



## II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas  
Intersetorialidade e Família:  
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

### **Residências e resistências: entre a tradição e a inovação na formação em saúde**

Elida Fluck Pereira Neto\*  
Sander Machado da Silva\*\*

**RESUMO:** Desde seu nascimento, o Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleceu uma relação teórico-prática indissociável com a Saúde Coletiva. Apesar da convergência histórica e ético-política, uma reflexão crítica acerca das experiências cotidianas neste território, evidencia complexidades e conflitos entre o modelo tradicional (biomédico) e o discurso da Saúde Coletiva. Com efeito, algumas estratégias foram criadas a fim de potencializar a transformação do modelo tradicional. À nível de pós-graduação, os programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) ocupam posição de destaque. Diante disso, o presente trabalho, um relato de experiência dos autores em uma RMS na cidade de Porto Alegre/RS, objetiva apontar algumas problemáticas desses programas enquanto processos formativos. Utilizaremos, como fio condutor desta discussão, a noção de resistências em dois sentidos distintos: *resistência à mudança* e *resistência política*. De um lado, situamos as RMS como uma resistência política em defesa do discurso da Saúde Coletiva, e de outro; as resistências à mudança frente ao processo de transição dos modelos de atenção à saúde. Estas resistências se manifestariam de múltiplas formas nas relações entre residentes, preceptores, tutores e instituições no âmbito da Formação em Serviço. Nesse cenário, observamos uma série de ambivalências em diferentes níveis. Dentre estas, nas articulações entre os eixos teórico, prático e transversal, nas relações e especificidades de núcleo e campo, e por fim, conflitos em torno da identidade de residente. Diante de todo esse contexto e entre residências e resistências, destacamos o enfrentamento entre inovação e tradição na formação em saúde. A este respeito, percebe-se uma literatura escassa sobre o efeito das RMS como estratégia de gestão do SUS. Pesquisas com os profissionais egressos dos programas de RMS poderiam contribuir para uma avaliação mais ampla do efeito das residências nas resistências no campo da saúde.

**Palavras-chave:** Formação em Saúde, Residência Multiprofissional em Saúde, Saúde Coletiva; Resistências

#### **1. Introdução**

A *intersetorialidade* e *interdisciplinaridade*, a partir das discussões em torno do conceito de saúde nas últimas décadas, tornaram-se eixos fundamentais das práticas de saúde (SILVA; RAMOS, 2014). Ambos os dispositivos situam-se em um projeto ético-político que se contrapõe aos modelos tradicionais ou biomédicos no âmbito da saúde pública, tencionado incidir transformações estruturais (PAIM, 2012). Um movimento de congregação de instituições formadoras com este objetivo, no ano de 1979, resultou na fundação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Conforme o surgimento dos cursos de graduação na área, em 2011, esta foi renomeada como Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

A Saúde Coletiva avançou em consonância com o processo de redemocratização e reforma nacional, tendo importante participação na 8ª Conferência Nacional de Saúde

---

\* Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

\*\* Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)



## II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas  
Intersetorialidade e Família:  
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

de 1986 na proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovado na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). Com efeito, a Saúde Coletiva e o SUS estabelecem uma relação indissociável: o SUS fundou-se a partir do corpo teórico, político e filosófico do campo da Saúde Coletiva, enquanto esta, atualmente opera em conformidade com os princípios e diretrizes instituídos por aquele. Por esta via, produz seus conceitos e dispositivos, e se insere na realidade da rede de atenção à saúde. Deste modo, SUS e Saúde Coletiva forjaram seus discursos no mesmo terreno sócio-histórico, daí suas múltiplas conexões.

