

Residência multiprofissional em saúde: considerações para a construção da integralidade na perspectiva do Serviço Social

Wagner Lopes de Almeida¹

Silvia Neves Salazar²

Resumo

Este trabalho tem como objetivo compreender o princípio da integralidade, presente no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das particularidades do trabalho do assistente social inserido em uma Residência Multiprofissional em Saúde (RMS). Para tal análise partimos da experiência como residente/assistente social inserido na modalidade de ensino em serviço no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), na cidade de Vitória, Espírito Santo. A articulação da RMS, do princípio da integralidade e do trabalho do assistente social reafirma a necessidade de se construir alternativas que contribuam para efetivação de uma política de saúde de caráter público e de qualidade para a classe trabalhadora.

Palavras-chave

Residência multiprofissional em saúde; Integralidade; Serviço Social.

Multiprofessional health residency: considerations for the development of integrity from Social Work perspective

Abstract

This work aims to understand the principle of integrality in the Brazilian Unified Health System (SUS), from the view of the social worker in a multiprofessional health residency (MHS). For this analysis, we follow a resident/social worker's experience when integrated in an educational service setting at University Hospital Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), in the city of Vitória, Espírito Santo, Brazil. The combination of the MHS, the principle of integrality, and the work of the social worker reaffirm the need to develop alternatives that contribute to an effective public health policy for the working class.

Keywords

Multiprofessional health residency; Integrality; Social Work.

Introdução

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) tem se apresentado como uma alternativa para promover novas práticas em saúde a partir de eixos norteadores integrados e contextualizados com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua formação está baseada no ensino em serviço, que contempla, dentre outros aspectos, uma concepção ampliada de saúde, a interdisciplinaridade e a integralidade das ações.

Os aspectos da integralidade e de como ela se desenvolve no interior da RMS no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), localizado na cidade de Vitória, Espírito Santo, serão discutidos a partir de produções bibliográficas e reflexões que busquem compreender como este elemento potencializa o trabalho coletivo onde o Serviço Social se insere.

As atividades da RMS no HUCAM foram iniciadas em março de 2010, tendo como área de concentração inicial a atenção à saúde cardiovascular. Os cursos que integraram essa residência foram Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Odontologia (2010 a 2012) e Serviço Social. Na perspectiva do trabalho integrado e coletivo, o princípio da integralidade do SUS se tornou o alicerce para impulsionar as práticas multiprofissionais desenvolvidas nesse hospital.

Por se tratar de uma modalidade de ensino em serviço com regulamentação recente, é relevante que se apresente como foi estruturada a RMS do HUCAM, particularizando o trabalho do assistente social na perspectiva da integralidade, a fim de subsidiar novas discussões e apontamentos, seja no âmbito da RMS, da integralidade e/ou do Serviço Social, considerando principalmente a interdisciplinaridade do trabalho desenvolvido com os outros profissionais residentes e do hospital.

A trajetória deste trabalho incide sobre a caracterização das RMS, a discussão da integralidade nas práticas profissionais e, posteriormente, a definição da RMS no HUCAM, situando as particularidades do Serviço Social. Por fim, foram levantados alguns elementos sobre a integralidade no trabalho desenvolvido pelo assistente social nesta RMS, contemplando as particularidades deste hospital-escola onde foi desenvolvido o trabalho multiprofissional.

Trajетória histórica da RMS e algumas considerações sobre a integralidade

Desde o final da década de 1970, diversas experiências de trabalho integrado e multiprofissional, inicialmente realizadas na atenção básica à saúde, são apontadas como precursoras das RMS. Em meio às transformações políticas, econômi-

cas e sociais desse período, as práticas multiprofissionais integradas, apoiadas em um trabalho renovado na área da saúde, convergiram para a implementação das RMS, ainda que isoladas e sem o apoio das instâncias governamentais.

Em 1976 a Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul implementou, na Unidade Sanitária de São José do Murialdo, a primeira Residência em Medicina Comunitária, com o objetivo de formar profissionais com a visão integrada da saúde, contemplando os aspectos clínicos, mentais e públicos, oportunizando a formação de profissionais com um perfil humanista e crítico. Essa experiência exitosa abriu caminho para que dois anos depois de implementada, a Residência em Medicina Comunitária se tornasse multiprofissional integrada, seguindo o mesmo objetivo da primeira (BRASIL, 2006).

No ano de 1977 a Residência Médica foi regulamentada pelo decreto 80.281 de 05 de setembro no âmbito do Ministério da Educação, incluindo a criação da Comissão Nacional da Residência Médica para oficializar sua organização e funcionamento, onde também aconteceria o credenciamento de novos programas de residência e avaliação de todos os processos inerentes. Essa regulamentação determinou que a especialização em residência fosse realizada no formato de pós-graduação *lato sensu*, guiada pela formação em serviço nos âmbitos institucionais (BRASIL, 2006).

Ainda buscando algumas referências históricas, o Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública é apontado como um disseminador das práticas multiprofissionais em saúde. O programa criado e financiado em 1979 no âmbito do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), aliado ao Treinamento Avançado em Serviço da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, indicou a necessidade do trabalho multiprofissional integrado para alcançar os objetivos preventivos e sociais no que se referia à saúde pública (RAMOS et al., 2006).

