



**XIX
CONBRACE**
VI CONICE
08 a 13 de setembro de 2015
VITÓRIA-ES

TERRITORIALIDADE E DIVERSIDADE
REGIONAL NO BRASIL E AMÉRICA LATINA:
SUAS CONEXÕES COM A EDUCAÇÃO
FÍSICA E CIÊNCIAS DO ESPORTE

Outros movimentos, outras possibilidades: A educação física e a formação no campo da saúde coletiva nas Residências Multiprofissionais em Saúde

Conrado Alencastro Bueno
Maurício Da Silva César
Leonardo Trápaga Abib
Giovanni Francioni Kuhn

O presente trabalho tem como objetivos explicar o que é a Residência Multiprofissional em Saúde e apresentá-la enquanto possibilidade de formação para professores de educação física no campo da saúde coletiva. É resultado de uma escrita coletiva que envolveu professores de educação física que de alguma forma estão ou já estiveram envolvidos recentemente.

Resumo

Palavras-chave: Educação Física; Saúde Coletiva; Residência Multiprofissional em Saúde

Considerações iniciais e objetivos

Entre as principais demandas do Sistema Único de Saúde - SUS, desde a sua criação e implementação, estão a formação e a preparação de trabalhadores para incidirem no âmbito da saúde coletiva. Neste sentido, as diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde passam por alterações, com o intuito de inserir mais ainda as demandas do SUS na formação dos estudantes, de maneira a colocá-los mais perto dos territórios, das condições que existem nos serviços públicos de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) e dos desafios implicados em sua qualificação e efetividade.

Nos últimos anos alguns programas, como o PET-Saúde¹, o Pró-Saúde² e o VER-SUS³ foram criados para incentivar a participação dos estudantes de graduação nas unidades

¹ “Como uma das ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento de áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde - SUS, de acordo com seus princípios e necessidades, o Programa tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde, sendo uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRÓ-SAÚDE, em implementação no país desde 2005”. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306, acesso em 25 de julho de 2011.



básicas de saúde, equipes de saúde da família, centros de atenção psicossocial, enfim, inseri-los nos serviços que o SUS disponibiliza à população.

Já no campo da pós-graduação há um número crescente de especializações *lato-sensu*, cursos de mestrado e doutorado e, principalmente, os programas de Residência Multiprofissional em Saúde – RMS.

O presente trabalho tem como objetivos explicar o que é a Residência Multiprofissional em Saúde, como ela se constitui no cenário da saúde pública brasileira e apresentá-la enquanto possibilidade de formação para professores de educação física no campo da saúde coletiva. É resultado de uma escrita coletiva que envolveu professores de educação física que de alguma forma estão ou já estiveram envolvidos recentemente com a Residência Multiprofissional em Saúde, com as políticas públicas da área da saúde e com as discussões a cerca da formação para o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Para realizarmos as discussões a respeito da temática, utilizamo-nos dos referenciais da saúde coletiva brasileira e de autores que fazem a interlocução entre SUS e educação física.

O surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde foi criado depois de vinte anos de luta pela universalização do direito a saúde no Brasil. Diferentes setores da sociedade brasileira construíram o movimento sanitarista nos anos 1970, com o lema “saúde e democracia”, cujo projeto estava baseado não somente nas ações preventivas em saúde, mas também na reivindicação de maior participação social no controle e fiscalização das ações do poder público, assim como a criação de um sistema público de saúde, gratuito e com acesso universal.

Foi um momento em que havia uma intensa discussão sobre as questões políticas no país em torno da redemocratização brasileira e conseqüente saída dos militares do controle do poder executivo e a construção de uma nova constituição federal. Um dos momentos históricos de discussão sobre as políticas de saúde e, que contribuiria mais tarde para a nova

² Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde.

³ O VER-SUS/BRASIL faz parte de uma estratégia do Ministério da Saúde e do Movimento Estudantil da área da saúde de aproximar os estudantes universitários do setor aos desafios inerentes à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o território nacional. Representa, também, um compromisso do gestor do SUS com a aprendizagem dos estudantes que se preparam para este setor.



constituição federal do país, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, a primeira a ser realizada no Brasil com a participação e mobilização popular (NUNES, 2005).

