

A Integração Ensino-Serviço e a Residência Multiprofissional em Saúde: um relato de experiência numa Unidade Básica de Saúde

The Service-Learning Integration and the Multiprofessional Residency in Health: an experience report in a Basic Health Unit

La Integración Enseñanza-Servicio y la Residencia Multiprofesional en la salud: un relato de experiencia en una Unidad Básica de Salud

Ana Carolina Santana Costa ¹

Cristina Camelo de Azevedo ²

RESUMO: Este estudo compreende um relato de experiência que tem como objetivo promover reflexões acerca da integração ensino-serviço no âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde, no cenário de práticas de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Buscou-se analisar o modo como ocorreu a articulação das atividades realizadas pelos residentes com o cotidiano do serviço na UBS e descrever quais os desafios encontrados durante o período de atuação neste cenário, bem como as estratégias de enfrentamento desenvolvidas para lidar com tais dificuldades. Para realizar uma análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas, utilizou-se tanto a literatura científica existente sobre a temática da integração ensino-serviço, como a perspectiva do Construcionismo Social, na construção do conhecimento. A vivência da equipe de residentes corrobora com as experiências existentes na literatura científica acerca dos desafios enfrentados no contexto da integração ensino-serviço, apontando para a necessidade de uma maior aproximação entre os setores envolvidos nesse processo.

Palavras-chave: Serviços de integração docente-assistencial, internato não médico, centros de saúde.

ABSTRACT: This study comprises an experience report that aims to promote reflections about

1 UFAL. Graduada em Psicologia. Especialista em saúde do adulto e idoso pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso – HUPPA/UFAL.

2 UFAL. Docente do curso de Psicologia. Coordenadora eleita da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde da UFAL e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso da UFAL.

the teaching-service integration in the context of the Multiprofessional Residency in Health, in the practice scenario of a Basic Health Unit (BHU). It sought to analyze the way the residents carried out the coordination of activities with the daily routine of the service at the BHU, as well as to describe the challenges encountered during the operation period in this scenario and the coping strategies developed to deal with such difficulties. In order to perform a critical and reflective analysis of the experiences, both the existing scientific literature on the subject of teaching and service integration, as the perspective of social constructionism were used. The experience of this resident team corroborates existing experiences in the scientific literature about the challenges faced in the context of teaching-service integration, pointing to the need for a closer relationship among the sectors involved in this process.

Keywords: teaching-care integration services, non-medical internship, health centers.

RESUMEN: Este estudio comprende un relato de experiencia cuyo objetivo es promover reflexiones sobre la integración enseñanza-servicio dentro de Residencia Multiprofesional en Salud en el escenario de prácticas de una Unidad Básica de Salud (UBS). Se trató de analizar cómo fue la articulación de las actividades llevadas a cabo por los residentes con la rutina de servicio de UBS, y para describir lo que los retos encontrados durante el período de operación en este escenario y las estrategias de supervivencia desarrolladas para hacer frente a estas dificultades. Para realizar un análisis crítico y reflexivo de las experiencias pasadas, se utilizó tanto en la literatura científica existente sobre el tema de la integración enseñanza y el servicio, ya que el punto de vista del Construccinismo Social. La experiencia de este equipo residente corrobora las experiencias existentes en la literatura científica acerca de los desafíos que enfrentan en el contexto de la integración enseñanza-servicio, que apunta a la necesidad de estrechar los vínculos entre los sectores involucrados en este proceso.

Palabras clave: servicios de integración docente asistencial, internado no médico, centros de salud.

INTRODUÇÃO

Este estudo pretende refletir sobre a integração ensino-serviço no âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde, no contexto da Unidade Básica de Saúde (UBS). Trata-se de um relato de experiência de uma turma de residentes participantes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), cujas atividades são desenvolvidas basicamente em dois cenários de práticas: em um Hospital Universitário de Ensino (HU) e em uma Unidade Básica de Saúde. O relato parte do pressuposto de que a Residência Multiprofissional é um importante dispositivo para lidar com as mudanças no modelo assistencial de saúde, propiciando o fomento das discussões acerca da formação em serviço e, conseqüentemente, o aprimoramento da integração docente-assistencial.