Em meio às reformas políticas, ao declínio da ditadura militar, às iniciativas de Reforma Sanitária, à 8ª Conferência Nacional de Saúde, à promulgação da Constituição Federal de 1988 e à implementação do SUS, diversas experiências com o formato multiprofissional integrado foram idealizadas e colocadas em prática, ainda que não existisse um eixo equânime norteador dessas práticas, tampouco fixadas numa plataforma governamental.

O advento do SUS, pautado nos princípios e diretrizes das Leis Federais n. 8.080 e 8.142, ambas de 1990, a preocupação com sua consolidação, bem como com a formação profissional de trabalhadores para esta política, provocou, em

1999, no Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, a retomada das experiências das RMS nos trabalhos com a saúde da família. Nesse contexto, a proposta de elaborar um modelo de Residência Multiprofissional, focando uma área comum de atuação e preservando as características particulares de cada profissão, ocorreu “acrescida de valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento” (BRASIL, 2006, p. 6). Assim, em 2002 foram criadas 19 Residências Multiprofissionais, financiadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

O destaque para outros aliados que entendiam as Residências Multiprofissionais como fortalecedores da implementação do SUS aconteceu no âmbito da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (NOB/RH SUS), com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), instrumento que oportunizou a valorização do trabalhador do SUS, além de propor a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). A partir da articulação desta secretaria com a ‘Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente’, foi proposta em 2004 a inclusão do eixo de ação Residências Multiprofissionais e Integradas para o processo de formação de profissionais na área da Saúde. Destaca-se ainda o Fórum Nacional de Residentes Multiprofissionais (FNRS), idealizado no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em 2006 e formalizado no encontro de residentes multiprofissionais em outubro de 2006, onde os ‘encontros e desencontros’ de diversos residentes do país culminaram na avaliação das RMS (RAMOS et al., 2006).

Impondo-se aos embates e jogos de interesse que ainda permeiam as práticas renovadas no campo da saúde, a RMS tem seu primeiro apontamento nacional na Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005. Nesta é sancionada a CNRMS, apontada no artigo 14º e situada no âmbito do Ministério da Educação com o dever de, em conjunto com o Ministério da Saúde, desenvolver sua organização e funcionamento (BRASIL, 2005a). Em seguida, no mesmo ano, a Portaria Interministerial nº 2.117 instituiu, nos âmbitos dos Ministérios da Educação e da Saúde, a Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2005b). Esses apontamentos sintetizados fortaleceram o que atualmente configura-se como RMS.

Nesse sentido, retomando os parâmetros que legalizam as residências, destaca-se a Portaria Interministerial nº 1.077 de 12 de novembro de 2009, que dispõe sobre as RMS e a CNRMS. Os dois primeiros artigos indicam quais profissões podem compor uma equipe multiprofissional integrada, bem como sugere os eixos

norteadores das RMS (BRASIL, 2009). A articulação do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde tem sido fundamental para que tais eixos sejam efetivados na modalidade ensino em serviço. Com os direcionamentos da CNRMS, articulados com a Política Nacional de Educação e com a Política Nacional de Saúde, todo o processo de avaliação, supervisão e regulação dos programas de RMS são realizados em consonância com a referida portaria interministerial de 2009. Importante destacar também o suporte técnico e administrativo que o Ministério da Educação (MEC) deve oferecer aos programas de RMS, além do financiamento da estrutura e do funcionamento da CNRMS, neste caso compartilhada com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

A implementação do Programa de Residência Multiprofissional requer a articulação entre a instituição formadora (universidades, faculdades) e a instituição executora (hospitais, unidades básicas de saúde, etc.). Para isso, a composição da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) é fundamental para que a execução do programa seja amparada nos eixos norteadores das RMS, e que estes sejam praticados. As atribuições da COREMU constam na Resolução n. 02 de 04 de maio de 2010 da CNRMS (BRASIL, 2010).

A COREMU e a Coordenação da RMS têm o papel de articular o ensino em serviço, sendo necessário o envolvimento da instituição formadora com o serviço de saúde onde se localiza a RMS. Em se tratando de uma modalidade de ensino que prevê o treinamento em serviço, tal articulação se depara com diversos impasses que inviabilizam sua concretização, principalmente a partir da provocação reflexiva realizada no campo prático das ações em saúde.

Os Programas de RMS têm duração mínima de dois anos, com uma carga horária total de 5.760 horas em regime de dedicação exclusiva. As atividades são desenvolvidas entre práticas (80% da carga horária total) e teóricas e/ou teórico-práticas (20% da carga horária total). As definições das atividades práticas e teóricas e/ou teórico-práticas estão disponíveis na Resolução n. 05 de 07 de novembro de 2014 da CNRMS (BRASIL, 2014). Desta, decorre a necessidade da articulação constante entre o ensino e o serviço, reiterando o desafio da COREMU e da Coordenação da RMS em estabelecer essa prática permanente.

A resolução n. 02 de 13 de abril de 2012 do Ministério da Educação, da Secretaria de Educação Superior e da CNRMS dispõe sobre algumas diretrizes gerais para efetivação das RMS. Em se tratando das atividades teóricas, práticas e teórico-práticas, a resolução destaca também a necessidade de elaboração de um Projeto Pedagógico (PP) com eixo integrador transversal de saberes, para que a

formação do residente ocorra de forma interdisciplinar, além dos eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, a fim de que se preserve a identidade profissional. No inciso V do artigo 5º da resolução é descrito que “o PP deve prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e gestão na saúde” (BRASIL, 2012).