Não há novidade nesta afirmação, entretanto, uma reflexão crítica acerca das experiências cotidianas evidencia, no contexto do SUS, uma situação complexa acerca do conflito entre o modelo tradicional de atenção à saúde e o discurso da Saúde Coletiva. Em outras palavras, a teoria nem sempre coincide com a prática, de modo que muitos profissionais, trabalhadores do SUS, não aplicam os pressupostos teóricos da Saúde Coletiva em sua vivência cotidiana. Essa dissociação ocorre na medida em que os profissionais de saúde atuantes no SUS, recorrentemente, não possuem uma apropriação subjetiva (internalização) de seus princípios e diretrizes.

Em razão disso, a formação de trabalhadores para o SUS é temática atual nas agendas dos Ministérios da Saúde e da Educação. Em razão dessa necessidade de uma articulação consistente entre formação e intervenção em saúde, que os programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), de fato e de direito, tratam-se de uma *estratégia de gestão* do SUS (BRASIL, 2006).

Na área da saúde, historicamente, os cursos de graduação ofertam formações predominantemente clínicas em uma lógica disciplinar (CECCIM, 2010). Com isso, incorre-se no risco de negligenciar a dimensão social dos processos de saúde-doença, ou seja, os múltiplos determinantes envolvidos. Além disso, cada núcleo de saber, quando autocentrado, teria menor capacidade de dialogar com outras áreas do conhecimento. Logo, o espaço para as práticas interdisciplinares torna-se proporcionalmente reduzido.

Notam-se nos últimos anos, importantes mudanças nas grades curriculares dos cursos de graduação visando modificar esta lógica. Somando-se nesse sentido, surgiram outros projetos a nível de graduação, tais como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde), e, em sua extensão, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) (BRASIL, 2010). Através destes, os alunos bolsistas advindos das diferentes áreas da saúde, inserem-se de forma conjunta



## II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas  
Intersetorialidade e Família:  
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

em projetos de pesquisa e intervenção na rede de atenção à saúde das regiões adstritas das universidades.

Programas que, portanto, propõem um *continuum* entre o ensino, a assistência e as comunidades. Lógica integrativa que foi inaugurada na primeira residência de caráter multiprofissional do país, no ano 1976, no Centro de Saúde Murialdo em Porto Alegre. Integraram o programa de Residência em Medicina Geral Comunitária, profissionais médicos, veterinários, enfermeiros e assistentes sociais (MARTINS et al, 2010).

Experiência inovadora, situada na pré-história do SUS, que foi precursora do projeto efetuado através da Portaria 16 de 1999 da Secretaria Estadual da Saúde no Rio Grande do Sul (SES/RS), que, firmando parceria com a Escola de Saúde Pública (ESP), instituiu os programas de residência multiprofissional em Atenção Básica em Saúde Coletiva, Saúde Mental Coletiva e Dermatologia Sanitária.

No entanto, as RMS somente adquiriram oficialidade e expansão no território nacional com a promulgação da lei 11.129 de 2005 (BRASIL, 2005). É preciso sinalizar ainda, a existência de programas de residência em saúde exclusivos para determinados núcleos (uniprofissionais). Tais programas objetivam formar especialistas, por exemplo, em psicologia clínico-institucional, enfermagem obstétrica ou fisioterapia hospitalar.

É possível extrair deste panorama histórico, a conclusão de que grande parte dos trabalhadores atuantes no SUS de hoje, realizaram uma formação desprovida de uma práxis interdisciplinar sustentada nos pressupostos da Saúde Coletiva. Como dito, RMS pretende ocupar-se justo dessa práxis através do modelo de Formação em Serviço.

Contudo, se os trabalhadores *preceptores e tutores*, responsáveis pelo processo formativo dos residentes, constituíram-se em outro modelo de atenção, surgem impasses na estratégia de gestão em pauta. Ou seja, tanto em termos pedagógicos de *transmissão* quanto de *execução* das intervenções, podem surgir déficits importantes nos programas de residências. Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde também pode ser inserida no manejo desta discussão (CECCIM, 2010).