A Residência Multiprofissional em Saúde configura-se como uma nova estratégia que vem favorecer a produção das condições necessárias para a mudança do modelo médico-assistencial restritivo ainda hegemônico¹. Busca, portanto, a integralidade das ações em saúde e não somente

o modelo centrado no procedimento. No entanto, para que tal mudança nos modos de fazer saúde ocorra, é necessário que sejam levados em conta os diversos contextos e atores envolvidos neste processo.

Como está previsto no inciso VI do artigo 2º da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, a Residência Multiprofissional em Saúde deve contemplar como um de seus eixos norteadores a “integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários.”² Desse modo, não há produção das condições necessárias para mudança se não houver diálogo entre docência, assistência, gestão, usuários e profissionais em formação.

O interesse por esta temática surgiu devido as nossas experiências vivenciadas enquanto residentes no segundo ano do Programa de Residência, durante o qual acontece a mudança do cenário de práticas do contexto hospitalar para a UBS. Durante o primeiro ano, os residentes atuam nas clínicas médica e cirúrgica do hospital, enquanto no segundo ano vivenciam suas experiências nos ambulatórios e na Unidade Básica de Saúde, com um semestre dedicado a cada um desses cenários.

No semestre destinado à UBS surgiram inquietações acerca do distanciamento entre residentes e profissionais do serviço tanto no planejamento quanto na execução de ações, bem como a ausência de um representante desses profissionais nas reuniões do programa de residência. Tais inquietações despertaram o interesse em refletir sobre como tem ocorrido a articulação entre ensino e serviço no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso no tocante a este cenário de práticas.

O estudo baseia-se na narrativa das atividades realizadas pela turma de residentes dos anos 2013-2014, durante o período de atuação vivenciado na UBS no ano de 2014. Essa turma era composta por profissionais das áreas de Psicologia, Nutrição, Educação Física, Enfermagem, Farmácia e Serviço Social, que são as áreas profissionais abrangidas pelo programa atualmente. Para tanto, buscou-se analisar como ocorreu a articulação das atividades realizadas por nós, residentes, com o cotidiano do serviço na UBS, por meio das nossas vivências registradas em atas e relatórios, bem como descrever os desafios encontrados durante a nossa atuação nesse cenário e as estratégias de enfrentamento desenvolvidas.

Integração Ensino-Serviço e a Residência Multiprofissional em Saúde

Como consequência da Reforma Sanitária e dos movimentos em busca da ampliação do conceito de atenção à saúde alicerçada na integralidade, o Sistema Único de Saúde (SUS), grande conquista do movimento sanitário, é atualmente protagonista na construção de diversas políticas que visam à operacionalização desse novo modelo de produção de saúde. Dentre essas políticas, destaca-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)³.

A necessidade de mudança do paradigma biologicista focado na doença e nos procedimentos para um modelo de atenção integral que responda de forma mais eficaz e humanizada aos problemas de saúde da população tem colocado em foco a imprescindibilidade de modificação das práticas até então utilizadas para responder a tais questões. Nesse sentido, a formação para a área da saúde precisa ir além da atualização técnico-científica. Segundo Ceccim, Feuerwerker⁴, a formação engloba aspectos da produção da subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. Essa formação deveria priorizar a transformação das práticas e da organização do trabalho, problematizando, assim, os processos de trabalho. Portanto, a formação não deve estar afastada da realidade dos serviços. Em vez disso, ela deve estar inserida nessa realidade e lidando com as problemáticas do cotidiano das unidades de saúde.

Tem-se discutido, tanto na literatura científica quanto no âmbito da gestão em saúde, acerca de dispositivos que propiciem as mudanças necessárias no setor saúde e, como um resultado dessas discussões, políticas têm sido formuladas de modo a lidar com as atuais demandas de modificação da formação de profissionais para atuarem no SUS.

Em 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) na estrutura do Ministério da Saúde, instituiu-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, expressa na Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.⁵ Considera-se, assim, que a educação permanente “é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho³”.