Enfim, para se estruturar um programa de RMS, além das determinações legais envolvidas desde a composição da CNRMS e a articulação do Ministério da Educação e da Saúde, conta-se ainda com a COREMU, desde o processo de execução do programa, bem como com uma coordenação da RMS, indispensável na elaboração e implementação do PP. Destaca-se o Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE), composto pela coordenação da RMS, representante de docentes, tutores e preceptores com desejável formação na área de concentração do programa, cada um com sua especificidade de atuação (BRASIL, 2012).

Ainda em relação aos eixos norteadores da RMS, é consenso que a orientação das práticas interdisciplinares ocorra a partir dos princípios e diretrizes do SUS, contemplando as necessidades e especificidades locais e regionais encontradas na área de concentração do programa. Nesse sentido, articular a RMS com o princípio da integralidade torna-se um desafio cotidiano no processo de implementação do programa, bem como na prática do residente.

Nesta perspectiva, cabem aqui algumas considerações acerca do princípio da integralidade do SUS e como este converge para o fortalecimento das práticas multiprofissionais e interdisciplinares, particularmente na RMS.

O primeiro destaque legal acerca da integralidade encontra-se na Constituição Federal de 1988 como uma diretriz do artigo 198, inciso II, onde o termo aparece descrito como integral assim transcrito: “atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988). Nesse sentido, o integral já se antecipa a uma necessidade de amparo, a um contexto ampliado acerca do que é saúde, negando a concepção de que a ausência de doença se traduza na mesma.

Na Lei Orgânica da Saúde a integralidade começa a tomar forma enquanto princípio. No artigo 7º, inciso II define-se: “integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Sem negar os demais princípios e diretrizes do SUS, a integralidade se apresenta como uma imagem-objetivo, uma bandeira de luta que é considerada como desejável de alcance, por estar relacionada com uma sociedade mais justa e solidária (MATTOS, 2009). “Enuncia-se uma imagem-objetivo com o propósito principal de distinguir o que se almeja construir, do que existe. Toda imagem-objetivo tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade” (MATTOS, 2009, p. 45). Ou seja, implica repensar os processos de trabalho, de gestão, de planejamento e de construção de novas práticas e saberes de saúde (CECÍLIO, 2009).

Mas definir integralidade não parece ser tarefa fácil. Camargo Jr. (2009) aponta caminhos que podem esboçá-la como “uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas” o que remete a torná-la ao mesmo tempo uma “fragilidade e uma potencialidade” (CAMARGO JR., 2009, p. 16), não inviabilizando seu estudo sistematizado e sua prática nos diversos âmbitos da saúde.

Ainda que, conceitualmente não se defina a integralidade, apontaremos algumas tendências ‘cognitivas e políticas’. Mattos (2009) tem a preocupação de não definir a integralidade de uma vez, por considerar que alguns dos sentidos do termo, construídos ao longo da história das lutas sociais por justiça e igualdade, se percam e silenciem indignações que ainda carecem de solução. Nesse sentido, ele indica ‘sentidos da integralidade’ como norteador de sua discussão.

Um dos primeiros ‘sentidos da integralidade’ identificados é o do valor na dimensão das práticas profissionais. Esse valor tem como premissa “a preocupação de discernir de modo abrangente as necessidades dos usuários [...] e [...] levar em conta as necessidades que não se reduzem à prevenção e ao controle de doenças” (MATTOS, 2009, p. 56). Esse valor rompe com modelos engessados de se praticar a saúde a partir, somente, do diagnóstico de doença, seja em caráter preventivo ou curativo.

A integralidade é ainda destacada como um modo de organizar as práticas nos serviços de saúde, visto que os processos de trabalho carecem de orientação quanto ao seu funcionamento. Assim, a horizontalidade das ações torna-se um atributo da organização dos serviços, compreendendo a epidemiologia local e regional como norteadoras de práticas integradas, de modo a aperfeiçoar seu impacto, bem como as demandas espontâneas, apreendidas também como indicador de saúde, além de possibilitar a ruptura com as práticas emolduradas (MATTOS, 2009).

Indicando sentidos similares, Pinheiro (2009) também refere a integralidade como polissêmica, mas assume um conceito para desenvolver seu texto, definindo-a como “resultante da permanente interação entre os atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde [...] nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados” (PINHEIRO, 2009, p. 69).

Na perspectiva das necessidades em saúde, Cecílio (2009) denomina ‘integralidade focalizada’ àquela que é desenvolvida em um espaço delimitado de saúde (hospital, unidade de saúde, etc.), onde o fruto do esforço e a confluência dos vários saberes multiprofissionais convergem para práticas integrais. Refere ainda uma necessidade de se traduzir demandas em necessidades de saúde, apurando-se a escuta profissional para entendimento e atendimento daquilo que é posto como demanda.

Outro conceito apresentado por Cecílio (2009) é o da justaposição da ‘integralidade focalizada’ culminando na ‘integralidade ampliada’. Esta se refere ao conjunto dos serviços de saúde que articulam fluxos e circuitos a partir das reais necessidades dos indivíduos, em uma perspectiva de relação articulada, complementar e dialética. “O cuidado individual [...] está sempre atento à possibilidade e à potencialidade de agregação de outros saberes disponíveis em outros serviços, de saúde ou não” (CECÍLIO, 2009, p. 124).

