

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: INSERÇÃO DE ATORES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Gustavo Christofoletti*

Oleci Pereira Frota**

Alessandra Rigo Pinheiro***

Delaine da Rocha Generoso****

Maria de Fátima Meinberg Cheade*****

RESUMO

Os programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) são regulamentados pelos Ministérios da Educação e da Saúde, e visam promover assistência à população e formar profissionais de excelência para o trabalho, segundo as necessidades de saúde local. O objetivo deste estudo foi analisar a inserção da RMS no hospital universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Sob um desenho prospectivo, foi analisada a assistência realizada pelos residentes da fisioterapia, enfermagem, odontologia, farmacologia e nutrição, nos sete primeiros meses de implantação do programa. Os dados foram coletados do livro de registros de atendimentos e analisados segundo: perfil e o número de pacientes assistidos; quantidade de atendimentos realizados por especialidade; e desfecho dos casos. Na análise estatística, aplicaram-se os testes qui-quadrado e Mann-Whitney (U), com significância de 5%. Quarenta e seis pacientes foram atendidos pela equipe durante o período, perfazendo 1.979 atendimentos (média de 43,02 assistências/paciente). Não houve diferença entre a quantidade de atendimentos realizados por cada área ($p=0,89$). A implantação da RMS no referido hospital mostrou-se positiva, proporcionando amparo e conforto aos pacientes. Estabelecer múltiplos cenários de prática integrada é fundamental para a formação de profissionais especializados voltados ao setor público de saúde.

Palavras-chave: Equipe de assistência ao paciente. Internato e residência. Cuidados críticos.

INTRODUÇÃO

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – área de concentração em Atenção aos Pacientes Críticos (RMS/UFMS) – constitui uma modalidade de residência multiprofissional em saúde regulamentada pelos Ministérios da Educação e da Saúde, a qual é apoiada pelo Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HU) da UFMS. Respalhada pela Lei Federal nº 11.129 de 2005, a referida residência é composta por profissionais das áreas de fisioterapia, enfermagem, farmacologia, odontologia e nutrição, e desenvolvida no HU/UFMS mediante supervisão docente-assistencial. Visa à realização da atenção especializada ao paciente, com formação qualificada para a assistência à saúde da população brasileira e para a

reorganização do processo de trabalho em saúde na direção dos princípios e diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁻³⁾.

No atual contexto da saúde, a inserção e a vivência propiciada pelos programas de residência nos hospitais universitários federais e nos demais serviços do SUS vêm sendo enfatizadas e requeridas, diante da necessidade de formar profissionais com competências necessárias para a atenção integral à saúde por meio do trabalho em equipe, tendo como centralidade as necessidades de saúde da população^(4,5). Essa necessidade é mais premente devido ao perfil dos profissionais das áreas da saúde que estão sendo formados para a atenção individualizada, centrada na doença e nos procedimentos, com pouco conhecimento e quase nenhum envolvimento com o sistema público de saúde⁽⁶⁻⁸⁾.

A RMS/UFMS é uma modalidade de treinamento em serviço que tem como base a

*Fisioterapeuta. Doutor em Ciências Biomédicas. Professor Adjunto III do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). E-mail: g.christofoletti@ufms.br

**Enfermeiro. Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da UFMS. E-mail: olecifrota@gmail.com

***Fisioterapeuta. Especialista em Saúde-Intensivismo. Docente do Curso de Fisioterapia da UFMS. E-mail: ale_rigo@hotmail.com

****Fisioterapeuta. Especialista em Saúde-Intensivismo. Fisioterapeuta Intensivista da Associação Beneficente de Campo Grande (ABCG). E-mail: delaine.generoso@hotmail.com

*****Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta IV do Curso de Enfermagem da UFMS. E-mail: mdfcheade@uol.com.br

aprendizagem pela prática cotidiana. Essa prática é caracterizada pela aquisição progressiva de aptidões técnicas e relacionais, capitais no desenvolvimento do profissional aprendiz, bem como pelas ações de extensão e de pesquisa, através da exposição a situações próprias para a formação, não artificiais – tão pouco artificializadas –, mas que representam momentos do cotidiano pensados para serem didáticos⁽⁹⁾.

