

Experiência no segundo ano da residência multiprofissional em saúde mental categoria enfermagem: prática hospitalar

Experience in the second year of multiprofessional residence in mental health category nursing: hospital practice

Jaciane Araújo Cavalcante¹; Gessi Carvalho de Araújo Santos²; Domingos de Oliveira³; Camila Campitelli Fernandes⁴.

¹ Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde, Docente do curso de Enfermagem, UFT
cavalcante.jaciane@gmail.com

² Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde, Docente Efetiva do curso de Medicina, UFT.

³ Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, Docente do curso de Enfermagem UFT.

⁴ Médica Psiquiatra, Preceptora da residência médica em Psiquiatria, UFT.

RESUMO

Objetivo: Descrever a experiência de uma residente em saúde mental durante o campo de prática hospitalar no Pronto Socorro de um hospital geral localizado na Região Norte do Brasil. **Metodologia:** Estudo exploratório de natureza qualitativa do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir da vivência da residência multiprofissional em Saúde Mental, categoria enfermagem, enfatizando as potencialidades e os desafios da assistência em saúde mental pela enfermagem no cotidiano do Pronto Socorro de um hospital geral, no período de setembro à dezembro de 2015. **Resultados:** O cenário de prática hospitalar possibilitou a reflexão acerca do ambiente hospitalar como parte da política de saúde mental. A vivência possibilitou a inserção da residente em momentos que trabalharam a percepção da realidade através da observação das ações profissionais, interação residente/profissionais do serviço e rodas de conversa sobre saúde mental como proposta de intervenção. **Considerações finais:** As habilidades adquiridas na residência durante a prática hospitalar favoreceram a profissional residente, maior segurança profissional para atuar no âmbito da saúde mental. A residência em saúde mental também produz reflexões entre profissionais e discentes sobre a assistência integral em saúde, sendo também amplamente direcionada com a utilização de metodologias ativas.

Palavras-Chave: Hospital de ensino. enfermagem psiquiátrica. urgência e emergência. metodologias ativas.

ABSTRACT

Objective: To describe the experience of an inpatient during the period of hospital admission in the Emergency Room of a general hospital located in the Northern Region of Brazil. **Methodology:** An exploratory qualitative study of the type of experience report, developed from the experience of the multiprofessional residence in Mental Health, nursing category, emphasizing the potentialities and challenges of nursing care in mental health in the daily life of the Emergency Room of a general hospital, from September to December 2015. **Results:** The hospital practice scenario allowed the reflection about the hospital environment as part of the mental health policy. This experience made possible the insertion of the resident in moments that worked the perception of reality through the observation of professional actions, resident interaction / service professionals and talk about mental health as a proposal for intervention. **Final considerations:** The skills acquired in the residence during the hospital practice had turned the resident professional, greater professional security to act in the scope of mental health. The residency in mental health also produces reflections among professionals and students about comprehensive health care, and is also widely used with the use of active methodologies.

Keywords: Teaching hospital. Psychiatric nursing. Urgency and emergency. Active methodologies.

1. INTRODUÇÃO

As residências multiprofissionais são estratégias de ensino pautadas em um arcabouço teórico e pedagógico em acordo com os princípios e as diretrizes do sistema único de saúde (SUS), associam o aprendizado teórico à prática, de forma a problematizar o modelo técnico-assistencial. Traz o ensino-serviço como ênfase na humanização da atenção e ampliação da compreensão da integralidade, considerando que o processo de trabalho pode ser construído ou reconstruído no cotidiano do serviço (BEZERRA, 2011).

Historicamente a formação profissional em saúde esteve fundamentada no uso de metodologias tradicionais, tendo forte influência do mecanicismo, onde o conhecimento é apreendido de forma fragmentada e reducionista (MITRE, 2008).

Essas metodologias são influenciadas pela separação corpo e mente, razão do sentimento, ciência da ética, compartimentalizando, o conhecimento em campos especializados, em busca da eficiência técnica, e dificultando a associação entre teoria e prática (BEHRENS,2005; CAPRA,2006).