Diante deste cenário, o artigo objetiva mapear e discutir algumas problemáticas das RMS focalizando a temática da formação em saúde. Para tanto, apresentaremos algumas das questões suscitadas pela experiência dos autores em um programa de RMS na cidade de Porto Alegre/RS. Através desse material narrativo, à moda de um relato de experiência, será realizada uma leitura crítica dos temas abordados a partir da literatura pertinente.



## 2. Residências e resistências

Atribuindo-se às residências multiprofissionais a *função* de operar mudanças na esfera da saúde, devemos considerar a incidência de diversos conflitos em torno de tal função. Com vistas a delinear esta questão de forma mais precisa, nos utilizaremos do conceito de *resistência* em dois de seus sentidos possíveis.

A expressão *resistência*, no campo da saúde, é predominantemente utilizada no sentido de *resistência à mudança*. Noção derivada da terminologia psicanalítica que postulou a *resistência* enquanto *resistência ao desejo*, deste modo, situando a *resistência* como manifestação de um *conflito* (BIRMAN, 2006). Ou seja, trata-se de uma força que se presta à manutenção de um estado já estabelecido. Por essa via, aplica-se tal lógica a questão das “*resistências ao tratamento*” ou “*má adesões*”. De forma diversa, o termo *resistência* também pode ser empregado como *desejo de resistência* (BIRMAN, 2006). Isto no sentido de estabelecer oposição em um campo de forças, determinando espaços de pertencimento, situando *interno* e *externo* (BIRMAN, 2006). A partir disso, podemos utilizar a expressão *resistência* no sentido de *resistência política*, como uma forma de defesa de um pensamento, ideologia etc. No âmbito da saúde, reconhecemos esse uso para designar discursos opostos, por exemplo, entre a Reforma Psiquiátrica e o modelo hospitalocêntrico de institucionalização.

No que se refere aos programas de RMS, a noção de *resistência* pode ser aplicada em ambos os sentidos. A residência enquanto estratégia de gestão e dispositivo formativo no campo da saúde constitui uma *resistência política* em defesa do discurso da Saúde Coletiva. Considerando a coexistência deste discurso e do discurso biomédico e até mesmo biopolítico (FOUCAULT, 2008) na rede de atenção à saúde do SUS, nota-se aí, uma *resistência à mudança tencionada pelas residências*.

Precisamente nesse sentido, os programas de RMS, personificados seja nas instituições formadoras e executoras, seja através das figuras dos preceptores, tutores e residentes, *resistem às próprias mudanças que aspiram promover*. Em linhas gerais, esse processo, aparentemente incoerente, pode ser denominado de *ambivalência*.

Essa ambivalência incide nos diferentes âmbitos da residência. Enquanto projeto político pedagógico, a residência propõe a existência dos eixos *teórico* e *prático*, sendo que, cada um destes possui especificidades de cada *núcleo* e *campo* a que se referem. Além disso, espera-se uma integração destes eixos, isto é, que venham a se constituir



## II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas  
Intersetorialidade e Família:  
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

como teórico-práticos. A respeito dos conceitos de núcleo e campo acima citados, consideraremos as definições de Campos:

“O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000, pg.53).”

Historicamente, observa-se que os saberes de núcleo têm buscado afirmar seu objeto de conhecimento e delimitar seu território de atuação (CECCIM, 2010). Assim, os conhecimentos das especialidades tendem a resistir ao contato com conhecimentos de outros núcleos. No contexto das residências, a necessidade de interação dos núcleos nos campos de prática pode intensificar esse funcionamento, favorecendo o aparecimento de resistências. Os vínculos e a comunicação necessários ao trabalho integrado das equipes de saúde são, deste modo, dificultados ou inviabilizados.

