosas; principais agentes infecciosos relacionados com infecção respiratória associada à ventilação mecânica; Infecção do Trato Urinário (ITU) relacionado com a sondagem vesical e Infecção da Corrente Sanguínea relacionada a cateter; Medidas de prevenção e controle das infecções adquiridas nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Rotina adequada para laboratório de microbiologia: normas para coleta, conservação e transporte de material para exame.	60
Seminário I	A Política Nacional de Urgência e Emergência.	60
Organização dos Serviços de Saúde em Urgência e Emergência	Abordagem teórico-conceitual sobre a evolução histórica das Políticas e dos Sistemas de Saúde no Brasil. A trajetória das Políticas de Saúde deverá ser discutida a luz das razões do Estado para sua implantação e implementação. Discriminar nesta trajetória os marcos legais, as condicionalidades para acesso a estas políticas. Abordar o conceito de Cidadania Regulada e de Universalidade como pares dialéticos estruturantes destas políticas, a emergência dos princípios e diretrizes que derivam do projeto de Reforma Sanitária Brasileira, o desenvolvimento deste projeto e sua repercussão em relação ao desenvolvimento da função regulatória do Estado, sobretudo acerca da regulação de sistemas de saúde. A Política Nacional de Urgência e Emergência e seus marcos legais. A gestão em saúde para o nível local, analisando aspectos de recursos humanos, de materiais, informação em saúde e apoio logístico nos serviços de urgência e emergência. Novos Paradigmas para a Administração Pública. Os Desafios, Demandas e Pressupostos na nova administração pública nos serviços de urgência e emergência.	60
Seminário II		60
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)		60
A Gestão da Qualidade nos Serviços de Urgência e Emergência	Histórico, Conceitos e Definições da qualidade, protocolos de gestão, controles interno e externo, educação continuada da equipe. Índices de qualidade em serviços de saúde na U.E.	60
Seminário III		60
TCC		60
Cuidados Multidisciplinares em U.E.	Construção de fluxos e rotinas de trabalho na perspectiva interdisciplinar. Perspectivas e desafios para o trabalho em equipe multidisciplinar	60
Seminário IV		60

TCC		60
-----	--	----

• TERAPIA INTENSIVA

DISCIPLINAS DO EIXO TI	EMENTA	CH
CCIH - Controle e Prevenção de Infecção Relacionadas aos Serviços de Saúde (I.R.A.S.)	Prevenção e Controle das Infecções Associadas à Assistência de Saúde (IAAS). Anti-sepsia; Desinfecção e Esterilização. Precauções e Isolamentos no Controle de IAAS. Controle de Infecção em áreas especiais: Radiologia, Hemodinâmica, Hemodiálise e Diálise, Centro Cirúrgico, Nutrição e Lactário, Banco de Sangue e UTI's. Controle de Infecção em áreas de apoio: Endoscopia, Lavanderia, Higienização/ gerenciamento de Resíduos, CME, Farmácia e Laboratório. Epidemiologia das principais síndromes infecciosas; principais agentes infecciosos relacionados com infecção respiratória associada à ventilação mecânica; Infecção do Trato Urinário (ITU) relacionado com a sondagem vesical e Infecção da Corrente Sanguínea relacionada a cateter; Medidas de prevenção e controle das infecções adquiridas nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Rotina adequada para laboratório de microbiologia: normas para coleta, conservação e transporte de material para exame.	60
Seminário I – Cuidado multidisciplinar na sepse	Justificativa multiprofissional do tema com check list dos objetivos a serem conseguidos. Conceitos de sepse. Classificação e diagnóstico de sepse. População de risco. Fisiopatologia da sepse. Identificação de pacientes com sinais e sintomas de sepse. Apresentação e discussão de trabalhos empíricos e/ou teóricos clínicos sobre protocolos de sepse. Elaboração de projeto de intervenção multiprofissional e interdisciplinar em saúde. Estudos de caso.	60
A Unidade de Terapia Intensiva no mundo contemporâneo	Legislações relacionadas ao funcionamento das UTIs no Brasil. Cuidados paliativos. Morte e terminalidade. Doação de órgãos. Humanização em UTI.	60
Seminário II – Cuidados multidisciplinares em UTI	Justificativa multiprofissional do tema. Caracterização multidisciplinar do paciente em UTI. Assistência multidisciplinar do paciente em UTI. A família do paciente em UTI. Psicodiagnóstico da UTI. Elaboração de projeto de intervenção multiprofissional e interdisciplinar em saúde. Padronização de termos técnicos. Estudos de caso.	60
Monografia I	Projeto de pesquisa. Acesso às bases de dados. Revisão sistemática da literatura. Elaboração do projeto de pesquisa.	50
Práticas integradas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	Distúrbios cardiovasculares e hemodinâmicos do paciente crítico. Abordagem interdisciplinar dos distúrbios clínicos e cirúrgicos em terapia intensiva. Farmacologia intensiva. Nutrição intensiva e distúrbios metabólicos. Abordagem tecnológica do paciente crítico. Infectologia intensiva. Neurointensivismo, aspectos	60