Desta forma os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde foram apresentados como estratégia para reorientação da Atenção Básica com a reorganização dos serviços públicos com base na lógica do SUS, com início no ano de 2005, afim de gerar condições necessárias para a mudança nos modelos médicos-assistenciais hegemônica, de atenção em saúde. Esta proposta surgiu com a lei n.º 11.129/2005, sendo pautada no art. 13 desse dispositivo legal (ROSA, 2009).

Com a promulgação da Lei n° 11.129 de 2005, que estabelece as residências multiprofissionais, observa-se a necessidade do conhecimento dos profissionais de saúde e acadêmicos da área, quanto a esta modalidade de formação, necessitado de espaços discussão ainda na academia. Em Palmas a residência multiprofissional em saúde mental possui uma organização curricular que aborda a articulação entre teoria e prática em serviço. O trabalho utiliza abordagem construtivista, baseada na aprendizagem significativa. A articulação universidade, estado e município, proporcionam a integração com os principais pontos da rede de atenção à saúde mental (FERREIRA, 2006).(BRUNO 2014).

Nesta perspectiva, o presente estudo propõe apresentar um relato de experiência da atuação da Enfermagem em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, durante o segundo ano de formação, com ênfase em sua prática hospitalar no Pronto Socorro de um hospital geral localizado na Região Norte do Brasil.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo exploratório de natureza qualitativa do tipo relato de experiência (GIL 2008), desenvolvido a partir da vivência da residência multiprofissional em Saúde Mental, categoria enfermagem, enfatizando as potencialidades e os desafios da assistência em saúde mental pela enfermagem no cotidiano do Pronto Socorro de um hospital geral, no período de setembro à dezembro de 2015. O relato tem como base o diário de campo utilizado pela enfermeira residente, preenchido durante a realização da prática hospitalar, campo previsto pelo plano pedagógico da residência multiprofissional.

A residência multiprofissional em saúde mental é uma modalidade de ensino de pós graduação lato sensu destinada às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com duração mínima de dois anos, e carga horária total de 5760 (cinco mil, setecentas e sessenta) horas, o que abrange atividades práticas e teórico-práticas (85% da carga total), garantindo ações de integração, educação, gestão, atenção em serviço, atividades teóricas, que correspondem ao restante da carga horária, (15%) (Brasil, 2014).

Possui como instituição formadora o Centro Universitário Luterano de Palmas (COREMU/CEULP) e o Sistema Integrado Saúde Escola para o SUS (SISE-SUS) no município de Palmas, em conformidade com a Lei Municipal 2.010, de 12 de dezembro de 2013, que instituiu o Programa Integrado de Residências em Saúde - PIRS.

As atividades teórico-práticas ocorrem sob o acompanhamento de profissionais dos serviços denominados preceptores, e as atividades teóricas acontecem sob orientação e profissionais da instituição formadora.

A função do preceptor em um campo de residência é de fornecer suporte, a fim de ajudar o novo profissional a adquirir prática, até que este tenha maior confiança e segurança em suas atividades diárias, devendo então o preceptor criar condições necessárias para que elas sejam implementadas de maneira satisfatória durante o processo de formação, já o tutor, além de ensinar técnicas e habilidades, auxiliar na busca de conhecimentos e avaliar alunos, aconselha e oferece suporte, e ambos constroem uma dinâmica de fluência profissional para nortear as ações do residente (BOTTI 2007).

O curso de residência multiprofissional em saúde mental foi orientado pelo uso de metodologias ativas, com abordagem problematizadora, utilização de casos reais ou fictícios, tutorias e aprendizado em serviço, este supervisionado por preceptores que já atuam no serviço.

Os plantões na prática hospitalar possuíam duração de 12 horas, e ocorriam três vezes por semana durante quatro meses. A equipe era composta por duas residentes da categoria profissional enfermagem e serviço social e duas preceptoras. Cada residente tinha como atribuição a inserção em serviço considerando sua categoria profissional, e a realização de seu diário de campo considerando as especificidades da profissão e vivência em serviço.