Um dos principais desafios neste cenário é, portanto, a inserção de um terceiro eixo denominado *transversal*. Isto no sentido de tal eixo configurar um referencial para integração dos núcleos e campos, e ainda, o necessário reconhecimento das diferenças entre estes. De um lado, o eixo transversal refere-se ao *corpus* próprio da Saúde Coletiva e aos princípios e diretrizes norteadores do SUS, ou seja, é a condição de possibilidade de sua presença e articulação com os saberes e práticas particulares dos núcleos e campos. Por outro lado, o devido reconhecimento deste “idioma comum”, falado por todos os trabalhadores, implica também no reconhecimento dos “dialetos” específicos de cada núcleo e campo. Com efeito, a interdisciplinaridade pode instalar-se no trabalho em saúde somente na medida em que contenha uma lógica de alteridade e convergência (SILVA; RAMOS, 2014).

Reside no eixo transversal uma forma de resistência política, que permanece em confronto com o modelo biomédico de atenção à saúde, e ainda, com uma concepção de sujeito filiada ao cientificismo cartesiano. Deste modo, podemos delinear com nitidez o conflito entre essa resistência política e uma resistência à mudança promovida pelos intrincados resquícios do modelo denominado como tradicional. Bem entendido, esse enfrentamento é a condição de possibilidade para operar-se um descentramento na dita tradição. Haveria, em maior ou menor grau, uma coexistência desses modelos opostos



## II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas  
Intersetorialidade e Família:  
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

ao longo da rede de atenção à saúde do SUS. Desenvolve-se assim, uma situação de ambivalência que também é transversal e típica no cenário em pauta.

Com vistas a analisar melhor esta questão, observemos algumas questões basais do ponto de vista do residente em formação. O “perfil” predominante dentre estes é o de profissionais jovens e recém formados. Contudo, o desejo incensurável de inserção no mundo do trabalho, não raro, encontra dificuldades de concretização. Deste modo, a residência e a bolsa oferecida pela mesma, tornam-se bastante atrativas a este público em geral. A este respeito, é comum escutar-se “a residência oferece uma ótima bolsa e ainda, um título de especialista no final”.

Não questionamos o valor desses benefícios em si, mas a visão reducionista que, deste modo, acaba por se estabelecer em torno dos programas de residência. Por essa via, a tradição mercadológica de nossa cultura opera no plano de fundo da escolha pela realização de uma residência. Fato que quando ocorre, converge com as resistências à proposta ético-política da residência enquanto alternativa de processo formativo para futuros trabalhadores do SUS. Em resumo, o que pretendemos pontuar é que muitos profissionais que ingressam nos programas não estão identificados subjetivamente com a proposta dos programas em que ingressam. Felizmente, a própria experiência enquanto residente, por vezes, é capaz de alterar tal mentalidade e, progressivamente, viabilizar inovações e identificações no decorrer do percurso.

Já do ponto de vista dos preceptores, frequentemente, o residente é considerado como sendo uma espécie de “estagiário de luxo”. Observemos isso em maiores detalhes: o residente não é um trabalhador formal da instituição ou unidade na qual se insere, fato que, por si só, já implica diversas questões em termos de funcionamento de grupo e relações de trabalho no contexto institucional. Não obstante, o residente, na melhor das hipóteses, é um profissional já graduado no percurso de uma formação crítica no campo da saúde.

Em última instância, o preceptor de referência responde institucionalmente pelo residente, característica nitidamente similar à condição de sua relação com estagiários. Contudo, como dito, trata-se de um profissional graduado, hipoteticamente, mais capacitado do ponto de vista teórico-técnico. Nesse ponto, adentramos em uma questão identitária do papel de residente: trata-se de um estudante ou um profissional?

A residência vem ocupar um território de transição do modelo biomédico para um modelo biopsicossocial. Nesse território, o residente acaba por ocupar também uma posição transitória, análoga, poder-se-ia pensar à do adolescente: adulto responsável



## II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas  
Intersetorialidade e Família:  
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

(profissional graduado) em alguns aspectos, mas infantilizado (estudante/“estagiário”) em outros. Assim, ocorre uma oscilação entre o desejo de autonomia e de dependência, tanto da parte dos residentes quanto dos preceptores. Essa ambivalência também é modulada conforme os interesses e funcionamento institucional.