	psicobiológicos, psiquiátricos e comportamentais do paciente crítico.	
Seminário III – Atenção multidisciplinar nos cuidados paliativos	Justificativa multiprofissional do tema. Diretrizes da OMS sobre cuidados paliativos e de terminalidade. Conceito de cuidados paliativos. Ética dos cuidados paliativos. Avaliação junto aos profissionais de saúde para caracterização do paciente em cuidados paliativos. Visita domiciliar. Elaboração de projeto de intervenção multiprofissional e interdisciplinar em saúde. Apresentação e discussão de trabalhos empíricos e/ou teóricos clínicos sobre protocolos de cuidados paliativos. Estudos de caso.	60
Monografia II	Funcionamento do CEP. Envio do projeto à Plataforma Brasil. Elaboração de artigo científico. Execução do projeto de pesquisa.	52
Segurança no cuidado ao paciente crítico	Aliança mundial para a segurança do paciente, gerenciamento de riscos, indicadores de segurança. Monitorização de eventos adversos em relação à assistência ao Paciente crítico. Farmacovigilância; Tecnovigilância e Hemovigilância	60
Seminário IV – Atenção multidisciplinar no desmame da ventilação mecânica	Justificativa multiprofissional do tema. Bases teóricas do desmame da ventilação mecânica. Protocolos de desmame da ventilação mecânica. Identificação dos elegíveis para o teste de respiração espontânea. Estudos de caso.	60
Monografia III	. Regras do Trabalho de Conclusão de Curso. Execução do projeto de pesquisa. Submissão de artigos.	60

• MATERNO INFANTIL

DISCIPLINAS DO EIXO MI	EMENTA	CH
CCIH - Controle e Prevenção de Infecção Relacionadas aos Serviços de Saúde (I.R.A.S.)	Prevenção e Controle das Infecções Associadas à Assistência de Saúde (IAAS). Anti-sepsia; Desinfecção e Esterilização. Precauções e Isolamentos no Controle de IAAS. Controle de Infecção em áreas especiais: Radiologia, Hemodinâmica, Hemodiálise e Diálise, Centro Cirúrgico, Nutrição e Lactário, Banco de Sangue e UTI's. Controle de Infecção em áreas de apoio: Endoscopia, Lavanderia, Higienização/ gerenciamento de Resíduos, CME, Farmácia e Laboratório. Epidemiologia das principais síndromes infecciosas; principais agentes infecciosos relacionados com infecção respiratória associada à ventilação mecânica; Infecção do Trato Urinário (ITU) relacionado com a sondagem vesical e Infecção da Corrente Sanguínea relacionada a cateter; Medidas de prevenção e controle das infecções adquiridas nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Rotina adequada para laboratório de microbiologia: normas para coleta, conservação e transporte de material para exame.	60
Seminário I		60
Fundamentos da Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente	Condicionantes históricos e sociais da saúde da criança e do adolescente; Indicadores de saúde e doença; Qualidade de vida no processo saúde-doença na infância e adolescência; Políticas públicas de proteção à criança e ao adolescente; Doenças	60