O diário de campo, deveria conter o relatório das atividades realizadas em cada plantão e percepção do profissional residente. Tornou-se objeto de análise os as observações acerca do processo de trabalho, os atendimentos realizados, as intervenções em serviço discussões sobre saúde mental em pronto socorro bem como os aspectos relativos à formação em serviço.

Foram excluídos os aspectos como: Número de atendimentos, nome dos profissionais, tipos de atendimento, e discussão/estudo de caso considerando os preceitos éticos contidos da resolução da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa nº 466/12 e os objetivos do estudo.

3. RESULTADOS/RELATO

O cenário de prática hospitalar ocorreu no Hospital Geral do Estado do Tocantins, especificamente no pronto socorro, supervisionado por duas preceptoras enfermeiras, e uma médica psiquiatra. O tutor de campo atuou como mediador na construção do conhecimento teórico, e organização de reuniões com preceptores residentes e coordenação do programa.

O Pronto socorro do hospital de geral de Palmas conta com 169 leitos dos quais 13 são para estabilização (sala vermelha), seis para monitoramento do paciente (sala amarela) e dez para observação (sala verde). Conta também com 20 leitos de Unidade Intermediária e 120 leitos de retaguarda.

Os leitos de retaguarda ou anexo (local onde após a estabilização o paciente era encaminhado), atualmente estão desativados. A ala de psiquiatria do hospital geral fica no segundo andar do prédio e recebe os pacientes após avaliação do psiquiatra no pronto socorro onde havendo disponibilidade de leitos ocorre a internação. O tempo mínimo de permanência do pronto socorro é de 24 horas, e o máximo não era estabelecido na unidade.

O acolhimento do paciente em crise psiquiátrica começa anamnese multidisciplinar. A equipe é composta por médicos, psicólogos, enfermeiros técnicos em enfermagem,

assistentes sociais e nutricionistas. Mediante a necessidade da avaliação pela psiquiatria ocorria por parte da equipe clínica o pedido de parecer.

A análise dos dados ocorreu com a organização das informações contidas no diário de campo. da pesquisadora, o que tornou possível identificar os seguintes eixos:

Percepção da realidade através da observação das ações profissionais, interação residente/profissionais do serviço e ações de intervenção propostas pela residente, conforme cronograma.

O cronograma proposto dividiu as atividades a serem realizadas em momentos de plantões: sendo a fase de observação no em dois momentos: todo o período matutino, e após as 15 horas, com a escrita no diário de campo e discussão com a preceptoria no final de cada plantão.

A vivência possibilitou a inserção de três momentos diferentes: Percepção da realidade através da observação das ações profissionais, interação residente/profissionais do serviço e rodas de conversa sobre saúde mental como proposta de intervenção.

4. DISCUSSÃO

PERCEPÇÃO DA REALIDADE

O pronto socorro do hospital Geral, é referência para atendimentos de urgência e emergência para todo o estado e alguns estados vizinhos conforme relatos da equipe de trabalho. Do ponto de vista do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, este ambiente é rico para aprendizado e apresenta características próprias relacionadas ao perfil da região.

As duas primeiras semanas no pronto socorro foram dedicadas a observação do local, onde a residente conheceu o cotidiano do pronto socorro, o fluxo do atendimento intra hospitalar, os profissionais e seus anseios acerca do processo de trabalho, e as necessidades a serem trabalhadas na instituição.

Dessa forma foram observadas as seguintes situações:

- Dificuldade da equipe de enfermagem no manejo de pacientes em emergências psiquiátricas
- Dúvidas sobre o que é a reforma psiquiátrica e porque os pacientes são atendidos no hospital geral
- Dúvidas sobre contenção e como realizá-la

- Não integração entre as equipes multiprofissionais fragmentando o cuidado ao usuário.

O hospital possui atividades relacionadas ao atendimento de enfermagem no pronto socorro por meio de atendimentos integrados, iniciando no acolhimento através da classificação de risco, onde os usuários eram recebidos pelo hospital por demanda espontânea, encaminhamentos das unidades de pronto atendimento, referências de outros municípios, e por meio do Serviço de Atendimento Móvel – SAMU.