Seguindo a perspectiva da educação permanente, fica clara a importância da integração entre ensino e serviço para a consolidação da política e conseqüente concretização das novas formas de fazer saúde. O ambiente de trabalho torna-se o espaço ideal para o diálogo e construção conjunta entre docência e assistência e para a formação de um profissional crítico-reflexivo que tenha como competências a resolubilidade dos problemas de saúde vigentes e a capacidade de trabalhar em equipe⁶.

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços⁷.

É fundamental que haja uma relação dialógica e não hierarquizada entre os atores que compõem o cenário da integração ensino-serviço para que os discursos problematizem a organização e os processos de trabalho e não responsabilizem apenas um ou outro setor.

Estudos^{8,9} têm mostrado exemplos bem sucedidos no âmbito da formação em saúde através das novas políticas desenvolvidas para este setor, como é o caso de experiências do Pró-Saúde e

Pet-Saúde e estágios curriculares dos cursos de graduação na Atenção Básica. A exemplo dessa experiência com Pet-Saúde e Pró-Saúde em Porto Alegre, pode-se evidenciar a boa articulação de atividades destes dois programas com programas de Residência realizados nas mesmas unidades assistenciais. Um ponto importante a ser destacado para a efetividade de tal experiência é o constante diálogo entre a Universidade e a Secretaria Municipal de Saúde, esta última responsável pelas unidades básicas em que os acadêmicos e residentes se inserem⁸.

Por outro lado, ainda existem muitos desafios descritos na relação entre ensino e serviço, como, por exemplo, o fato que a universidade ainda não leva em consideração o profissional dos serviços no planejamento das atividades pedagógicas e, em contrapartida, esse profissional não participa de tais atividades. Portanto, é fundamental que a universidade invista na sensibilização dos profissionais que estão inseridos nos cenários de ensino-aprendizagem, diagnosticando as necessidades desses serviços e contribuindo com eles, através de pactos docente/discente. Tais pactos devem levar em consideração a negociação de espaços, horários e tecnologias favoráveis à adequação e desenvolvimento das atividades do serviço e das práticas educacionais. Do mesmo modo, é de extrema importância que os profissionais do serviço participem das discussões sobre a formação na área da saúde⁷.

Em estudo de revisão da literatura sobre o panorama da integração ensino-serviço no Brasil, são apontados avanços como a redução da dicotomia entre teoria e prática e a aproximação com os princípios do SUS por parte da Academia, a capacitação dos profissionais e a melhoria da qualidade do cuidado no tocante à assistência. A respeito dos desafios encontrados, são descritos relações assimétricas, distanciamento entre os atores, sobrecarga de trabalho e inadequação da estrutura física dos serviços¹⁰.

Relações assimétricas e distanciamento entre os atores envolvidos no processo devem ser problematizados, pois os cenários de práticas no âmbito da educação permanente, cujo foco na formação de profissionais privilegia a reflexão crítica sobre as práticas assistenciais e de gestão, devem possibilitar a abertura de espaços para o diálogo intersetorial, configurado como parte do trabalho em saúde e não como algo extra/desconectado do campo das práticas.

Ainda no contexto da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde surge, como uma possibilidade de mudança das práticas de atenção em saúde, a Residência Multiprofissional em Saúde, que se encontra permeada pelos mesmos discursos, avanços e desafios encontrados nos demais cenários da integração ensino-serviço.

A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde foi regulamentada pela lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005. Caracteriza-se como uma pós-graduação *latu sensu* na modalidade de ensino em serviço e tem como objetivo formar profissionais para a atuação no sistema público de saúde, devendo orientar-se pelas diretrizes do SUS¹¹.

Essa modalidade de ensino em serviço possibilita não somente a qualificação dos residentes, mas também dos profissionais inseridos nos serviços, já que incentiva o processo de reflexão sobre a prática. Entretanto, a concepção de que o programa deve suprir as faltas existentes na graduação pode desvirtuar o foco de uma prática reflexiva para a aplicação de teorias e técnicas descontextualizadas ou priorizar a formação individualizada⁶. O objetivo da Residência não é preencher os vazios da formação anterior, mas promover a aquisição de competências de uma outra ordem e, por esse motivo, muitos programas não possuem preceptoria específica por categoria profissional¹².