	prevalentes da infância; Atenção integral à saúde da criança e do adolescente: transtornos alimentares, hipertensão arterial, violência.	
Seminário II		60
Monografia I	Projeto de pesquisa. Acesso às bases de dados. Revisão sistemática da literatura. Elaboração do projeto de pesquisa.	50
Fundamentos da Atenção à Saúde Materna	Políticas públicas, direitos reprodutivos e saúde materna; Promoção da saúde materna e prevenção de doenças; Saúde e sexualidade; Gestação normal e de alto risco; Parto e puerpério; Mortalidade materna; Direitos da mulher trabalhadora; Planejamento familiar.	60
Seminário III		60
Monografia II	Funcionamento do CEP. Envio do projeto à Plataforma Brasil. Execução do projeto de pesquisa. Elaboração de artigo científico.	52
Atenção a Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência e Violação de Direitos	A concepção de violência numa perspectiva sócio-econômica e cultural com ênfase nos fatores que levam à sua ocorrência. Marcos legais referentes aos direitos da mulher, da criança e do adolescente vítimas de violência. Modalidades de violência, sua identificação, formas de atendimento, encaminhamento e intervenção junto às famílias.	60
Seminário IV		60
Monografia III	Regras do Trabalho de Conclusão de Curso. Execução do projeto de pesquisa. Submissão de artigos.	60

• HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

DISCIPLINAS DO EIXO HH	EMENTA	CH
Seminário I e Estudos de casos	Elaboração de projeto de intervenção multiprofissional e interdisciplinar em saúde; Apresentação e discussão de trabalhos empíricos e/ou teóricos clínicos vinculados aos eixos específicos e aos cenários de prática.	60
Cuidados Multidisciplinares em Onco-Hematologia		60
Seminário II	Elaboração de projeto de intervenção multiprofissional e interdisciplinar em saúde; Apresentação e discussão de trabalhos empíricos e/ou teóricos clínicos vinculados aos eixos específicos e aos cenários de prática	60
Elaboração da Monografia	Orientação por preceptor ou docente, de acordo com escolha do aluno para a elaboração do trabalho monográfico.	50
Distúrbios da Coagulação e Transplante de Medula Óssea		60

Seminário III		60
Elaboração da Monografia II	Orientação por preceptor ou docente, de acordo com escolha do aluno para a elaboração do trabalho monográfico.	52
Aspectos Biopsicossociais		60
Seminário IV		60
Monografia III	Orientação por preceptor ou docente, de acordo com escolha do aluno para a elaboração do trabalho monográfico.	60

ANEXO 4 – DISCIPLINAS DO EIXO ESPECÍFICO

• BIOMEDICINA

DISCIPLINAS	EMENTA	CH
Hematologia laboratorial	Exames laboratoriais úteis no diagnóstico e acompanhamento dos pacientes com doença hematológica. Interpretação do hemograma e das provas de hemostasia. Estudo dos hemocomponentes e hemoderivados enfocando métodos de obtenção e utilização em conduta hemoterapia. Aconselhamento genético. Garantia da qualidade em hematologia. Noção do papel do laboratório clínico no transplante de medula óssea.	60
Interpretação de Exames Laboratoriais	Interpretação de exames laboratoriais nos serviços de urgência e emergência e correlação com os distúrbios hematológicos, cardiovasculares, renais, hepáticos e imunológicos.	60
Gestão e Organização em Laboratório Clínico e Banco de Sangue	Aspectos legais e técnicos para implantação de laboratórios clínicos e bancos de sangue. Implantação de sistemas de gerenciamento com documentação obrigatória, registros, informatização e emissão de laudos, bem como o rastreamento de amostras e controle de insumos. Planejamento e montagem de organograma e fluxograma de atendimento, seguindo normas técnicas e de segurança definidas pela ANVISA e entidades afins. Sistemas de avaliação para colaboradores e parceiros.	60
Laboratório Clínico na Prevenção e Controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (I.R.A.S)	Coletar sistematicamente dados, analisar e instituir medidas padronizadas em rotinas de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência a saúde com acompanhamento clínico laboratorial priorizando a urgência e emergência.	60
Gestão dos Resíduos dos Serviços de Saúde	Biossegurança e legislação pertinente. Agentes físicos, químicos e biológicos. Biossegurança em serviços de saúde. Descarte dos resíduos dos serviços de saúde.	60
Estudo das doenças hematológicas	Fisiopatogenia das anemias hereditárias e adquiridas. Estudo das doenças que envolvem a hemostasia e métodos de diagnóstico. Fisiopatogenia das doenças onco-hematológicas, síndromes mielodisplásicas e insuficiência medular. Correlação clínica com os testes de diagnóstico. Importância dos exames laboratoriais na conduta terapêutica. Influência dos medicamentos utilizados em doenças medulares nos exames laboratoriais.	60