Apesar de a RMS não ser centrada na pesquisa, a participação do residente em atividades científicas é importante para a sua formação. Envolvido com atividades assistenciais, o residente experimenta a prática nos diferentes cenários de atendimento ao paciente crítico, com uma interface entre o núcleo hospitalar e a atenção básica da rede pública de saúde. A formação em serviço do residente possibilita ainda que ele possua uma compreensão mais ampla do contexto e dos determinantes de saúde, sob uma visão ampliada e complexa, no âmbito da promoção, prevenção e reabilitação⁽¹⁰⁾.

Adicionalmente, está o trabalho em equipe – importante diferencial inerente à RMS. A proposta de operacionalização da RMS visa à formação coletiva inserida no mesmo campo de trabalho, sem deixar de priorizar e respeitar os núcleos específicos de saberes e fazeres de cada profissão⁽²⁾.

A experiência da RMS/UFMS baseou-se na necessidade de haver uma maior interação entre o serviço de saúde e o meio acadêmico, e na qualificação profissional para o trabalho em equipe. Desde o início, a ideia vinculada ao programa é a de que o residente formado deve estar apto a: 1) Compreender a realidade do país, identificando e analisando especificidades, diversidade e a complexidade do processo saúde-doença-cuidado do paciente crítico no território hospitalar; 2) Desenvolver práticas cuidadoras humanizadas com ética e compromisso social, embasadas nos saberes populares e técnico-científicos; 3) Desenvolver procedimentos clínicos de atenção individual de forma integral, com aprofundamento nos conhecimentos e análise crítica para a atenção integral em práticas interdisciplinares; 4) Exercer práticas profissionais com o conhecimento das políticas de saúde

locorregionais e nacionais, sua rede de assistência e sistemas de referência e contrarreferência; 5) Desenvolver funções gerenciais e de planejamento, de organização e de avaliação do processo de trabalho da equipe em que atua e de administração de recursos – humanos, materiais e insumos, além do registro de dados e sistemas de vigilância à saúde e informação; 6) Utilizar a informação como ferramenta para conhecimento da realidade e para elaboração de intervenções em saúde; 7) Participar de programas de formação e treinamento dos diversos atores atuantes no espaço de produção de saúde; 8) Desenvolver suas práticas considerando as necessidades de saúde do território, enfrentando os desafios identificados e com compromisso com o desenvolvimento de práticas resolutivas e transformadoras; e 9) Trabalhar em equipe, visando à prática profissional na perspectiva interdisciplinar da atenção à saúde⁽⁴⁾.

A “atenção ao paciente crítico” como proposta de RMS tem como sustentação a gravidade e as peculiaridades às quais os pacientes estão sujeitos, assim como a atenção multiprofissional integrada envolvida na promoção de cuidados de excelência, os quais são dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos dos pacientes, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares. Nessa direção, a qualidade do cuidado não depende apenas de competências técnicas e científicas, mas também da habilidade de interação e comunicação entre a equipe multiprofissional, isto é, da capacidade de trabalho em equipe⁽¹¹⁾.

Na perspectiva da atenção multidisciplinar – embasada nos preceitos assistenciais da integralidade, clínica ampliada, projeto terapêutico singular e humanização – este trabalho teve como objetivo analisar a inserção da RMS/UFMS na enfermaria de clínica médica do HU/UFMS, em relação: 1) ao perfil de pacientes assistidos de maneira multiprofissional nos sete primeiros meses de implantação do programa; 2) à quantidade de atendimentos realizados por cada área nesse período; e 3) ao desfecho clínico dos casos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo longitudinal prospectivo, do tipo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa. Os pacientes incluídos neste estudo foram todos aqueles assistidos pela equipe da RMS de março a setembro de 2010. Os pacientes atendidos pela equipe RMS eram selecionados por meio de uma triagem realizada em grupo, pautada na identificação daqueles de maior vulnerabilidade biológica, social e/ou psicológica, bem como na demanda da equipe. Os dados foram coletados em novembro de 2011 a partir de um livro específico de registros de atendimentos da referida residência. O registro de atendimento era obrigatório e igualmente padronizado para todos os residentes das diferentes categorias profissionais, contendo dados como data, nome, número do prontuário e comorbidades do paciente, profissão do residente registrante, especialidade médica responsável pelo tratamento, dentre outras. Durante o período, cada categoria profissional (fisioterapia, enfermagem, farmacologia, odontologia e nutrição) foi representada por um profissional.