Apesar de não definir um conceito propriamente dito de integralidade, os apontamentos aqui descritos se aproximam de práticas que necessitam ser incorporadas no cotidiano dos espaços profissionais. A confluência desses sentidos de integralidade com a RMS dá-se na direção de aperfeiçoar práticas profissionais, alterar organizações de trabalho a partir da gestão e do planejamento, com engajamento não só do princípio da integralidade, mas em uma perspectiva ampla onde a cidadania seja compreendida como direito e seja imagem-objetivo das políticas públicas.

Assim, pensar a integralidade no campo das ações profissionais requer tê-la como princípio norteador das práticas, da organização dos serviços e da gestão das políticas, para, então, entender o sujeito nas diversas manifestações de sua saúde. A integralidade, articulada com os demais princípios do SUS, torna-se instrumento fundamental para o rompimento com práticas profissionais fragmentadas e descontextualizadas da realidade, principalmente do indivíduo.

O Serviço Social no contexto da RMS

O reconhecimento do Serviço Social como uma profissão da área da saúde, determinada na Resolução n. 218 de 06 de março de 1997 do Conselho Nacional

de Saúde (BRASIL, 1997), não exige o seu caráter generalista conforme apontamentos do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) na Resolução nº 383 de 1999 (CFESS, 1999).

Para apresentar um panorama acerca da inserção do Serviço Social na RMS do HUCAM, é importante descrever a trajetória da construção do trabalho da COREMU e da equipe de residentes, para então situarmos as particularidades do Serviço Social, uma vez que as produções neste campo ainda são incipientes, dada a regulamentação recente das residências no formato multiprofissional e integrado.

Mediante deliberação entre o MEC e MS, os hospitais universitários foram incentivados, via processos de contratualização, a implementar as RMS. Após a construção de um projeto pedagógico elaborado pela COREMU, por profissionais do HUCAM e docentes da Universidade Federal do Espírito Santo, em uma análise que contemplou elementos epidemiológicos do Estado, em particular na região da Grande Vitória, iniciou-se em março de 2010 a primeira turma de RMS do HUCAM, com foco na atenção à saúde cardiovascular.

Finalizada em fevereiro de 2012, a turma foi composta por quatro (04) enfermeiros, dois (02) nutricionistas, dois (02) farmacêuticos, dois (02) odontólogos e dois (02) assistentes sociais. Estes foram responsáveis, em conjunto com preceptores, professores e profissionais dos campos de atuação da RMS, pela elaboração das propostas de trabalho, focalizando as indicações pedagógicas da residência e o público alvo.

Inicialmente, os campos de atuação da RMS no HUCAM foram os seguintes: ambulatório de cardiologia (clínica e cirúrgica), enfermaria de cardiologia (clínica e cirúrgica), Centro de Terapia Intensiva (CTI), Unidade de Saúde da Família Michel Minassa e Centro Integrado de Atenção à Saúde (CIAS-Unimed). Cabe ressaltar que a turma de residentes foi dividida em dois grupos, com ao menos um trabalhador de cada profissão. Em escala de revezamento semestral, todos os residentes passaram por cada campo de atuação previsto.

A segunda turma de residentes foi realizada entre fevereiro de 2011 e janeiro de 2013. Inicialmente composta por quatro (04) enfermeiros, três (03) nutricionistas, três (03) farmacêuticos e dois (02) assistentes sociais. Em decorrência da ausência de profissionais (professores e preceptores) disponíveis para garantir o acompanhamento da formação dos residentes, o curso de Odontologia, sugeriu que não fossem abertas vagas para odontólogos nesta turma. Assim, as vagas foram remanejadas para os cursos de nutrição e farmácia, conforme a distribuição mencionada. É importante destacar que a odontologia se disponibilizou em dar

suporte a eventuais necessidades ocasionadas pelo trabalho desenvolvido na primeira turma, dispondo profissionais para apoiar qualquer demanda identificada também no trabalho da segunda turma de residentes. Este período também foi marcado pela supressão do campo de atuação do CIAS-Unimed para a RMS.

Pinheiro e Luz (2007, p. 22) indicam que “a formação dos profissionais de saúde e a formulação de modelos assistenciais adotados pelos serviços possuem dinâmicas distintas, ao mesmo tempo em que se constroem lógicas particulares de realização e condução de suas atividades”. A não confluência da formação profissional versus os modelos assistenciais reproduzidos no HUCAM impactaram diretamente na atuação da RMS, que em sua essência desenvolve ambas as perspectivas sinalizadas pela autora. Porém, tendo a integralidade como condutora das práticas em saúde, torna-se necessário assumi-la como “um eixo norteador de novas formas de agir social em saúde e, por que não, de uma nova forma de gestão de cuidados nas instituições de saúde, permitindo o surgimento de experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias” (PINHEIRO E LUZ, 2007, p. 22).