As ações relacionadas a emergências psiquiátricas eram realizadas pela equipe que estivesse no plantão independente do conhecimento ou não do tema. No pronto socorro a enfermagem é responsável pelo atendimento inicial a estes pacientes, realização de procedimentos como estabilização do quadro, de acordo com prescrições médicas, que variavam pela demanda relacionada a crise do indivíduo, contenção física, mecânica ou química.

Observou-se que a equipe de enfermagem que ao atuar na linha de frente do cuidado ao paciente em surto psicótico, referiam dificuldades no manejo destes casos, ora por relatar não saber conduzir a abordagem e/ou medo de agressões físicas, priorizando assim outros pacientes para atendimento, o que facilitava a fuga de muitos pacientes que recusavam o tratamento.

Confirmou-se tal observação quando, pacientes em surto psicóticos eram atendidos no momento que a equipe considerava pertinente, deixando a classificação de risco fazer parte do atendimento desses usuários. Foi observado também a dificuldade quanto ao conhecimento dos membros da equipe em relação ao processo de atendimento de indivíduos em surto psicótico, com a necessidade da construção de intervenções para o processo de trabalho.

É potencialidade no pronto socorro a presença 24 horas de outros profissionais na equipe multiprofissional, sendo eles, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas. Neste ponto foi discutido com as preceptoras a possibilidade de traçar intervenções que possam trabalhar com equipe multiprofissional, visando atingir equidade e qualidade no atendimento ao usuário em sofrimento mental.

A fase de observação tornou possível a caracterização da dinâmica de trabalho no local, considerando a espiral construtivista que possibilita a utilização de conhecimentos, percepções, sentimentos e valores prévios do discente/residente. Os problemas e potencialidade foram elencados e discutidos nas reuniões de preceptoria e

tutoria, o que representou ponto de partida do processo de intervenção que foi executado nas semanas subsequentes.

INTERAÇÃO RESIDENTE/PROFISSIONAIS DO SERVIÇO

Na fase de interação, a qual durou quatro semanas e doze plantões a residente realizou atividades junto as equipes de enfermagem responsáveis pelos leitos de estabilização, monitoramento e leitos de retaguarda.

Entre os locais de prática evidenciaram com um maior contingente profissional e de usuários: acolhimento com classificação de risco, sala vermelha, sala amarela, salas verdes e corredores.

O acolhimento com classificação de risco, possui como plantonistas dois profissionais de enfermagem e um de medicina, que avaliam o paciente no atendimento inicial e indicam qual o melhor tratamento no momento da avaliação.

A localização deste espaço se dá em frente a recepção e logo do lado oposto ao acolhimento existe uma sala com uma equipe de psicólogos à disposição do pronto socorro. O hospital possui implantado um sistema de classificação de risco similar ao protocolo de Manchester, o que norteia as ações e condutas no atendimento inicial.

Durante o atendimento, os pacientes com transtornos mentais quando classificados como azul ou verde foram imediatamente encaminhados para a consultas médicas ou conseguiram adentrar no hospital sem esforços. Dentre as anotações no diário de campo destacam-se as seguintes falas:

“... quanto menos o paciente permanecer na sala de acolhimento e recepção, menos ele iria importunar outros profissionais e usuários...”

“... não entendo de psiquiatria então é melhor que ele passe logo para o médico fornecer o parecer...”

“... não há como manter um paciente da psiquiatria no pronto socorro ele foge e retorna novamente...”

“... tenho medo de ser agredido..”

Por meio das falas, foi possível perceber que a reforma psiquiátrica não ocorreu de fato para muitos profissionais, considerando que quanto menos um paciente com transtorno mental ficar em contatos com outros pacientes, menos desconfortos este causaria a todos:

“[...] as primeiras instituições psiquiátricas surgiram em meio a um contexto de ameaça à ordem e à paz social, em resposta aos reclamos gerais contra o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades; acrescentem-se os apelos de caráter humanitário, as denúncias contra os maus tratos que sofriam os insanos. A recém-criada Sociedade de Medicina engrossa os protestos, enfatizando a necessidade dar-lhes tratamento adequado, segundo as teorias e técnicas já em prática na Europa” (COSTA 1987, p. 38).