Foram determinados como pacientes críticos os sujeitos que se encontravam em instabilidade hemodinâmica, com prognóstico ruim, e sob um alto risco de morte associado. Foram excluídos do estudo os sujeitos que receberam atendimento de apenas uma área profissional da RMS/UFMS. Destaca-se que isso acontecia quando uma das especialidades recebia solicitação para emissão de parecer, específico de sua área, sobre condição clínica de paciente ou execução de cuidados especializados (manobras fisioterapêuticas, avaliações e condutas odontológicas, educação em saúde e treinamento para cuidados domiciliares). Para analisar a inserção da equipe multiprofissional, foram consideradas as seguintes variáveis dependentes: 1) O perfil e o número de pacientes assistidos pela equipe multiprofissional; 2) A quantidade de atendimentos realizados por especialidade; e 3) O desfecho de cada caso (alta/transferência ou óbito).

Em relação à análise estatística, os dados dos pacientes foram agrupados segundo a idade, a especificidade da doença e o desfecho clínico. Os atendimentos realizados pelos profissionais da RMS/UFMS foram separados conforme a quantidade de intervenções realizadas por

categoria profissional (fisioterapia, enfermagem, farmacologia, odontologia e nutrição). Em seguida, utilizando programas estatísticos adequados que possibilitaram uma análise descritiva e inferencial, os dados foram processados por meio de estatística descritiva com medidas de frequência simples, e confrontados pelos testes não paramétricos qui-quadrado e Mann-Whitney (U). Em ambas as análises, foi considerado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Quanto aos aspectos éticos, as diretrizes estipuladas pela Declaração de Helsinki foram contempladas. Além disso, o presente estudo foi aprovado por comitê de ética institucional (Protocolo nº 1924/2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na dinâmica do processo de trabalho da equipe de RMS, após seleção dos pacientes, uma avaliação admissional era realizada por cada residente das cinco categorias profissionais que, em conjunto, elaboravam o plano terapêutico singular, que funcionava como diretriz para o atendimento da equipe. Pactuou-se que, durante todo o processo de treinamento em serviço, o quantitativo mínimo de pacientes assumidos pela equipe seria de três.

As intervenções planejadas eram implementadas e acompanhadas por tutores/preceptores de cada área profissional, para o alcance dos objetivos propostos, tendo o paciente como elemento participante do processo de produção em saúde. Semanalmente, em um processo coletivo, residentes, tutores e preceptores discutiam os casos clínicos e reavaliavam as condutas, traçando metas e objetivos a serem alcançados na assistência integral ao paciente.

Assim, no período estipulado, as cinco áreas profissionais da RMS assistiram, de maneira multiprofissional e integrada, 46 pacientes críticos (idade média de $59,6 \pm 3,4$ anos, de ambos os sexos e residentes em Mato Grosso do Sul) na enfermaria da clínica médica do HU/UFMS. A Tabela 1 caracteriza os pacientes atendidos em relação à especificidade de cada condição clínica.

Tabela 1. Perfil dos pacientes atendidos pela equipe multiprofissional, segundo a especificidade da condição clínica. Campo Grande/MS, Brasil, 2011.

Especificidade clínica	Casos atendidos	Percentil
Neurologia	16	34,83
Clínica geral	11	23,91
Cardiologia	9	19,56
Pneumologia	4	8,68
Nefrologia	2	4,34
Reumatologia	2	4,34
Endocrinologia	1	2,17
Hematologia	1	2,17

Fonte: SPSS, 2011.

Dentre os 46 pacientes assistidos por todas as áreas profissionais da RMS, houve 1.979 atendimentos realizados pela equipe, equivalendo a uma média de 43,02 atendimentos por paciente. A Figura 1 demonstra a quantidade de atendimentos realizados pela residência, conforme cada área profissional. Apesar da diferença de atendimentos por área, o teste de qui-quadrado apontou não haver diferença significativa entre a distribuição real e a distribuição hipotetizada de atendimentos por profissão ($\chi^2 = 0,6$; $p = 0,89$).