• ENFERMAGEM

DISCIPLINAS	EMENTA	CH
Assistência de Enfermagem ao pacientes críticos nas afecções clínicas	Exame físico geral. Assistência de enfermagem aos pacientes críticos com afecções neurológicas, respiratória, cardiovascular, gastrointestinal, renal/urológico, endócrino/hematológico.	90
Sistematização da assistência de enfermagem obstétrica e neonatal	O cuidado à mulher no período pré-conceptivo, conceptivo e pós-conceptivo e ao recém-nascido. Oferece situações de aprendizagem para o cuidado dessa população. Contextualiza aspectos éticos, morais, políticos e culturais relativos ao cuidado da mulher. Integra conhecimentos de pesquisa ao cuidado da mulher. O cuidado à criança e família em diferentes situações do seu existir. O conhecimento de conteúdos e princípios da tecnologia com significado para o cuidado à criança. Contextualiza os aspectos éticos, morais, políticos e culturais relativos ao	60

	cuidado da criança nas diferentes etapas do crescimento e desenvolvimento. Integra os conhecimentos de pesquisa ao cuidado da criança.	
Assistência de Enfermagem Infanto-juvenil	Valer-se das políticas públicas de saúde para propor, como também, desenvolver alternativas de educação e promoção da saúde, prevenção e reabilitação de doenças da criança, do adolescente e sua família de acordo com o contexto dos sujeitos envolvidos e natureza do programa e/ou estratégia. Compreender o processo de crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente fazendo o diagnóstico das suas necessidades, planejando e implementando os cuidados de enfermagem tendo como paradigma a humanização do cuidado. Desenvolver habilidades técnicas para cuidar a criança, o adolescente, sua família e/ou cuidador com enfoque interdisciplinar em consonância com a ciência, as tecnologias e o cuidado humanizado. Mobilizar os conhecimentos, atitude investigativa, educativa e habilidades para cuidar da criança, do adolescente e de sua família, considerando sua realidade e a enfermagem baseada em evidências.	90
Sistematização da Assistência de Enfermagem e Gestão do cuidado	Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Instrumentos de Sistematização da Assistência de Enfermagem. Metodologia de Assistência de Enfermagem (MAE). Padronização de normas e procedimentos. Plano de Cuidados. Protocolos. Padronização de Processos de Trabalho. Processo de enfermagem e suas etapas operacionais. Teorias de Enfermagem. Taxonomia de diagnósticos da NANDA. Taxonomia de intervenções – NIC. Taxonomia de resultados- NOC. Gestão do cuidado. Modalidades de gestão do cuidado: primary nursing, gerenciamento de casos, cuidado total ao paciente, enfermagem funcional, enfermagem em equipe.	60
Assistência de enfermagem nas urgências e emergências Clínicas/ Cirurgias de Grande Porte	Exame físico geral; assistência de enfermagem nas urgências e emergência neurológicas, cardiovascular, respiratória, gastrointestinal, renal/urológico e endócrino/hematológico.	90
Assistência de enfermagem nas urgências e emergências Cirúrgicas e Traumáticas	Avaliação primária e secundária ao politraumatizado. Prevenção do trauma. Princípios de ouro do atendimento pré-hospitalar. Biomecânica do trauma. Avaliação da cena. Imobilizações. Controle de vias aéreas e ventilação. Choque hemorrágico, trauma de abdome, tórax, músculo esquelético. Lesão cerebral traumática e trauma vértebro-medular. Abdome agudo.	50
Assistência de enfermagem nas urgências e emergências Ginecológicas, Obstétricas e Pediátricas.	abortamento, gravidez ectópica, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG): pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia. Emergências ginecológicas: dor pélvica. Trauma pediátrico: atendimento inicial na criança politraumatizada, intoxicações exógenas, queimaduras. Assistência de enfermagem as urgências e emergências respiratórias, cardiovasculares e neurológicas, oxigenoterapia, aerosolterapia e ventilação mecânica.	40