Alguns estudos^{13, 14} mostram os desafios que vêm sendo enfrentados pelos programas de Residência, como, por exemplo, o fato de a responsabilidade pela formação do residente, bem como a incumbência de sensibilizar todos os colegas de trabalho e promover a mediação entre equipe de referência e residentes, serem atribuídos ao preceptor. Tal realidade evidencia a sobrecarga sofrida pelo preceptor, visto que participar da Residência não o isenta de suas atividades na assistência, o que muitas vezes acarreta a sua ausência ao trabalho com os demais profissionais da equipe, o que gera conflitos.

Outros entraves encontrados no contexto da Residência dizem respeito às lacunas na formação dos preceptores – que não foram formados para lidar com os aspectos pedagógicos do ensino – a sobrecarga de trabalho e o não envolvimento de outros profissionais com a Residência, a falta de compreensão dos gestores em relação ao trabalho de preceptoria como parte do trabalho prescrito, bem como as condições precárias de trabalho que acabam gerando disputa por espaços¹⁴.

As experiências no contexto da Residência Multiprofissional têm mostrado a importância de se construir o diálogo entre docência, assistência e gestão, visto que nenhum desses setores é capaz de solucionar sozinho esses impasses. Se a gestão não compreende que são necessários espaços e condições de possibilidades para que haja a integração entre ensino e serviço, propostas como a da Residência se tornam isoladas ou até mesmo impossíveis de serem efetivadas.

Levando em consideração o caráter transformador das práticas em saúde atribuído à Residência Multiprofissional, bem como o fato de suas experiências de implantação serem recentes na área da saúde, estudos^{5, 10, 12} pontuam a importância de realização de pesquisas que demonstrem o impacto da inserção das Residências nos serviços de saúde, contribuindo, ao mesmo tempo, para a avaliação dos programas e para o aprimoramento das reflexões acerca da integração ensino-serviço.

PERCURSO METODOLÓGICO

Como subsídios para a elaboração do trabalho, foram utilizados os registros em atas e relatórios construídos pelos residentes da turma do segundo ano do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso, referentes às experiências vivenciadas na UBS no ano de 2014. Essas atas e relatórios fizeram parte dos processos de trabalho dos residentes nos cenários de práticas e foram produzidos durante os dois semestres em que estivemos inseridos na UBS. A turma foi formada

por dezoito residentes: dois educadores físicos, duas assistentes sociais, duas farmacêuticas, quatro psicólogas, quatro nutricionistas e quatro enfermeiras. Devido ao fato de formarmos um grupo relativamente numeroso, fomos divididos em duas equipes, que atuaram em períodos diferentes na UBS. Cada uma dessas equipes, então, contou com a participação de um educador físico, uma farmacêutica, uma assistente social, duas nutricionistas, duas enfermeiras e duas psicólogas.-

Para este estudo, foram utilizados uma ata e um relatório referente a cada equipe, distribuídos do seguinte modo: o período de maio a agosto de 2014, referente à vivência da primeira equipe; o período de setembro a dezembro do mesmo ano, concernente à vivência da segunda equipe. Em tais registros, em forma de ata, cada equipe descreve as atividades realizadas semanalmente e o planejamento das atividades seguintes; no relatório final descrevem-se as atividades realizadas ao longo de todo o período de prática na UBS, assim como os avanços e desafios enfrentados.

Optamos por escolher os relatórios e as atas das duas equipes por compreendermos que as experiências vivenciadas constituíram um processo contínuo iniciado pela primeira equipe durante a sua atuação no cenário de práticas citado e que teve a sua continuidade com a inserção da segunda equipe. Sendo assim, vivenciamos diversos momentos de discussão conjunta sobre os desafios enfrentados no contexto da UBS.

Para realizar uma análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas pelas duas equipes neste cenário de práticas, utilizamos tanto a literatura científica existente sobre a temática da integração ensino-serviço como a perspectiva do Construcionismo Social.