Na sala vermelha, os pacientes com transtornos mentais permaneciam pouco tempo, variando entre estabilização do quadro através de contenção mecânica ou química, ou obtenção de outro leito para que este seja remanejado.

A transferência da sala vermelha ocorria para os leitos de estabilização do pronto socorro, onde este deveria aguardar posterior avaliação psiquiátrica e decisão sobre a internação na ala psiquiátrica do hospital, ou alta do pronto socorro após remissão dos sintomas referentes a crise psiquiátrica.

Cabe ressaltar que as decisões quanto a internação e manejo do caso não eram discutidas em equipe, somente o psiquiatra plantonista decidia o que seria realizado em relação ao usuário.

Observou-se que o objetivo primordial ao atendimento a este tipo de usuário não era o de estabiliza-lo e sim não mudar a dinâmica do ambiente de trabalho e evitar possíveis elementos considerados estressores pela equipe e/ou outros usuários do serviço.

Este temor não mudou desde a implantação da reforma psiquiátrica. Os doentes mentais podem representar um perigo de agressão física para os outros doentes de um hospital e pessoal técnico. Este medo é insustentável diante de evidências em outros países desenvolvidos (MION 2003).

As ações de observação na atuação no campo, possibilitaram a construção de um projeto de intervenção para a equipe multiprofissional, lembrando que, na prática da residência no pronto socorro havia uma residente de enfermagem e uma de serviço social. O projeto foi construído e apresentado para os coordenadores do local e diretor geral do

hospital, baseando-se nas justificativas de ambas residentes sobre o desconhecimento profissional quanto a rede de saúde mental e o manejo de pacientes com transtornos mentais em situação de crise.

AÇÕES DE INTERVENÇÃO

A intervenção voltada para saúde mental aconteceu com o objetivo de capacitar os profissionais do pronto socorro sobre definições crise psiquiátrica, assistência de enfermagem nas situações de crise, orientações quanto a tipos e técnicas de contenção para enfermagem bem como realizar a apresentação da rede de saúde mental do município, estas divididas em seis semanas de capacitações in loco:

- Semana 1 → Equipe de Enfermagem que atua na sala de estabilização.
- Semana 2 → Equipe de Enfermagem que atua na sala de monitoramento.
- Semana 3 → Equipe de Enfermagem que atua na sala de observação
- Semanas 4 e 5 → Equipe de Enfermagem que atua nos 120 leitos de retaguarda.
- Semana 6 → Avaliação do processo de trabalho, e construção do relatório referente a participação profissional nas oficinas.

Outros profissionais da equipe multiprofissional foram convidados para as rodas de conversa sendo facultada a participação em qualquer momento durante as seis semanas de intervenção.

Esta intervenção entrou como apoiadora do processo de trabalho dos profissionais para fortalecer a assistência aos pacientes de saúde mental, através da educação permanente sem que os plantonistas deixassem seu ambiente de trabalho, considerando que estas ocorriam em um tempo máximo de 15 minutos durante os plantões e não ocorreram no período matutino ou nas trocas de plantões, para desta forma não atrapalhar a dinâmica do serviço.

A equipe de enfermagem mostrou-se receptiva quanto ao tema abordado, demonstrando interesse sobre do assunto, com relatos de desconhecimento acerca da reforma psiquiátrica, preconceito sobre a razão pela qual indivíduos com transtornos mentais eram encaminhados para o pronto socorro de um hospital geral.

Dentre as falas observadas durante a capacitação destacam-se o real preconceito dos membros da equipe como um todo e a necessidade de formação continua desses profissionais.