• FONOAUDIOLOGIA

DISCIPLINAS	EMENTA	CH
Deglutição e seus Distúrbios	Anatomofisiologia da deglutição Definições: Deglutição e Deglutição Atípica, Disfagia (mecânica & neurogênica); Disfagias suas origens, classificações e tipos; Manifestação e sintomas; Fatores relevantes na avaliação das disfagias: história progressiva, nível de consciência, dentre outros; Atendimento do disfágico no leito; Avaliação funcional da deglutição;	60

	<p>Avaliação instrumental; Avaliação clínica; Tratamento Fonoaudiológico; Tratamento direto e indireto; Pontos motores; Técnicas para eliciar reflexos; Paciente monitorado (saturação, batimentos, PA); Vias alternativas de alimentação: enteral (GTT, SNE, SNG) e parenteral; Transição alimentar (evolução da dieta); Inter-relação postura deglutição; Traqueostomia; Disfagia Mecânica: causas; Disfagia Mecânica: tratamento; Disfagia Neurogênica: causas; Disfagia Neurogênica: tratamento; Disfagia Neurogênica: patologias mais comuns; Farmacologia aplicada a Fonoaudiologia; Interpretação de neuroimagens.</p>	
Atenção Fonoaudiológica na Neonatologia	<p>Política de aleitamento materno no Brasil: enfoque para ações de proteção, promoção e apoio; Iniciativa hospital amigo da criança; Classificação do recém-nascido e principais intercorrências neonatais dos RNT e RN pré-termo; Anatomia e fisiologia da lactação; Situações especiais na amamentação (gemelares, icterícia, síndrome de down, fissuras lábio-palatal); Aspectos do aconselhamento em amamentação; Atuação fonoaudiológica no banco de leite humano e no alojamento conjunto e unidade neonatal; Norma de atenção humanizada ao recém-nascido baixo peso/método mãe-canguru; Intercorrência do RNPT e baixo peso; Aspectos psicoafetivos e família; Atuação fonoaudiológica com o recém-nascido prematuro e baixo peso ao nascer nos cuidados intermediários, UTI - Neo e ambulatório; Coordenação das funções orais: sucção, deglutição, respiração; Transição da alimentação por sonda para via oral; Estimulação da amamentação para RN de risco (prematuros, broncodisplásico); Aprendendo a analisar o prontuário e evoluir condutas; Preparação para alta; Teste da orelhinha.</p>	60
O adulto em unidade de terapia intensiva	<p>Fisiopatologia das doenças críticas; Alterações do estado mental na UTI; Sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular; Monitorização ventilatória do paciente crítico; Suporte Nutricional ao paciente crítico; Quem é o paciente de risco Fonoaudiológico; Critérios de enquadramento para avaliação fonoaudiológica na UTI; Traqueostomia e decanulação; Escala mais utilizadas em UTI; Avaliação/Protocolos; Reabilitação.</p>	30
Distúrbios da Voz	<p>Definições e classificação; Anatomofisiologia do aparelho fonador; Disfonia: definição e classificação; Disfonia funcional: mau uso da voz, inaptações e alterações fônicas; Disfonias orgânicas; Disfonias orgânico-funcionais; Avaliação instrumental; Avaliação clínica; Tratamento.</p>	30
Linguagem e Memória	<p>Definições de linguagem; Ontogênese da linguagem; Organização neuroanatômica; Recepção e expressão da linguagem. Alterações de linguagem encontradas em pacientes no ambiente hospitalar; Avaliação e tratamento; Definição e classificação de memória; Demência definição e tipos; Memória na demência; Avaliação e tratamento para distúrbios da memória; O uso de novas tecnologias no tratamento da memória e da linguagem.</p>	60