No ambulatório, o atendimento do Programa de Atendimento Multiprofissional (PAM – nome e sigla dado ao trabalho dos residentes), foi organizado a partir das consultas de pacientes agendadas com os médicos cardiologistas (um clínico e dois cirurgiões) que se dispuseram a participar desta proposta de atendimento. Uma sala foi disponibilizada pelo setor para que a residência desenvolvesse seu trabalho. Um grupo de residentes acompanhava a consulta médica e em seguida oferecia os serviços multiprofissionais, em regime de agendamento, aos pacientes que apresentavam maiores fatores de risco para doenças cardiovasculares, previamente determinados pela equipe da RMS. Com o tempo, os médicos também indicavam os pacientes ‘mais necessitados’ para a equipe. Vale destacar que a proposta foi oferecida para todos os médicos cardiologistas do setor no período matutino, porém, somente os especialistas acima referidos aceitaram. De maneira geral, a educação em saúde, a prevenção dos fatores de risco, a orientação aos direitos sociais, os bons hábitos alimentares, os cuidados em saúde, a atenção aos cuidadores e familiares, as ações intersetoriais e a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença eram a base do trabalho multiprofissional, com o diferencial de serem integrados.

Nas enfermarias clínica e cirúrgica do HUCAM, o trabalho multiprofissional se desenvolveu no atendimento direto aos pacientes internados. Oito leitos compunham a enfermaria clínica e cinco a enfermaria cirúrgica. A RMS galgou sua

atuação no setor praticamente por conta própria, buscando as referências profissionais (equipe técnica, médicos residentes, médicos preceptores, equipe de enfermagem, etc.) para dar suporte ao atendimento integral, fato que nem sempre foi acatado, visto a hegemonia histórica da relação médico-paciente nos espaços de saúde, que muitas vezes acaba por desconsiderar a importância e centralidade do trabalho de outras profissões.

Os residentes foram inseridos na 'visita médica', momento em que o caso clínico de cada paciente era discutido à beira do leito nas três enfermarias, em uma visão focada na doença e não na realidade de vida do indivíduo. Aos poucos, a equipe multiprofissional foi demarcando seu espaço e promovendo os aspectos do trabalho integral. Em relação aos pacientes, a equipe de residentes se apresentava a eles e seus familiares, propondo o atendimento multiprofissional em consonância com o atendimento disponibilizado pelo setor, refletindo sobre a importância do trabalho articulado e integrado, oportunizando a melhoria nas condições de saúde, contemplando suas particularidades e necessidades em saúde. As ações da equipe tinham a base do formato no atendimento ambulatorial, ressaltadas as particularidades do setor e gravidade de saúde do paciente.

Na enfermaria de cardiologia cirúrgica o trabalho se desenvolveu na preparação do paciente e seus familiares para o ato cirúrgico e suas implicações. O levantamento e esclarecimento de dúvidas, informações pré e pós-cirúrgicas, uso regular de medicamentos e tudo que o paciente e seus familiares sinalizavam ou eram percebidos, foram a base do trabalho da equipe multiprofissional. Este trabalho, foi fundamental para o setor e para os pacientes, visto que a submissão à uma cirurgia se traduz em ansiedade, medos, preocupações e riscos, geralmente não discutidos. Destaca-se que nesses espaços a convivência diária com os pacientes e seus familiares deram visibilidade ao trabalho multiprofissional, além de promover acúmulo de conhecimento e prática na vida profissional dos residentes.

No CTI do HUCAM a RMS teve que articular um espaço para sua inserção enquanto desenvolvia seu trabalho. A correlação feita entre a área de concentração da saúde cardiovascular e o CTI foi delimitada pelo encaminhamento do paciente em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca para o referido setor. No entanto, para não focalizar o atendimento em dois pacientes (o máximo admitido pelo setor em regime de revezamento de altas), o grupo foi estimulado a atender os demais pacientes, ainda que não contemplasse a área de concentração prevista para o trabalho multiprofissional. O setor, então composto por oito leitos, internava pacientes em grave estado de saúde. Muitas vezes, o trabalho foi

moldado de acordo com as demandas apresentadas. O espaço onde o trabalho multiprofissional teve melhor desempenho ocorreu no acolhimento das famílias dos pacientes internados, no ato da visita diária. Acolhimento, escuta, levantamento de demandas, encaminhamentos, aproximação da família com a equipe do setor, dentre outros, foram os meios que impulsionaram o desenvolvimento do trabalho dos residentes, sem distinção de profissional.

Em se tratando da Unidade de Saúde da Família Michel Minassa (Maruípe), a inserção da RMS pode ser dividida em dois momentos. A primeira turma de residentes ficou com a proposta de trabalhar com pacientes adultos acometidos de *diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica, pertencentes a uma das equipes de saúde da família desta unidade. Este trabalho foi desenvolvido durante o ano de 2011. Educação em saúde, visitas domiciliares, cuidados de enfermagem e encaminhamentos aos serviços sociais deram base ao trabalho dos residentes. Entre o recesso no final de 2011 e início de 2012 a retomada da proposta não foi viável, tanto para a Unidade, quanto para a RMS.

A construção de uma nova proposta de intervenção foi demandada pela Unidade de Saúde para que se desenvolvesse um trabalho focado na atenção à saúde das crianças e adolescentes em situação de obesidade, fato que eventualmente pode contribuir para alteração de fatores de risco para a saúde cardiovascular. Uma das equipes de estratégia de saúde da família da Unidade se disponibilizou a construir, em conjunto com a RMS, a proposta de trabalho. Nesta, preconizou-se a articulação entre profissionais da Unidade (enfermeira, médica, psicóloga e agentes de saúde) e os residentes. Em se tratando de atenção básica à saúde, as intervenções priorizam o cuidado primário, não deixando de avaliar as demais necessidades em saúde. Reuniões em grupo, visitas domiciliares, atendimentos individuais e educação em saúde demarcaram a atuação dos profissionais.