Com essa grande mobilização se exigiu do poder público uma ampla reforma em relação à organização da saúde no país, que levasse à formulação de políticas de atenção e promoção da saúde fundamentadas nos princípios da universalidade, integralidade, equidade. Nesta conferência foi elaborado um conceito mais ampliado de saúde que levasse em consideração as diversas esferas da vida, pois os movimentos sociais questionavam os antigos conceitos que explicavam a saúde apenas como ausência de doença e essa como uma manifestação meramente biológica e unicausal. Ao final da conferência o conceito de saúde construído pelos participantes – em meio a diversas disputas e tensionamentos – foi: “Saúde é o resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 4).

Em 1988 com a promulgação da Constituição Federal a saúde passa a ser um dever do Estado e direito de todos independentemente de cor, raça, sexo, religião, classe social e etc. Após a criação das leis de nº 8.080/90 e 8.142/90, se institui o SUS com os princípios da universalidade⁴, descentralização político-administrativa⁵, integralidade⁶, equidade⁷ e controle social⁸. Desde então o SUS passa a ser responsável não somente pela assistência em saúde,

⁴ Na saúde, a universalidade tem sido uma bandeira das lutas populares que a reivindicam como um direito humano e um dever do Estado na sua efetivação. Constitui-se como um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e está inscrita na Constituição Federal brasileira desde 1988” (MATTA, 2008, p. 465). A universalidade consiste no fato de todo cidadão brasileiro ser usuário do SUS, sem discriminação de sexo, cor, crença, escolaridade, renda, trabalho, etc.

⁵ O princípio da descentralização político-administrativa da saúde - definido pela Constituição de 1988 - preconiza a autonomia dos municípios e a localização dos serviços de saúde no âmbito municipal por ficarem mais próximos dos cidadãos e de seus problemas de saúde.

⁶ A integralidade, como definição legal e institucional, é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Ao ser constituída como ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde, tem germinado experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização (PINHEIRO, 2008, p. 256).

⁷ “Equidade, por sua vez, levaria em consideração que as pessoas são diferentes, têm necessidades diversas [...] sendo assim, o princípio de equidade estabelece um parâmetro de distribuição heterogênea [...] em geral, o princípio de equidade tem sido operacionalizado em duas principais dimensões: condições de saúde e acesso e utilização dos serviços de saúde” (SCOREL, 2008, p. 205- 206).

⁸ O controle social ou participação social é um dos princípios do SUS, garantido e regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90. O controle social é o princípio que diz respeito a participação dos usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviço na construção das políticas de saúde nos três níveis, municipal, estadual e nacional, a partir dos conselhos de saúde e das conferências de saúde. O controle social também pode ser visto



mas também pela vigilância sanitária, campanhas de saúde, financiamento e promoção de pesquisas, formação de estudantes e trabalhadores, entre outras atribuições.

Passados vinte e cinco anos de sua criação, o SUS continua passando por diversos processos de construção, repletos de disputas e tensionamentos. Como parte constitutiva de tais processos, a formação de estudantes e trabalhadores na área da saúde tem sido um campo fértil de vivências, discussões, contradições e de apostas e potencialidades para efetivação do sistema de saúde brasileiro nas suas diretrizes e princípios. A seguir abordaremos de que forma as RMS emergem diante de tal contexto.

A Residência Multiprofissional em Saúde – redirecionando a formação dos trabalhadores da saúde

Com a consolidação do SUS na Constituição Federal de 1988 (artigos 196-200), ordenar a formação de trabalhadores na área da saúde torna-se uma das competências do sistema de saúde brasileiro. Para cumprir com tal demanda era necessário modificar a formação nos níveis técnicos, de graduação e de pós-graduação, a fim de preparar os sujeitos para atuarem conforme os princípios e diretrizes do SUS. Conforme Pasini (2010) argumenta, as discussões do fim dos anos 1980 e início dos anos 1990 giravam em torno da necessidade de articular os centros formadores de trabalhadores para a saúde com as instituições que prestavam serviços, pensando em formar profissionais atentos com as realidades sociais para oferecerem formas de cuidado mais acolhedoras e resolutivas. As RMS emergem enquanto possibilidade de uma formação que aproximasse as instituições de ensino com os serviços de saúde pública. As RMS surgiram no Brasil na década de setenta como modalidades de ensino e cursos teórico-práticos (MARTINS *et al*, 2010).

Um dos principais objetivos de se investir nessa modalidade de ensino em serviço, era a formação de trabalhadores com características e olhares mais ampliados em saúde, não focando somente o aspecto biologicista dos sujeitos, aliando um trabalho mais coletivo, multiprofissional e transdisciplinar. Segundo Ferla e Ceccim (2003), os programas de RMS foram construídos para desencadear processos de formação que proporcionassem

como a “capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade” (CORREIA, 2000, p.53).



humanização, o acolhimento, a responsabilização com o usuário, a autonomia, a equipe multiprofissional, a integralidade, a resolutividade nos serviços de saúde.