Acreditamos que uma alternativa para essa ambivalência seja o remanejamento dos elementos dessa equação. O conflito entre a posição de estudante e a de profissional se desfaz ao situarmos devidamente o residente como profissional que está realizando uma pós-graduação em serviço. Em última instância, a especificidade da residência é justo a noção de Formação em Serviço.

Com isso, podemos introduzir outros elementos que compõem o campo identitário em jogo. Trata-se de uma questão central o fato de o residente permanecer grande parte de sua extensa carga horária nos campos de prática. A partir dessa imersão, pode tornar-se um profundo conhecedor dos serviços e/ou unidades de seu itinerário. Acaba, assim, por vincular-se intensamente com as equipes de seu convívio diário. Sendo o vínculo sempre uma via de mão dupla, tais equipes o reconhecem como integrantes não só destas, mas da instituição como um todo. Porém, a condição de transitoriedade também se faz presente nesse sentido, pois o residente *transita* pelo itinerário de uma formação de “apenas” quatro semestres.

No que se refere à Formação em Serviço com uma carga de sessenta horas semanais, se desenvolvem ainda outras polêmicas. A principal destas é uso institucional dos residentes como “mão de obra barata”, problemática massivamente discutida nos diversos colegiados e fóruns nacionais das residências (ABRASCO, 2012). Esta jornada realizada pelo residente remete-nos a diversas questões nos registros da educação em saúde e saúde do trabalhador. Contudo, iremos nos deter ao tópico das *intensidades* em jogo.

A despeito de formular argumentações contra ou em defesa da carga horária em pauta, pretendemos analisar, mesmo que de forma concisa, o que esta demanda reclama em termos de espaço interno e elaboração psíquica por parte dos residentes. Daí o tema das intensidades, visto que a experiência de ser residente é comumente descrita como sendo intensa. Com efeito, uma *sobrecarga* é conjugada a este aspecto.

Bem entendido, tal sobrecarga adviria de múltiplas fontes, sejam estas internas ou externas. Detendo-nos ao fio condutor proposto, podemos agora situar as resistências apontadas até aqui de maneira mais precisa: compõem fontes proeminentes do mal-estar na experiência da Residência. Isto porque seu embate configura um complexo campo



forças (intensidades) em conflito. Do ponto de vista da economia psíquica, destacamos o dispêndio de energia para enfrentar tais resistências que é exigido do residente.

Essa dinâmica está diretamente associada à sobrecarga, isto na medida em que a intensifica e transcende, em muito, o aspecto da carga horária. Diante dessa situação, o residente acaba por resistir à sua função transformadora com a qual, na melhor das hipóteses, estaria identificado. Em contrapartida, utiliza sua reserva de energia para fins de execução de suas demandas de trabalho concretas e/ou sobrevivência psicossocial.

Disso tudo é possível concluir que há a incidência de uma vulnerabilidade em maior ou menor grau inerente à própria condição de ser residente. O somatório desses fatores que viemos apontando pode resultar numa experiência traumática devido aos excessos em jogo. Situação que pode agravar-se se o ambiente não a acolhe, ou pior, quando ocorre um desmentido da mesma (FERENCZI, 2011). Lógica que se instala em afirmativas como “isso tudo é assim mesmo, isso é da residência em si”.

Quais implicações podem derivar desses múltiplos fatores? Certamente são muitas e transbordam o espaço textual deste artigo. Contudo, pode-se extrair de tudo o que viemos mapeando, que as RMS ocupam um ponto nevrálgico de tensão entre a *inovação* e a *tradição* no campo da saúde.

### **3. Considerações finais**

A Saúde Coletiva vem se desenvolvendo impulsionada e em constante relação com o SUS, isto na medida em que procura, através deste, concretizar seus princípios ético-políticos e corpo teórico. Nos últimos anos, tanto a nível de graduação quanto de pós-graduação, observa-se que o discurso da Saúde Coletiva vem se inserindo de forma mais consistente nos campos de prática e de formação. Precisamente nesse sentido, as RMS enquanto Formação em Serviço constituem uma estratégia de gestão do SUS que converge com as transformações propostas pela Saúde Coletiva.