Uma atividade comum às duas turmas de residentes e que esteve ligada à Unidade de Saúde da Família foi a inserção dos residentes no Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) desenvolvido por um profissional de educação física, em um parque municipal de Vitória/ES. Esse serviço era formado por um grupo aberto de pessoas que realizavam atividades físicas (alongamentos, caminhadas) a fim de preservar ou restituir os aspectos relacionados à saúde. Reuniões mensais comandadas pelos residentes possibilitaram a discussão de temas voltados para a educação em saúde, hábitos alimentares, saúde da mulher, temas sociais, preconceitos, entre outros.

Vale destacar que durante todo o processo de inserção dos residentes nas áre-

as de atuação descritas, a importância da articulação do preceptor, diretamente ligado à RMS, foi fundamental para que o trabalho da RMS fosse desenvolvido.

Nessa trajetória, a vivência do princípio da integralidade na RMS foi construída no trabalho cotidiano de todos os profissionais. Logo, ainda que uma preparação prévia para o desenvolvimento da integralidade no trabalho multiprofissional existisse, essa não foi suficiente para colocá-la em prática em seus diversos entendimentos. Neste sentido, em alguns momentos a falta de clareza conceitual, por parte dos envolvidos na RMS (preceptores e residentes), acerca do princípio da integralidade resultou em algumas ações profissionais fragilizadas como, por exemplo, a fragmentação do paciente em especialidades profissionais, a não compreensão da sua inserção no meio social, dentre outras. Em distintos momentos o enfrentamento dos profissionais envolvidos na RMS contra os modelos fragmentados da instituição, pautadas no modelo médico-hegemônico, mobilização pelas iniciativas de privatização e precarização dos serviços, além de outros elementos, impuseram força frente às inovações desta proposta de trabalho multiprofissional. Camargo Jr. (2007), corroborando do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, entende que:

é imperativo reconhecer que indivíduos isolados, ou mesmo categorias profissionais inteiras, são limitados a dar conta de fato do espectro de demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem. Isto coloca o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como necessidade fundamental. É uma estratégia mais exequível e desejável do que a tentativa de criar superprofissionais de saúde, capazes de atenderem a toda e qualquer necessidade da clientela, mesmo as não percebidas (CAMARGO Jr., 2007, p. 41).

Assim, com o propósito de atender integralmente às necessidades em saúde de cada indivíduo, respeitando suas particularidades, individualidades, anseios, limitações e outras questões inerentes ao processo de saúde, diversas ferramentas para a atuação multiprofissional foram elaboradas. Destacaram-se: a) a ficha multiprofissional: questionário semiestruturado com perguntas que identificam, de maneira geral, os fatores de risco para doenças cardiovasculares, hábitos alimentares, saúde bucal, situação socioeconômica e familiar e dados farmacológicos, preferencialmente respondida pelo paciente. Esta ficha tinha como proposta subsidiar o trabalho multiprofissional, bem como o trabalho específico de cada profissão. Trata-se de uma construção coletiva onde todos têm clareza do conte-

údo e qual a sua finalidade. Logo, qualquer residente deveria estar apto a coletar as informações da mesma. A partir dos dados coletados, identificava-se a necessidade de atendimento específico de cada profissional; b) o plano de cuidados: após a coleta de dados da ficha multiprofissional, cada grupo de residentes reunia-se para discutir o caso e promover os devidos encaminhamentos e/ou atendimentos previstos, respeitando as particularidades dos pacientes no ato do primeiro atendimento, de acordo com a perspectiva da integralidade; c) o estudo de caso: reuniões quinzenais, com a presença de todos os residentes, para apresentar um caso onde o atendimento multiprofissional foi realizado com determinado paciente. Previamente agendado, o grupo relatava cada intervenção multiprofissional e específica, cabendo ainda teorizar aspectos da saúde (doenças cardiovasculares, procedimentos, intervenções cirúrgicas, função de medicamentos, exames bioquímicos, alimentação, etc.) e aspectos sociais (direitos, relações familiares e sociais, acesso à rede de serviços, etc.). Após a apresentação deste estudo de caso realizado pela equipe profissional de residentes, abria-se discussão sobre o que foi realizado pela equipe e indicação de possibilidades de encaminhamentos.

Estas ferramentas e sua utilização indicam parcialmente a realização do trabalho dos residentes multiprofissionais e apontam como a integração dos mesmos é fundamental para traçar linhas de cuidado que contemplem a integralidade dos serviços para os pacientes atendidos.

Ao definir as linhas de cuidado, Cecílio e Merhy (2007) refletem a importância desta ferramenta de trabalho no âmbito hospitalar:

O cuidado, nas organizações de saúde em geral, mas no hospital em particular, é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Mecanismos instituídos de dominação e de relações assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais ocultam a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores, como operadores de tecnologias de saúde, para que o cuidado aconteça. O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõe o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta,

em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital (CECÍLIO e MERHY, 2007, p. 200).

É nessa ideia de ‘pequenos cuidados parciais’, contemplando a integralidade e as particularidades do sujeito inserido nas conjunturas socio-históricas, que a RMS no HUCAM privilegiou seu trabalho. Essa proposta buscou influenciar os demais profissionais da instituição a entendê-la como fundamental para o provimento das necessidades implícitas e explícitas dos pacientes atendidos.