Hoje a Residência Multiprofissional em Saúde está instituída como uma pós-graduação *lato sensu* pautada pelo ensino em serviço. Caracteriza-se principalmente por ser uma formação teórico-prático e ser uma estratégia de educação permanente⁹ para os trabalhadores em saúde no Brasil. A RMS tem hoje uma carga horária total de 5760 horas, diluídas entre dois anos, resultando em 60 horas semanais de atividades, sendo oitenta por cento de sua carga horária realizada em serviços de saúde pública, trabalhando no Sistema Único de Saúde brasileiro, e vinte por cento voltados para aulas, seminários, supervisões e demais conteúdos teóricos.

Alguns dos espaços que os residentes atuam são hospitais gerais, ambulatórios, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), espaços de gestão em saúde, entre outros. Para além dos espaços da saúde, alguns programas de residência possibilitam ao residente atuar em locais da assistência social e da educação, trabalhando de forma intersetorial a formação e educação em saúde. Ceccim, Kreutz e Mayer Jr. (2011, p. 262) remetem-nos aos objetivos inovadores das residências:

Depreende-se que é inovadora a enunciação das Residências Integradas como estratégia privilegiada de Educação Permanente em Saúde, implicadas com a transformação do agir em saúde, com a possibilidade de financiamento pela jovem política de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor da saúde e com um processo educacional capaz de desenvolver as condições para o trabalho em conjunto das profissões da saúde.

⁹ Em 2004 o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - EPS, sendo essa um processo contínuo e permanente de estar discutindo os processos de trabalho das equipes e dos serviços de saúde do SUS, partindo da prática (cotidiano), do contexto (sócio-econômico-cultural) e do território em que as pessoas estão inseridas. A EPS leva em consideração os diferentes saberes e olhares sobre aquela situação, inclusive o olhar do próprio usuário frente ao seu desejo e intuito ao buscar o serviço de saúde.



Entre as categorias profissionais de saúde de nível superior que podem participar da RMS estão: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Resolução nº 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde). Cabe ressaltar que alguns programas de residência multiprofissional não tem se restringido à essa legislação, e estão possibilitando a aproximação de outras profissões que não compõe a resolução 287/98, como Artes, Pedagogia, Ciências Sociais e Saúde Coletiva.

A educação física se faz presente nas RMS desde a transição entre os anos 1980 e 1990, quando o SUS começava a ser implantado no Brasil e havia um ambiente com muitas expectativas com relação à ampliação dos serviços de saúde e dos profissionais que fariam parte das novas equipes de trabalho. Na próxima seção do texto, iremos abordar algumas questões referentes aos encontros da educação física com a saúde coletiva e o SUS que foram/estão sendo possibilitados pela formação na RMS.

Novos encontros da educação física com a saúde coletiva possibilitados pelas RMS

Apesar da inserção da educação física no campo da saúde não ser tão recente a formação na área custou para incorporar em seus currículos os embates, as disputas e as construções do campo da saúde coletiva e do SUS. Mesmo sendo reconhecida como profissão da saúde em nível superior pela resolução nº 287/98 do CNS e também associada pela Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal do Ensino Superior (Capes) e Conselho Nacional de Educação (CNE) como profissão da saúde, as discussões no campo da formação profissional sobre o SUS parecem não ter atingido tanto os cursos de graduação em educação física (ANJOS; DUARTE, 2009; BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009; PASQUIM, 2010).

Diante disso a RMS torna-se uma espécie de “segunda oportunidade” para os professores de educação física entrarem em contato com os serviços públicos de saúde e com as discussões do campo da saúde coletiva. Durante o processo de formação dos residentes multiprofissionais, é possível estar em constante parceria com outras profissões da saúde, educação e ciências sociais, de modo a construir novas formas de pensar e agir em saúde



(CECCIM; KREUTZ; MEYER JR, 2011) e de engajar-se nas lutas por mais melhorias no sistema de saúde brasileiro.