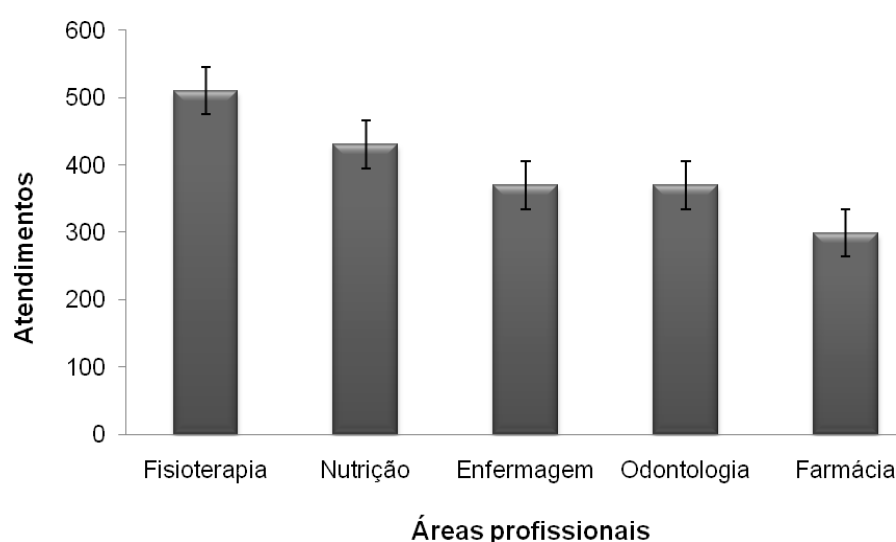


Figura 1. Quantidade de atendimentos realizados, conforme a área profissional. Campo Grande/MS, Brasil, 2011

Em relação ao desfecho dos casos clínicos, 65,2% ($n=30$) dos pacientes assistidos receberam alta hospitalar e 34,8% ($n=16$) foram a óbito. O alto índice de mortalidade encontrado reflete a gravidade dos pacientes críticos atendidos. Quando divididos os pacientes em relação à idade (idosos *versus* adultos), o teste de Mann-Whitney (U) apontou que a diferença de idade dos sujeitos não interferiu no desfecho clínico ($UMW=223,00$; $p=0,42$). Por não se tratar no foco da RMS/UFMS e do setor hospitalar em que ocorreu o cenário de prática analisado, nenhum paciente neonatal ou pediátrico foi atendido.

As Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecidas para os cursos de graduação em saúde e os pressupostos da RMS postulam que a formação dos profissionais de saúde deve estar voltada para o sistema de saúde vigente no país, tendo como foco o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde da população⁽⁷⁾.

Entretanto, na formação inicial da maioria dos docentes e dos profissionais de saúde, predomina ainda o ensino tradicional e tecnicista centrado na fisiopatologia da doença, e sem, muitas vezes, ter abertura para problematização, reflexão e construção de um saber próprio da prática profissional⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Além disso, durante o processo de formação, tanto na graduação quanto na pós-graduação, são raras – ou até inexistentes – as oportunidades de vivências interprofissionais entre os estudantes dos diferentes cursos da área da saúde. A visão clássica da formação do profissional de saúde está refletida em atividades acadêmicas isoladas ao paciente. Ainda que direcionadas ao mesmo usuário, e muitas vezes desenvolvidas no mesmo ambiente físico e social em que outras profissões da área da saúde atuam, essas atividades não se configuram em práticas multiprofissionais integradoras dos saberes no ensino/serviço,

resultando em uma assistência fragmentada e distanciada das necessidades do usuário⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Logo, as práticas profissionais devem ser organizadas a partir das necessidades de saúde de cada indivíduo, e não de cada profissão. As concepções de integração docente assistencial e as experiências de articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde fazem parte do movimento de universidades e da gestão da saúde rumo às transformações almejadas por esses setores^(7,18). Isso deve ser levado em consideração na elaboração das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde, mas, sobretudo, nos projetos político-pedagógicos, haja vista as peculiaridades de saúde de cada região em que estão inseridas as instituições de nível superior.