O Construcionismo Social considera o conhecimento como um “artefato de intercâmbio social”, como afirma Kenneth J. Gergen^{3*}, em 1985¹⁵. Segundo o autor, o conhecimento não deve ser compreendido como uma verdade absoluta, mas como uma construção sócio-histórica pautada nas relações humanas, de forma que o interesse da ciência não deveria estar voltado para a busca de verdades inquestionáveis, mas para os processos nos quais essas relações ocorrem. A perspectiva construcionista, assim, tem como princípio questionar aquilo que está imposto. Parte do pressuposto de que é necessário colocar em dúvida a forma como concebemos a realidade ao nosso redor¹⁶.

A equipe multiprofissional de residentes e o cotidiano da Unidade Básica de Saúde

O nosso processo de inserção na UBS deu-se, no primeiro momento, com uma semana de familiarização com a realidade local, cujo objetivo foi elaborar um planejamento das ações a serem executadas pelas duas equipes durante o ano de 2014. Tal planejamento foi construído com a participação de todos os residentes do segundo ano. Para tanto, foram realizadas visitas à UBS para que conhecêssemos sua infraestrutura, a equipe de profissionais, o cotidiano do serviço, bem como as principais demandas de saúde da população.

3 Gergen K. The social constructionist movement in modern Psychology. *American Psychologist*. 1985; 40 (3): 266-275 apud (15).

Essa Unidade Básica possui 100% de cobertura da Estratégia Saúde da Família em seu território, que é dividido em três áreas de abrangência, possuindo, por isso, uma equipe de Saúde da Família para cada área. No tocante à estrutura física, a UBS encontrava-se em condições significativamente precárias. Foram relatadas pelos profissionais situações como a falta de material para fazer citologia, salas com infiltração e problemas elétricos e o não funcionamento do serviço de odontologia também devido à falta de material.

No primeiro contato com alguns profissionais da Unidade Básica, pudemos notar, por meio de seus relatos, o desestímulo dos mesmos diante das condições precárias de trabalho e da sobrecarga de atividades, o que, muitas vezes, os levava a priorizar a realização de algumas ações em detrimento de outras. Diante desse cenário, foi possível notar a expectativa de tais profissionais em relação as nossas possibilidades de atuação. Logo no primeiro momento, foram endereçadas aos residentes várias demandas para o atendimento nutricional e psicológico, visto que a unidade não possuía profissionais destas áreas.

Para dar início à atuação na UBS, dividimo-nos em duas equipes de nove residentes, conforme já mencionado. Cada uma vivenciou um período de três meses nesse cenário de práticas.

Em termos de atividades realizadas, as duas equipes desenvolveram as mesmas intervenções, tendo a segunda equipe dado continuidade às ações iniciadas pela primeira. Tais atividades constituíram-se de visita domiciliar, educação em saúde e orientações para os participantes do grupo de pessoas com hipertensão e diabetes (Hiperdia); do Clube da Caminhada, com a oferta de atividades físicas à população, objetivando promover qualidade de vida, bem como prevenir riscos de queda e problemas circulatórios na população idosa; e do grupo Melhor Dia, que se configurou como um espaço de orientação específica para o cuidado aos pacientes com diabetes.

A visita domiciliar é uma prática da Unidade Básica na qual nos inserimos acompanhando casos de usuários mais graves atendidos pelo serviço e que foram indicados pelos profissionais da UBS. Inicialmente fomos acompanhados pelos agentes comunitários de saúde ou outro profissional até a casa dos usuários e nas visitas seguintes dávamos continuidade ao acompanhamento dos casos. Ainda nesse processo de familiarização com os usuários escolhidos, tínhamos acesso ao prontuário de cada um para a coleta de informações.

É importante ressaltar que nenhuma das equipes de residentes conseguiu promover momentos de discussão dos casos com as equipes de referência responsáveis pelas áreas de abrangência da unidade básica, ocorrendo apenas conversas informais com alguns profissionais. Embora tenha sido cogitada a possibilidade de instituir-se um momento para tais discussões, questões como a falta de disponibilidade dos profissionais da UBS, devido à grande demanda do serviço, bem como a incompatibilidade com os horários de permanência dos residentes na unidade acabaram dificultando este processo. Ainda nesse período, a Unidade Básica enfrentou alguns momentos de greve no sistema municipal de saúde, o que também dificultou a aproximação com os profissionais, pois eles

começaram a trabalhar com base nas escalas de greve.