• NUTRIÇÃO

DISCIPLINAS	EMENTA	CH
Assistência nutricional I	Avaliação nutricional. Nutrição nas situações diversas: doenças intestinais e hepáticas, diabetes, cirurgia, diarreia, prematuro. Gastronomia hospitalar. Compostos bioativos dos alimentos.	60
Assistência nutricional II	Nutrição nas situações diversas: neurologia, transplante, disfagia, doenças cardiovasculares e pancreáticas, paciente grave e Síndrome da Imunodeficiência adquirida. Monitorização da terapia nutricional. Doenças transmitidas por alimentos. Guia Alimentar para a população brasileira. Substâncias tóxicas geradas no processo de produção de refeições.	60
Assistência nutricional III	Nutrição nas situações diversas: câncer, doença terminal, imunidade, desnutrição, hematologia, fibrose cística, envelhecimento, inflamação e gestação. Segurança alimentar. Gastronomia funcional.	60
Assistência nutricional IV	Terapia nutricional. Nutrição nas situações diversas: gestação, pediatria, intolerância e alergia alimentar, obesidade, doenças renais.	60

• ODONTOLOGIA

DISCIPLINAS	EMENTA	CH
Dor e ansiedade no cuidado à saúde bucal	Noções de anestesia geral. Técnicas anestésicas locais. Anestésicos locais. Pré-anestesia: tranquilizantes. Complicações anestésicas. Sedação mínima e moderada para tratamento odontológico.	60
Urgências odontológicas hospitalares: diagnóstico e conduta	Infecções odontogênicas. Traumatismo dentoalveolar. Traumatismo bucomaxilofacial. Terapêutica medicamentosa. Equilíbrio hidroeletrólítico. Complicações medicamentosas. Interações medicamentosas.	60
Processo saúde-doença bucal: diagnóstico e tratamento	Cárie dentária. Infecções odontogênicas. Infecções periodontais. Lesões de tecidos moles bucais. Lesões ósseas do complexo bucomaxilofacial. Disfunções temporomandibulares. Manifestações orais de doenças sistêmicas. Lesões orais por outros agravos.	60

• FARMÁCIA

DISCIPLINAS	EMENTA	CH
Farmácia Hospitalar	Organização Hospitalar. Farmácia Hospitalar. Planejamento e Aquisição de medicamentos. Armazenamento e Controle de Estoque. Sistemas de Distribuição de Medicamentos. Farmacêutico nas Comissões Hospitalares. Farmácias Satélites. Farmacovigilância. Antineoplásicos. Segurança do Paciente.	60
Estudos de Casos em Hematologia	Anemias. Hemostasia e Trombose. Doenças Linfoproliferativas.	60

	Doenças Mieloproliferativas. Outras Manifestações Hematológicas.	
Interpretação de exames laboratoriais	Alterações em exames laboratoriais e correlação com a fisiopatologia de doenças hematológicas, endócrinas, hepáticas, pancreáticas, cardiovasculares, renais, neoplásicas e imunológicas.	60
Serviços Farmacêuticos Clínicos direcionados ao paciente crítico	Conceituação de Serviços Farmacêuticos Clínicos. Legislação de suporte à realização de Serviços Farmacêuticos Clínicos. Ferramentas para a realização de Serviços Farmacêuticos Clínicos. Serviços Farmacêuticos para melhoria da Adesão ao tratamento. Serviços Farmacêuticos de informação e orientação à equipe de saúde. Serviços Farmacêuticos de conciliação de medicamentos. Serviços Farmacêuticos de acompanhamento farmacoterapêutico.	60
Farmacotécnica Hospitalar	Legislação e técnicas de unitarização; Cálculos usados no preparo, diluição e adaptação de formas farmacêuticas a condições clínicas específicas; Técnicas de obtenção de preparações estéreis parenterais: antineoplásicos e nutrição parenteral; Manejo de nutrição parenteral; Determinação da estabilidade de medicamentos e fontes de informação sobre estabilidade de formulações extemporâneas	30
Farmácia e Saúde Coletiva	Esta disciplina busca analisar as possibilidades de interação entre a Saúde Coletiva e a profissão farmacêutica, tendo como enfoque a relação interdisciplinar usuário/serviço de saúde/ciências farmacêuticas. Além disso, será trabalhada a formação de projetos de pesquisa e ações no serviço de saúde.	30