Desvelando particularidades do trabalho do assistente social, Closs (2012) aponta contribuições para o enfrentamento dos desafios de afirmação da integralidade, ancoradas nos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos da categoria profissional, denominando-as:

mediações fundamentadas no método dialético-crítico, as quais se evidenciam na abordagem da saúde que prima pela totalidade, na perspectiva de desvelamento e reflexão crítica da realidade; nas mediações relativas ao campo de valores do projeto profissional, nas quais ganha destaque a centralidade para a garantia de direitos, indissociáveis da busca pela ampliação da cidadania e democratização; e as mediações articuladas ao campo das Políticas Sociais, ou seja, que expressam o acúmulo de saberes teórico-práticos que essa categoria vem produzindo sobre a esfera da prestação de serviços sociais, seja no campo estatal, como no âmbito de diferentes organizações (CLOSS, 2012, p. 53).

Nesse sentido, apresenta-se a inserção do Serviço Social na RMS do HUCAM enquanto uma proposta de trabalho integral, dividida em dois aspectos: a relação com outros profissionais, incluindo a instituição, e a relação com os pacientes.

Um dos primeiros desafios da categoria é romper com a visão, tanto institucional quanto de outros profissionais, de que o assistente social trabalha com a administração da pobreza. Este profissional busca voltar sua ação profissional para viabilizar o acesso aos direitos sociais para o conjunto da classe trabalhadora e a emancipação do indivíduo inserido na coletividade. Isso tem demandado dos profissionais de Serviço Social um posicionamento baseado na sua formação, onde os aspectos teórico-metodológicos, técnico-operativos e ético-políticos estejam em total sintonia com a proposta de acesso universal e de qualidade da saúde pública, neste caso. Da forma como o trabalho multiprofissional foi proposto para ser desenvolvido no HUCAM, a partir de integração, envolvimento, discussão e ela-

boração de alternativas de ação entre os diversos profissionais, o referido desafio foi retomado a cada turma de residentes. As aulas de conteúdos transversais (que englobavam todas as profissões) também se tornaram espaços fundamentais para debates e trocas de experiências do contexto em que a RMS se insere.

Sendo a perspectiva do direito um norteador das práticas do assistente social, cabe considerar que:

O próprio reconhecimento dos direitos, como valores a serem defendidos, traz a necessidade de se repensar muitas formas de intervenções tradicionais da saúde pública. [...] a adoção de uma visão mais ampliada da saúde tem permitido reconhecer que a negação de direitos tem grande importância na construção social de vários problemas de saúde, cujo enfrentamento torna fundamental exatamente resgatar aqueles direitos (MATTOS, 2007, p. 59).

Dado um conjunto de profissionais, onde cada categoria carrega em seu bojo a construção histórica de suas intervenções, o posicionamento do assistente social frente aos direitos sociais, contemplando os elementos do projeto ético-político do Serviço Social, se fez fundamental para que o reconhecimento do seu trabalho fosse efetivado.

Nessa relação com os outros profissionais, coube muitas vezes ao assistente social contribuir para o desvelamento da realidade social vivenciada pelos pacientes do HUCAM, desmistificando os aspectos sociais muitas vezes desconectados do seu cotidiano. Mediante a capacidade dialética de compreender as realidades sociais, a importância da intervenção deste profissional em vários atendimentos foi fundamental para que se distinguíssem os estigmas associados às condutas pessoais/grupais deslocadas de conjunturas sociais. Trabalho que naturalmente incorporou-se nas discussões multiprofissionais, onde o assistente social contribuiu para uma leitura mais ampla da realidade de vida e condições de saúde dos pacientes. Sendo assim, na perspectiva de se alcançar os objetivos individuais e coletivos em saúde, a contribuição deste profissional foi e é fundamental para que os cuidados em saúde se efetivem não só no âmbito institucional, mas também no autocuidado, sem deixar de contemplar os aspectos coletivos.

Na relação Serviço Social e paciente do HUCAM, o posicionamento profissional acerca das suas competências e atribuições é fundamental para que não se percam as propriedades inerentes à profissão. Assim, o trabalho do assistente social contempla: acolhimento e estabelecimento de vínculos para melhor

condução dos trabalhos, bem como compreensão ampliada da realidade social do sujeito em questão; a imprescindível e inevitável avaliação socioeconômica para subsidiar os acessos aos direitos sociais; a identificação de demandas espontâneas ou não e seus devidos encaminhamentos, reiterando a importância da referência e contrarreferência em saúde; o acionamento/estabelecimento de redes de serviços socioassistenciais para que a integralidade do cuidado seja ativada em todos os aspectos sociais; orientações diversas acerca dos benefícios sociais, acessibilidades, direitos previdenciários, dentre outros serviços que são comuns ao profissional que desenvolve sua prática no campo da saúde, conforme indicado na publicação “Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde” desenvolvido pelo CFESS (2010).

Além disso, é importante destacar o trabalho de Martinelli (2011) que ao descrever a perspectiva do cuidado ético e da humanização da prática, refere que fazemos “um uso consciente de conhecimentos, sentimentos, valores, na busca da qualidade do atendimento” (MARTINELLI, 2011, p. 502), confluindo para o que até então este trabalho tem desenvolvido, o princípio da integralidade.