Outra atividade na qual nos inserimos foi o grupo Hiperdia. O Hiperdia é um programa instituído pelo Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e Diabetes que funciona através da Rede de Atenção Básica de Serviços de Saúde e tem como objetivo permitir o monitoramento dos pacientes cadastrados nesse plano¹⁷. Na UBS essa atividade ocorria com um grupo para cada área de abrangência, configurando-se em três grupos de Hiperdia. Inserimo-nos apenas em um deles. A atuação do grupo acontecia uma vez por semana com usuários diferentes a cada encontro. As reuniões ocorriam em um local cedido pela comunidade por não haver espaço suficiente na unidade básica. As atividades realizadas pelos profissionais do serviço eram o monitoramento das taxas de glicemia e aferição da pressão arterial, bem como orientações médicas e prescrição de medicamentos.

Traçamos como objetivo para nossa participação neste grupo trabalhar temas em saúde que pudessem possibilitar o fortalecimento da adesão dos usuários no tratamento da diabetes e hipertensão. O trabalho do grupo desenvolvia-se primeiramente com a atividade de educação em saúde realizada por nós, residentes, e, posteriormente, com as atividades dos profissionais da UBS.

Sobre o Clube da Caminhada, diferentemente das outras atividades já citadas, foi uma atividade que teve início com a turma de residentes do Programa de Residência Multiprofissional do ano de 2011 e tem sido mantida pelas turmas seguintes até agora, devido à boa adesão dos moradores da comunidade. Ocorria fora do espaço da UBS e consistia em um momento de atividades físicas e outro sobre dicas de saúde. Contudo, é uma atividade que não tem conseguido ainda estabelecer uma articulação sistemática com os profissionais da Unidade Básica de Saúde. Um dos motivos para tal dificuldade é que a UBS não possuía educador físico e a função principal do Clube da Caminhada é a oferta de exercícios físicos, embora o espaço da atividade não se reduza a esse momento, pois ele é compreendido também como um espaço de socialização entre os seus participantes e de criação de vínculos entre eles e as equipes de residentes.

Por fim, foram desenvolvidas as ações do grupo Melhor Dia. Esse grupo surgiu da articulação entre a equipe de residentes que se inseriu na UBS no segundo semestre de 2014 com uma das enfermeiras dessa Unidade. A ideia nasceu a partir de conversas informais em que ela nos relatou sobre a necessidade que havia observado em esclarecer os pacientes com diabetes, bem como aos seus familiares e cuidadores, sobre o tratamento da doença e o autocuidado. Ela informou-nos, ainda, que muitos usuários tinham dúvidas sobre a administração da insulina, muitas vezes utilizando-a de forma errada. Com base nessas informações, planejamos as ações que seriam desenvolvidas e os trabalhos com esse grupo aconteceram em três momentos, nos quais foram dadas orientações à população sobre a definição do diabetes, suas complicações, tratamento, autocuidado e administração da insulina.

As reuniões realizadas pelas duas equipes de residentes para planejamento e avaliação das

atividades ocorreram sem a participação de nenhum profissional do serviço. Nesses momentos, discutíamos sobre o planejamento das atividades para a semana seguinte, levando em conta as sugestões obtidas dos usuários e também dos profissionais da UBS, quando eles indicavam alguma temática a ser trabalhada nos grupos.

É possível notar que, embora tenhamos nos inserido em atividades já realizadas pela Unidade Básica de Saúde, como é o caso das visitas domiciliares e grupo Hiperdia, o trabalho junto à equipe de saúde do serviço ocorreu de forma muito tímida. No entanto, levando em consideração a perspectiva do Construcionismo Social, este estudo não pretende apontar erros, mas possibilitar a problematização de tal experiência. Desse modo, no tópico a seguir, serão apresentadas reflexões acerca dos desafios enfrentados no cenário de práticas da UBS, bem como sobre as estratégias utilizadas para lidar com as dificuldades no contexto da integração ensino e serviço.