• FISIOTERAPIA

DISCIPLINAS	EMENTA	CH
Fisiologia e Anatomia do Sistema Respiratório Adulto e Neonatal	Estrutura e função, Controle, Ventilação, Difusão, Transporte de gases, Mecânica da respiração, Relação ventilação-perfusão, Metabolismo	30
Semiologia	Biomecânica, avaliação do paciente crítico, exame musculoesquelético, exame respiratório, exame vascular, exame neurológico, avaliação pré e pós operatória,	60
Fundamentação ao Fisioterapeuta Pneumofuncional em Terapia intensiva	Farmacologia, imagiologia, exames laboratoriais, capnografia, cuidados com vias aéreas artificiais, posicionamento	60
Recursos da Fisioterapia Pneumofuncional	Técnicas instrumentais e não-instrumentais em fisioterapia, Recursos Manuais, Testes específicos em fisioterapia	60

• PSICOLOGIA

DISCIPLINAS	EMENTA	CH
Saúde e Doença na Perspectiva da Psicologia da Saúde	Aspectos psicológicos em doenças crônicas; o ser e o estar doente; qualidade de vida em doenças crônicas; desmedicalizando o conceito de saúde; o cuidado com o cuidador; a relação médico-paciente; a relação terapeuta-paciente e o estresse crônico ocupacional.	60
Métodos e Medidas de Avaliação em Psicologia	Roteiro de Avaliação Psicológica no Hospital Geral; Entrevista psicológica; Avaliação psicológica em UTI; Intervenções	60

Hospitalar	psicológicas breves, anotações em prontuário; Psicoterapia Breve/Focal (individual e grupal); Grupo psicoeducativos; grupos terapêuticos; interconsulta.	
Psicologia da Personalidade e Psicossomática	Estrutura Psíquica, Desenvolvimento da Personalidade, Tipos e Transtornos de Personalidade, Mecanismos de Defesa, Síndrome Geral de Adaptação, Órgãos de choque, Fenômenos psicossomáticos: infância, adolescência, gineco-obstetricia, cardiologia, dor, gastroenterologia, oncologia, endocrinologia, reumatologia, distúrbios respiratórios e dermatologia.	60
Urgências Psicológicas, Terminalidade e Luto	Cuidados Paliativos, a morte e o morrer, resiliência em família, luto na infância, o manejo de dor em casos terminais, a Bioética do morrer	60

• SERVIÇO SOCIAL

• DISCIPLINAS	EMENTA	CH
Fundamentos Históricos, Teórico- Metodológico do Serviço Social	Contribuir com elementos para reflexão do desenvolvimento sócio-histórico do Serviço Social no Brasil em seu processo de institucionalização como profissão e seu movimento diante às transformações societárias com vistas a iluminar os desafios a serem enfrentados na cena contemporânea. Nesse sentido, discute-se o movimento histórico da gênese à contemporaneidade com ênfase na análise das transformações societárias e seus rebatimentos no Serviço Social – o projeto profissional de ruptura e as bases de consolidação do projeto ético-político 1990 –, questões que afetam as atribuições, competências e requisitos à formação profissional em Serviço Social.	60
Questão Social, Saúde e Serviço Social	O processo de produção e reprodução da questão social na sociedade capitalista e suas novas configurações na cena contemporânea. As principais formas de expressão da questão social no Brasil/Goiás e sua relação com o processo saúde-doença. Análise histórica das políticas de saúde: determinantes políticos, sócio-econômicos, ambientais e institucionais, no âmbito da relação Estado e Sociedade. Os determinantes do processo saúde-doença para o assistente social no enfrentamento das expressões da questão social.	60
Fundamentos da Política Social e da Seguridade Social Brasileira	A política social como componente da relação entre Estado e Sociedade. Emergência, desenvolvimento e crise do Estado de Bem Estar Social e a alternativa neoliberal. Estado e sociedade civil na constituição da política social brasileira. Natureza e desenvolvimento da Seguridade Social Brasileira: configurações sócio-históricas e político-culturais. Processos de formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas públicas em seus eixos programáticos: gestão, controle social e financiamento.	60
Ética, Direitos Humanos e Serviço Social	O desenvolvimento sócio-histórico da moral e da ética. O significado da justiça e dos Direitos Humanos na sociedade burguesa. Cultura de defesa da Ética e dos Direitos Humanos. A dimensão Ética do Serviço Social e a configuração histórica do Projeto Profissional. Desafios profissionais na objetivação da Ética vinculada à defesa dos Direitos Sociais e Humanos.	60