Alguns avanços já foram conquistados, a exemplo do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), do Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação. Entretanto, para concretizar as políticas e diretrizes do SUS, é preciso muito mais que compreendê-las e dominá-las: é necessário implementá-las e avaliá-las continuamente no cotidiano das instituições de saúde⁽¹⁹⁾.

Dificultado por tais vícios históricos, o processo de construção e estabelecimento de estratégias em um curso de residência multiprofissional não apresenta uma configuração simples: envolve uma sincronia de mecanismos de gestão e tarefas acadêmico-científicas, a fim de que as atividades assistenciais cheguem com excelência ao paciente. Destarte, a idealização deste estudo foi embasada na necessidade de verificar a inserção da RMS/UFMS em seu primeiro ano de implantação num hospital de ensino, 100% SUS. Conforme observado nos resultados, a Residência assistiu 46 pacientes de maneira multiprofissional, totalizando 1.979 assistências realizadas pela equipe de profissionais.

Antecipando a uma possível crítica sobre os números supracitados, é importante desmistificar a função do residente como “tocador de serviço”. Ainda, cabe lembrar que incluímos neste trabalho apenas pacientes que receberam indicação de tratamento de toda a equipe

multiprofissional e que, diante disso, foram inseridos na discussão semanal sobre os pacientes em atendimento, realizada por alunos e docentes tutores de todas as áreas do programa. Além das reuniões semanais, visita clínica e discussão à beira do leito eram realizadas diariamente entre os residentes de todas as áreas e preceptores, visando à revisão das terapêuticas individuais e coletivas, pautadas no cuidado holístico – segundo os princípios de integralidade, clínica ampliada, projeto terapêutico singular e HumanizaSUS.

Se por um lado, tais práticas constituem um desafio no cotidiano do serviço na clínica médica do hospital universitário, por outro, a organização da RMS busca formar profissionais holisticamente capacitados para trabalhar no SUS. Entretanto, é importante salientar que essa ainda não é a realidade de muitos profissionais que atuam no sistema⁽⁸⁾.

Em relação aos cenários de prática da RMS/UFMS, optou-se por iniciar a assistência multiprofissional na enfermaria de clínica médica, pois tal serviço abrange diversas condições clínicas que propiciam um desenvolvimento amplo do acadêmico já em seu primeiro cenário de prática. Conforme constatado nos resultados, a assistência dos residentes envolveu o cuidado a pacientes críticos internados por motivos neurológicos, cardiológicos, pneumológicos, nefrológicos, reumatológicos, endocrinológicos e hematológicos.

Todavia, a assistência multiprofissional ao paciente gravemente enfermo não conseguiu impedir o alto índice de óbitos (34,8%). Isso pode ser explicado pela severa instabilidade clínica observada nessa clientela. Esse mesmo achado e justificativa está registrado em uma recente revisão sistemática⁽²⁰⁾ que analisou o desfecho de setenta e dois ensaios clínicos aleatorizados no paciente crítico. Mesmo assim, a assistência multiprofissional ao paciente e ao seu familiar apresenta um caráter positivo por ser mais resolutive em relação ao método tradicional da organização do trabalho em saúde, fazendo com que o usuário do SUS se sinta mais amparado e confortado em suas necessidades diárias⁽⁴⁾.

A diversidade das condições apresentadas pelos usuários que receberam o cuidado da

equipe da RMS no período possibilitou aos residentes a vivência profissional junto a pacientes com especificidades clínicas diversas, ampliando a sua visão no processo terapêutico, e – principalmente – estimulando a vivência do trabalho multiprofissional integrado, pautado na clínica ampliada e nas necessidades de saúde de cada usuário assistido. Com isso, torna-se evidente que estabelecer múltiplos cenários de prática integrada é fundamental para que a residência multiprofissional realize a sua função de formar profissionais especialistas, competentes técnica e cientificamente, assim como com práticas de atenção centradas no usuário, alinhadas ao modelo de atenção à saúde preconizado pelo SUS.

Acerca do sistema de saúde brasileiro, um artigo⁽¹⁴⁾ publicado na versão *online* da revista científica inglesa “The Lancet” aponta que o principal determinante da baixa qualidade dos cuidados prestados pela rede SUS é a limitação de recursos humanos, a qual, no entanto, é qualitativa, e não quantitativa. Na perspectiva de superação de tais desafios, identificam-se os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde como uma importante política dos Ministérios da Educação e da Saúde para a qualificação dos profissionais de saúde, com amplo potencial para sobrepujar essa limitação.