Deste modo, as RMS nascem do conflito entre o modelo biomédico e o modelo da *integralidade* na atenção à saúde. Os programas de RMS prestam-se, inclusive, a positiva instalação deste enfrentamento quando este não se faz presente. Não obstante, desempenha importante papel na disseminação da discussão em pauta. Daí a relevância do tema das resistências como fio condutor deste trabalho, visto que se trata, como dito, do embate entre tradição e inovação no campo da saúde.



## II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas  
Intersetorialidade e Família:  
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

A este respeito, é importante sinalizar, que essa oposição específica ocorrida no campo pode ser situada em cenário mais abrangente. A reforma sanitária brasileira, como dito, se desdobrou em consonância com o processo geral de reforma nacional. É possível afirmar, portanto, que a criação do SUS e a reconfiguração dos modelos de assistência e de compreensão dos processos de saúde-doença tratam-se de um projeto coletivo. Sua antítese encontra-se na própria estrutura da sociedade capitalista pós-moderna, na qual o individualismo e imediatismo constituem parâmetros básicos.

Nesse sentido, a leitura utilizada nesse escrito é um recorte de tantos olhares possíveis acerca das questões em pauta. Entre residências e resistências, ressaltamos a importância de avaliar a implementação dessa estratégia gestão para constantemente repensar o processo formativo e a efetividade da proposta. Após nove anos da promulgação da lei 11.129 de 2005 (BRASIL, 2005), que relevância os programas de RMS tiveram diante das transformações que se propunham intensificar?

A literatura sobre este tema ainda é escassa. Em razão disso, sinalizamos a importância da realização de pesquisas com os profissionais egressos dos programas de RMS. Isto na medida em que podem contribuir para uma avaliação mais ampla do *efeito das residências nas resistências* no campo da saúde (como sugerem nossas políticas públicas).

### Referências

ABRASCO. II Encontro Nacional de Residências em Saúde: das histórias ao desafio das articulações na sociedade. Porto Alegre, 2012.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Distrito Federal, 1988.

BRASIL, Portaria 16/99 de 1º de outubro de 1999. Institui a Residência Integrada em Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS). Porto Alegre, 1999.

BRASIL. Lei 11.129 de 30 de julho 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 ns. 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Distrito Federal, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde: Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Distrito Federal, 2006.



## II SERPINF

Seminário Regional Políticas Públicas  
Intersetorialidade e Família:  
formação e intervenção profissional

ISBN: 978-85-397-0584-2

BRASIL. Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Distrito Federal, 2010.

BRASIL. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Distrito Federal: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Sociedade e Cultura*, v. 3, n. 1 e 2, jan/dez. 2000, p. 51-74.

CECCIM, R. B. Prefácio. In: A. P. FAJARDO; C. M. F. ROCHA; V. L. PASSINI. (Orgs.) *Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, p. 17-22, 2010.

FERENCZI, S. Confusão de línguas (1933). *Obras Completas de Sandór Ferenczi*, (vol.IV), São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FOUCAULT, M. *O nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-79)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

MARTINS, A. R. et al. Livro das residências: Residência Multiprofissional em Saúde: o que há de novo no que está posto? In: In: A. P. FAJARDO; C. M. F. ROCHA; V. L. PASSINI. (Orgs.) *Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, p. 75-90, 2010.

PAIM, J.P. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

SILVA, S. M.; PEREIRA NETO, É. F., RAMOS, M. Z. *Residência multiprofissional em saúde como processo formativo do psicólogo*. I Jornada de Psicologia Hospitalar, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2013.

SILVA, S. M.; RAMOS, M. Z. Profissionais de saúde de um serviço de emergência hospitalar: discursividades em torno do cuidado. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, vol.24, n3, jul/set, 2014.