É importante ressaltar que o trabalho do assistente social na RMS do HUCAM, apesar das particularidades do processo de ensino-serviço na modalidade multiprofissional, não deixou de contemplar os aportes teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos inerentes ao Serviço Social. As análises conjunturais e intervenções possíveis foram realizadas com o intuito de enfrentar o processo de negação dos direitos dos pacientes, familiares e afins, contribuindo para a viabilização da universalidade em saúde, sem deixar de considerá-la como uma política social atravessada por interesses divergentes.

Afirmar o princípio da integralidade como norteador das práticas multiprofissionais foi fundamental para que a RMS do HUCAM avançasse no trabalho coletivo, mesmo que em aspectos pontuais, porém inegáveis para o atendimento daqueles que usufruem os serviços de saúde.

Considerações finais

Compreender a conjuntura social e os modelos de saúde em disputa - o modelo reformista sanitário versus o modelo privatista neoliberal – amplia o olhar e a formas de intervenção do assistente social. Porém, as inconstâncias político-administrativas e a tendência em sucatear os serviços públicos, neste caso os serviços de saúde, contribuem para que as intervenções sofram as consequências dessa realidade.

Em outros aspectos, modelos tradicionais da saúde focados na atenção médico-paciente ainda são mantidos e se contrapõem à perspectiva da integralidade desenvolvida pela RMS. Romper, questionar, intervir nessa realidade requer esforço não só do assistente social, mas de todos os profissionais que desenvolvem seu trabalho na saúde. Refletir sobre essas questões também foi pauta de discussão na RMS. As alternativas para intervenção nessa realidade nem sempre foram acatadas para transposição dos limites vivenciados pelos profissionais. Nestes espaços, o Serviço Social vem contribuindo com seu aporte teórico-crítico a fim de ampliar as discussões no que se refere ao acesso à saúde pública e de qualidade.

Transpondo limites e potencializando possibilidades de atuação, a inserção do Serviço Social no HUCAM traz em seu bojo todo o aporte crítico-dialético que contribui para o desenvolvimento de vários aspectos da integralidade no trabalho coletivo do HUCAM. No âmbito das práticas profissionais destaca-se a compreensão do sujeito na sua inserção social e como esta repercute na sua saúde e sua relação com as políticas sociais. Há de se avançar ainda nos aspectos da integralidade, onde a organização dos serviços e da gestão compreenda a relevância desse princípio no atendimento ao público do hospital.

Conforme prevê o Código de Ética do Assistente Social, a relação com outros profissionais está permeada pelo incentivo às práticas interdisciplinares, pautadas pelo respeito às normas e princípios éticos das outras categorias (CFESS, 2012). Assim, confluindo para um trabalho integrado, se o Serviço Social galgasse sozinho implementar a integralidade das ações, da gestão e da formulação de políticas, certamente não alcançaria os êxitos que foram desencadeados na RMS do HUCAM. Para isso, reitera-se a importância e necessidade da construção coletiva de uma saúde pública e de qualidade, para que se efetive não somente o princípio da integralidade, mas os princípios democráticos e de cidadania a todos os indivíduos.

Referências

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal, 1988. 292 p.

_____. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção I, p. 18055.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 218, de 06 de março de 1997*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 mai. 1997. Seção I, p. 76.

_____. *Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005*. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos. 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 jul. 2005a. Seção I, p. 1.

_____. *Portaria Interministerial n. 2.117, de 03 de novembro de 2005*. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 nov. 2005b. Seção I, p. 112.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. *Portaria Interministerial n. 1.077, de 12 de novembro de 2009*. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov. 2009. Seção I, p. 7.

_____. Ministério da Educação. *Resolução n. 02, de 04 de maio de 2010*. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que oferecem programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 mai. 2010. Seção I, p. 13.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior e Comissão Nacional de Residência Médica Multiprofissional em Saúde. *Resolução n. 02, de 13 de abril de 2012*. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p. 24-25.

_____. Ministério da Educação. *Resolução n. 05*, de 07 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 10nov. 2014. Seção I, p. 34.

CAMARGO JR, K. R. *Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. p. 37-46.

_____. *As muitas vozes da integralidade*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2009. p. 15-20.

CECÍLIO, L. C. de O. *As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde*. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2009. p. 117-130.

_____. ; MERHY, E. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. p. 199-212.

CFESS. *Resolução CFESS n. 383/99*, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 1999.

_____. *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde*. Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2010. 81 p.

_____. *Código de Ética do/a Assistente Social*. Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

CLOSS, T. . *Inserção do Serviço Social nas residências multiprofissionais em atenção básica*. In: BELLINI, Maria I. B.; CLOSS, Thaís T. (Org.). *Serviço social, residência multiprofissional e pós-graduação: a excelência na formação do assistente social*. Porto Alegre: EdIPUCRS, 2012. p. 34-62.

MARTINELLI, M. L. . *O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos*. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011.

MATTOS, R. A. *Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde*. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. p. 47-62.

_____. *Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2009. p. 43-68.

PINHEIRO, R.; LUZ, Ma. T. *Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. p. 9-36.

_____. *As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade*. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2009. p. 69-116.

RAMOS, A. S. et al. *Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 375-390. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Notas

- 1 Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Especialista em residência integrada multiprofissional em saúde. Correspondência: Rua Lauro Jaques, 20, Sobreloja, Floresta, CEP 31015-176, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Email: wlopesw@hotmail.com
- 2 Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Email: silviaufes@yahoo.com.br

Artigo recebido em dezembro de 2016 e aprovado para publicação em fevereiro de 2017.