CONCLUSÃO

O projeto terapêutico singular foi o instrumento utilizado para integrar os diferentes atores do processo de produção de saúde. Com base nos problemas de saúde levantados na avaliação admissional, os residentes discutiam o quê e como cada categoria profissional poderia contribuir para a resolução ou atenuação dos problemas. Constatou-se que a inserção das ações da RMS/UFMS proporcionou a realização de uma atenção multidisciplinar integrada a um número expressivo de pacientes críticos, dentre os quais se observou uma diversidade de condições clínicas, e cuja alta hospitalar foi o desfecho clínico apresentado pela maior parte dos pacientes assistidos.

A alta hospitalar foi sempre trabalhada a partir da admissão. Além da contrarreferência, ações de educação em saúde voltadas a pacientes/familiares/cuidadores eram implementadas e treinadas no próprio ambiente hospitalar, visando diminuir as ansiedades e garantir continuidade e eficácia dos cuidados prestados. Além disso, com o objetivo de diminuir as taxas de reinternações, quando necessário, promovia-se a interrelação com os serviços de assistência social, psicologia e fonoaudiologia, integrando-os no plano de alta.

MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN HEALTH: INSERTION OF ACTORS IN THE UNIFIED NATIONAL HEALTH SYSTEM IN BRAZIL

ABSTRACT

The Multiprofessional Residency Programs in Health (RMS in Portuguese) are regulated by the Ministries of Education and Health, and aimed at promoting assistance to the population and at training professionals of excellence to work, according to local health needs. The objective of this study was to analyze the insertion of the RMS at the university hospital of the Federal University of Mato Grosso do Sul. Under a prospective design, we analyzed the assistance provided by residents of physical therapy, nursing, dentistry, pharmacology and nutrition in the first seven months of implementation of the program. Data were collected from the medical record books and analyzed according to: profile and the number of assisted patients; amount of assistance provided by specialty; and outcome of cases. In the statistical analysis, we applied the chi-square and Mann-Whitney U tests, with 5% significance. Forty-six patients were treated by the team during the period, amounting to 1,979 assistances (an average of 43.02 assistances/patient). There was no difference between the amount of assistance provided by each area ($p = 0.89$). The implementation of RMS in that hospital was positive and provided support and comfort to patients. Establishing multiple scenarios of integrated practice is crucial to the training of specialized professionals aimed at the public health sector.

Keywords: Patient care team. Internship and residency. Critical care.

RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN SALUD: INCLUSIÓN DE ACTORES EN EL SISTEMA ÚNICO DE LA SALUD BRASILEÑO

RESUMEN

Los Programas de Residencia Multiprofesional en Salud (RMS) están regulados por los Ministerios de Educación y Salud, y su objetivo es promover la atención a la población y formar profesionales de excelencia para el trabajo, de acuerdo a las necesidades de la salud local. El objetivo de este estudio fue analizar la inserción de la RMS en

el hospital universitario de la Universidad Federal de Mato Grosso do Sul. Bajo un diseño prospectivo, se analizó la atención realizada por los residentes de la fisioterapia, enfermería, odontología, farmacología y nutrición, en los primeros siete meses de implantación del programa. Los datos fueron recogidos del libro de registros de atenciones y analizados según: perfil y número de pacientes atendidos, cantidad de atenciones prestadas por especialidad, y desenlace de los casos. En el análisis estadístico, se aplicaron las pruebas de chi-cuadrado y Mann-Whitney (U), con una significancia de 5%. Cuarenta y seis pacientes fueron atendidos por el equipo durante el período, un total de 1.979 atenciones (promedio de 43,02 atenciones/paciente). No hubo diferencia entre la cantidad de atenciones realizadas por cada área ($p=0,89$). La implementación de la RMS en ese hospital fue positiva, proporcionando amparo y confortación a los pacientes. Establecer múltiples escenarios de práctica integrada es importante para la formación de profesionales especializados dirigidos al sector público de salud.