Ao ingressar nas RMS, os professores de educação física acabam por (re)conhecer uma série de contradições tanto do campo da atuação profissional quanto das questões referentes à saúde da população. Nesse sentido, premissas que são muitas vezes ensinadas na graduação de forma ufanista dogmática como “corpo são, mente sã” e “atividade física é saúde” podem vir a ser colocadas em xeque no momento em que descobrimos que as demandas e necessidades dos usuários do SUS vão muito além da proposição de atividades físicas e do treinamento físico (BILIBIO; DAMICO, 2011).

Durante os dois anos da RMS os residentes ficam envolvidos com diferentes formas de atendimento, de modo a ampliarmos nosso conceito de cuidado em saúde, como propõem Túlio Franco e Émerson Merhy (s/d, p. 10-11):

[A construção do SUS] foi um acontecimento que produziu grande impacto no conceito de saúde, do direito à assistência, imprimindo na vida cotidiana dos serviços de saúde a idéia de cidadania (...), sobretudo a compreensão de que o cenário de práticas dos serviços é multiprofissional, e o cuidado se constrói sempre em relação com o outro, seja um trabalhador ou o usuário.

Ao se deparar com outras noções do campo da saúde coletiva, alguns dos desafios dos professores de educação física no SUS estão relacionados a romper, despir-se de práticas tradicionais da área para primar pelas relações interpessoais, comprometidas com a criação de vínculos afetivos pela possibilidade da escuta e da construção de estratégias coletivas de cuidado com os usuários dos serviços de saúde (FAÇANHA DA SILVA et al, 2009).

De maneira mais radical, podemos colocar que nas caminhadas que trilhamos na RMS estamos borrando, rasurando certas práticas em saúde para nos abriremos para outras formas de cuidar das pessoas, como argumenta Damico (2011):

Trata-se, no entanto, de pensar em ir além da ideia de considerar o usuário em atendimento como um portador de necessidade, como parte ou fragmento de um corpo com problemas biológicos, como um ser sem subjetividade, sem intenções, sem vontades, sem desejos. A educação física e outros profissionais, ao se desterritorializarem dos seus núcleos profissionais e ao assumirem a integralidade do cuidado como a sua principal ferramenta, podem abrir-se as possibilidades de



outros fazeres, aqueles que são possíveis de serem produzidos nos encontros e somente no encontro entre cuidador e usuário (DAMICO 2011, p. 275).

Nesse sentido o trabalho do professor de educação física não deve se limitar às oficinas terapêuticas e grupos que estejam envolvidos somente com as práticas corporais. Na RMS buscamos atuar de acordo com as demandas dos serviços de saúde do SUS, trabalhando de forma multi e interdisciplinar com os demais trabalhadores. Acolhimentos, escutas, visitas domiciliares, espaço de convivência, atividades de geração de renda, de cultura e circulação pela cidade, matriciamento, acompanhamento terapêutico, enfim, são varias as atividades desenvolvidas pelos professores de educação física nas equipes e serviços de saúde em que estão inseridos (ABIB; FERREIRA, 2010). Tais tarefas são compartilhadas de modo a construir um processo de trabalho pautado pelas práticas de cuidado em saúde, permeadas pelo trabalho vivo em ato (MERHY, 2002), entendendo o trabalho como prática social e prática técnica aliados com a intersubjetividade e as práticas dialógicas (AYRES, 2001).

Ao possibilitar o contato com diferentes profissionais, usuários, atendimentos e realidades sociais, a RMS proporciona aos professores de educação física a aproximação com outras políticas públicas (não somente da saúde, mas também da assistência social, habitação, segurança pública, etc) e perspectivas teóricas, como a epidemiologia, a análise institucional, a educação popular, atenção psicossocial, psicanálise, filosofia da diferença, práticas integrativas e complementares, e outras.

Contudo, também compreendemos que nem todos os percursos na saúde e nas RMS nos permitam aprender e atuar nas perspectivas ampliadas de cuidado. Apesar da construção das residências estarem relacionadas às lutas do movimento sanitarista brasileiro e das diretrizes do SUS, há diversos programas de RMS que não propõe aos residentes espaços inovadores de formação, impossibilitando o pensamento crítico e coletivo e assim contribuindo para a perpetuação de velhas e fragmentadas práticas em saúde.

Estamos conscientes de que quando falamos em novas e velhas práticas em saúde, não estamos as polarizando em boas e ruins, apenas nos inquietamos com o fato de que em algumas RMS não é proporcionado ao residente o encontro e o conhecimento de diferentes formas de fazer saúde. No caso da educação física, quando falamos em novas práticas de saúde, é com respeito a ampliar o leque de possibilidades de atuação, de forma a romper com a lógica fragmentada, impositiva, ufanista dogmática e corporativa de cuidar.