Quanto ao serviço social, foi evidente a fragilidade da equipe em relação ao trabalho interdisciplinar, em que os profissionais desta categoria não compareceram para

as rodas de conversa, sugerindo um não interesse pela equipe quanto ao tema abordado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma residência multiprofissional, já é fator suficiente para causar inquietação em um meio profissional acostumado a não mudar sua rotina, e um pronto socorro de um hospital geral torna-se campo farto para a construção de um conhecimento crítico, possibilitando diversas ações que não seriam possíveis diante de uma metodologia tradicional, com cronogramas pré-estabelecidos e propostas já elaboradas.

As habilidades adquiridas na residência durante a prática hospitalar favoreceram a profissional residente, maior segurança profissional para atuar no âmbito da saúde mental.

Torna-se necessário a ampliação do campo de prática das residências multiprofissionais no norte do Brasil, especificamente com práticas hospitalares, para garantirmos construções reflexivas sobre a assistência integral em saúde e direcionada ao processo de ensino em serviço.

A formação profissional baseada em metodologias ativas diferencia-se da formação imposta que geralmente perpetua em desigualdades e oculta a realidade do protagonista do processo. Quando a formação é livre de regras e o profissional responsável pela empodera os participantes esta deixa de ser penosa e passa a ser gratificante.

Dentro da residência multiprofissional foi possível a construção de um processo de aprendizagem voltado ao cuidado integral à saúde das pessoas, tanto profissionais de saúde, quanto aos pacientes, o que possibilitou a organização do trabalho com foco na melhora da qualidade deste.

Logo, a residência trouxe ganhos para a participante participantes, esta expressa pela possibilidade do trabalho com outros profissionais de outras categorias, amplificando o aprendizado e gerando frutos no ambiente de trabalho. Contudo, há que se avançar na busca de estratégias que permitam a ampliação de práticas interdisciplinares neste programa, para efetivação da rede de saúde mental a níveis regionais.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, T.C.A. **Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: construção de um instrumento avaliativo. 2011.** Dissertação (Mestrado profissional) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife. 2011.

BEHRENS MA. **O paradigma emergente e a prática pedagógica.** Petrópolis: Vozes; 2005.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 3, p. 363-373, Sept. 2008 . Acesso em 05 de July 2017.

BRASIL. 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. 414 p.

BRUNO J. R. **Caderno do Programa Integrado de Residências em Saúde – 2015**
Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Tocantins.

CAPRA F. **O ponto da mutação : a ciência, a sociedade e a cultura emergente**.
Cultrix: São Paulo ; 2006.

COSTA, Nilson do Rosário e Tundis, Silvério (org.) **CIDADANIA E LOUCURA — Origens das políticas de Saúde Mental no Brasil.**, Petrópolis, Abrasco/Vozes, 1987..

FERREIRA, Ricardo Corrêa; VARGA, Cássia Regina Rodrigues; SILVA, Roseli Ferreira da. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 1421-1428, Oct. 2009 . Acesso em 04 Julho 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social** / Antonio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

LIMA, Valéria Vernaschi. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 21, n. 61, p. 421-434, June 2017 . Acesso em 15 Junho de 2017.

MITRE, Sandra Minardi et al . Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, Dec. 2008. Acesso em 04 Julho 2017.

MION, J. Z.; SCHNEIDER, J. F. Leitos Psiquiátricos em hospital geral: visão de profissionais que atuam em hospital geral. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 1, 2003. Acesso em 10 Junho 2017.

PALMAS. **Lei Municipal nº 2010, de 17 de dezembro de 2013**, que Institui o Programa Integrado de Residências em Saúde e o Programa Municipal de Bolsas de Estudo e Pesquisa para a Educação pelo Trabalho.

ROSA, Soraya Diniz; LOPES, Roseli Esquerdo. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 7, n. 3, p. 479-498, Nov. 2009 Acesso em: 01 de Julho de 2017.

SESAU. Secretaria de Saúde do Estado - Tocantins. **Hospitais Estaduais**. 2016. Disponível em: <<http://saude.to.gov.br/atencao-a-saude/gestao-hospitalar/hospitais-estaduais/>>. Acesso em: 05 jan. 2017.