Palabras clave: Grupo de atención al paciente. Internado y residencia. Cuidados críticos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei 11.129 de 30 de junho de 2005. Diário Oficial da União; 2005.
2. Brasil. Regimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: atenção ao paciente crítico. Boletim de Serviço 4834. 2010: 26-32.
3. Oliveira FGVC; Carvalho MAP, Garcia MRG, Oliveira SS. A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma residência multiprofissional em saúde da família. Interface Comun Saúde Educ. 2013 fev; 17(44):201-10.
4. Lobo MSC, Lins MPE, Silva ACM, Fiszman R. Assessment of teaching-health care integration and performance in university hospitals. Rev Saúde Pública. 2010 jul/ago; 44(4):581-90.
5. Silva RB, Loureiro MDR, Frota OP, Ortega FB, Ferraz CCB. Quality of nursing care in intensive care unit at a university hospital. Rev Gaúcha Enferm. 2013 oct/dez; 34(4):114-20.
6. Carvalho RN, Gondim ACS, Azevedo EB, Cavalcanti PB, Ferreira Filha MO, Queiroz D. Concepts of professionals of family health strategy about early intervention in mental health. Cienc Cuid Saude. 2013 jan/mar; 12(1):10-7.
7. Cheade MFM, Frota OP, Loureiro MDR, Quintanilha ACF. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. Cogitare Enferm. 2013 jul/set; 8(3):592-5.
8. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010 dec; 376(4):1923-58.
9. Melo MC, Queluci G de C, Gouvêa MV. Problematising the multidisciplinary residency in oncology: a practical teaching protocol from the perspective of nurse residents. Rev Esc Enferm USP. 2014 aug; 48(4):706-14.
10. Guimarães R. Challenges of postgraduate human health programs in Brazil. Rev Saúde Pública. 2011 fev; 45(1):1-13.
11. Pott FS, Stahlhoefer T, Felix JVC, Meier MJ. Comfort and communication measures in nursing caring actions for critically ill patients. Rev Bras Enferm. 2013 mar/abr; 66(2):174-9.
12. Valentin A. The importance of risk reduction in critically ill patients. Curr Opin Crit Care. 2010 oct; 16(5):482-6.
13. Silveira CA, Paiva SMA. A evolução do ensino de enfermagem no Brasil: uma evolução histórica. Cienc Cuid Saude. 2011 jan/mar; 10(1):176-83.
14. Almeida-Filho N. Higher education and health care in Brazil. Lancet. 2011 jun; 377(9781):1898-900.
15. Coelho MMF, Torres RAM, Miranda KCL, Cabral RL, Almeida LKG, Queiroz MVO. Educação em saúde com adolescentes: compartilhando vivências e reflexões. Cienc Cuid Saude. 2012 abr/jun; 11(2):390-5.
16. Val LF, Nichiata LYI. Comprehensiveness and programmatic vulnerability to STDS/HIV/AIDS in primary care. Rev Esc Enferm USP. 2014 ago; 48(n.spe):145-51.
17. Caldas JB, Lopes ACS, Mendonça RD, Figueiredo A, Lonts JGA, Ferreira EF. A Percepção de Alunos Quanto ao Programa de Educação Pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Rev Bras Educ Med. 2012 jan/mar; 36(1 Supl. 2):33-41.
18. Brehmer LCF, Ramos FRS. experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. Rev Eletr Enf. 2014 jan/mar; 16(1):228-37.
19. Néto, OBS, Moura MS, Lima MDM, Lages GP, Moura LFAD. O pró-saúde no curso de odontologia da Universidade Federal do Piauí (UFPI): relato de uma vivência de cinco anos. Cienc Cuid Saude. 2013 abr/jun; 12(2):391-97.
20. Ribeiro CT, Ribeiro MG, Araújo AP, Mello LR, Rubim LC, Ferreira JE. The public health care system and rehabilitation actions in Brazil. Rev Panam Salud Pública. 2010; 28(1):43-8.

Endereço para correspondência: Gustavo Christofolletti. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Cidade Universitária, s/n. Caixa Postal 549. CEP: 79070-900. Campo Grande, MS, Brasil. E-mail: g.christofolletti@ufms.br.

Data de recebimento: 01/04/2014

Data de aprovação: 13/04/2015