Para que possamos assumir o desafio de implicarmos em nossas práticas a compreensão ampliada de saúde e o rasuramento da percepção de corpo meramente biológico-fisiológico, são necessários espaços, brechas, escoamentos na formação do residente que favoreçam a inclusão de concepções que não se esgotem no “físico” e integrem outros saberes (FAÇANHA DA SILVA et al, 2009).

Considerações finais

A RMS vem com a proposta de contribuir para a formação e especialização de trabalhadores para o SUS, e isso pode ser considerado como algo estratégico para que os seus princípios e diretrizes se efetuem de fato no cotidiano das equipes e dos serviços de saúde.

Como afirmamos no decorrer do texto, a RMS tem possibilitado aos professores de educação física encontros com outras perspectivas teóricas, outros olhares para o cuidado, outras profissões e serviços, deslocando-os dos campos tradicionais da área, como escolas, academias, parques e esporte de alto rendimento, para atuar em serviços públicos de saúde, como os já referidos anteriormente, CAPS, NASF, UBS, hospitais, ambulatórios.

Entretanto, como nos alertam Rosa e Lopes (2011), resta saber se, na tentativa de efetivação do SUS, a indução de políticas públicas como a RMS, vai contribuir para o aprimoramento da formação profissional na perspectiva da Educação Permanente ou, se vai ser mais uma estratégia para estruturar a rede de saúde através da oferta de um campo de trabalho precarizado, não só para os professores de educação física, como também para os demais trabalhadores da saúde pública brasileira.

Referências

ABIB L. T. e FERREIRA L. A. S. A cultura corporal no contexto da saúde mental. In: Revista Didática Sistêmica, Edição Especial - Evento Extremos do Sul, 2010.

ANJOS, T. C. dos; DUARTE, A. C. G. de O. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1127-1144, 2009.

AYRES, J. R. de C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001.



BRUGNEROTTO, F.; SIMÕES, R. Caracterização dos currículos de formação profissional em Educação Física: um enfoque sobre saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 149-172, 2009.

BILIBIO, L. F.; DAMICO, J. G. S. Carta a um jovem professor. *Cadernos de Formação RBCE*. Florianópolis, p. 92-103, jul. de 2011.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER L. C. M.; O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. In *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CECCIM, R. B.; KREUTZ, J. A.; MAYER JR, M. Das Residências Integradas às Residências Multiprofissionais em Saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente Educação. In: Roseni Pinheiro; Aluisio Gomes da Silva Junior. (Org.). *Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*. 1º ed. Rio de Janeiro: Editora da Abrasco, 2011. p. 257-292.

CORREIA, M. V. C. Que controle social: os conselhos de saúde como instrumento. 2º ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DAMICO, J. G. S. Rasuras disciplinares e amputação de fazeres. *Movimento*. Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 269-287, jul/set de 2011.

ESCOREL, S. Equidade em saúde. In.: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

FAÇANHA DA SILVA, A. L. et al. Educação Física na Atenção Primária à Saúde em Sobral-Ceará: Desenhando Saberes e Fazeres Integralizados. *Sanare*, v. 8, 2009.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: _____. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2003. p. 211-24.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. O Reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf>> Acesso em 4 de junho de 2012.

MARTINS et al, pag 78, (in) Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**; organização de Ananyr, Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

MATTA, G. C. Universalidade. In.: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.



**XIX
CONBRACE**
VI CONICE
08 a 13 de setembro de 2015
VITÓRIA-ES

TERRITORIALIDADE E DIVERSIDADE
REGIONAL NO BRASIL E AMÉRICA LATINA:
SUAS CONEXÕES COM A EDUCAÇÃO
FÍSICA E CIÊNCIAS DO ESPORTE

MEHRY, E. E. Ato de cuidar: alma dos serviços em saúde. A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

NUNES, E. D. **Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: Histórico e Perspectivas.** PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p.13-38, 2005.

PASINI, V. L. **Residência Multiprofissional em Saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS.** Tese (Doutorado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PASQUIM, H. M. A Saúde Coletiva nos Cursos de Graduação em Educação Física. Saúde Sociedade, São Paulo, v.19, n.1, p.193-200, 2010.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. In.: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Brasília, 1986. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em: 14 de Setembro de 2014.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Políticas de Formação Profissional: o caso da Residência Multiprofissional em Saúde. Quaestio, Sorocaba, SP, v. 13, p. 13-23, maio 2011.