Desafios acerca da integração ensino-serviço no cenário de prática da UBS e estratégias de enfrentamento

A experiência que vivenciamos enquanto residentes de ambas as equipes na UBS suscitou alguns questionamentos acerca tanto da integração entre ensino e serviço como acerca dos propósitos da formação em saúde. Ao longo de tal vivência, passamos a nos questionar sobre a forma como as atividades da Residência vinham sendo desempenhadas nesse cenário de práticas e, principalmente, a respeito da contribuição dessas atividades para o serviço.

Um dos maiores desafios enfrentados foi o distanciamento e a desarticulação das atividades realizadas com o cotidiano do serviço da unidade básica. Como já mencionado no tópico anterior, mesmo em atividades como a visita domiciliar e o grupo Hiperdia, caracterizadas como ações inerentes ao cotidiano da UBS, essa articulação ocorreu de forma frágil, ficando restrita às indicações de casos para acompanhamento domiciliar ou à sugestão de temáticas pelos profissionais do serviço para a realização dos grupos. No entanto, houve tentativas de realizar momentos para a discussão de casos e também foram feitos convites para a participação dos profissionais da UBS no Clube da Caminhada. O fato de tais convites não terem surtido efeito fez-nos refletir para além da recusa e da não implicação da UBS em tais atividades.

Outra dificuldade enfrentada foi a falta de um preceptor de campo. É necessário ressaltar que esse preceptor não seria para cada categoria profissional que compõe a equipe de residentes, como ocorre no primeiro ano da Residência no contexto hospitalar, mas um profissional da UBS em diálogo com todos os residentes inseridos naquele mesmo contexto, possibilitando momentos de reflexão sobre as problemáticas do trabalho em saúde encontradas naquele cenário de práticas. Somada a essa dificuldade, estava a ausência de uma representação da UBS nas reuniões do Programa de Residência.

Ao longo do tempo, encontramos como uma estratégia para solucionar esse problema convidar

uma das profissionais do serviço, com quem já havíamos desenvolvido um vínculo devido à parceria realizada em algumas atividades, para que ela assumisse a função da preceptoria, porém ela recusou, justificando sua recusa com o fato de estar sobrecarregada e, por isso, não querer comprometer-se com tal atividade. Comunicou, porém, que daria o suporte necessário quando fosse possível. Esse episódio serviu para deixar muito claro que a sobrecarga de trabalho é um fator que contribuiu para a falta de interesse da profissional em aceitar a função de preceptoria. Como relata Autonomo¹³, a função de preceptor é encarada como mais uma tarefa a ser desempenhada pelo profissional do serviço, que já se encontra sobrecarregado com as demandas advindas da assistência.

Na experiência enquanto residentes, vivenciamos a realidade dessa precarização do trabalho em saúde e compreendemos que ela prejudica a formação. Fatores como a ausência de espaço físico para realizar reuniões ou estudos de caso distanciaram os residentes da unidade básica enquanto espaço físico. Como uma saída, lançou-se mão de outras estratégias como o desenvolvimento das atividades em outros espaços cedidos pela comunidade. Resumir os desafios vivenciados às condições precárias de trabalho, contudo, seria desvalorizar a sua complexidade.

Acreditamos que uma das situações disparadoras da problemática acerca da fragilidade da articulação entre ensino e serviço no contexto da UBS foi a possibilidade de extinção do Clube da Caminhada enquanto atividade realizada nesse cenário de práticas. Isso ocorreu devido à probabilidade de mudança da vivência dos residentes na atenção básica para outra UBS, devido à significativa precarização de espaço físico e do funcionamento, o que era relatado pelos próprios residentes como um problema. A partir daí, começamos a pensar que a interrupção do serviço prestado seria prejudicial aos usuários que participavam dessa atividade. Ficou clara também a tamanha desarticulação dessa atividade com a unidade básica. Era uma ação desenvolvida pelos residentes, planejada por eles e que, caso saíssemos desse cenário de práticas, deixaria de ser realizada.

Diante disso, foi necessário questionarmos sobre quais necessidades a Residência Multiprofissional estaria respondendo e qual a sua contribuição para aquele serviço. De acordo com Nascimento, Oliveira¹⁸, a Residência deve buscar não somente o aperfeiçoamento profissional dos residentes, mas também promover transformações nos serviços de saúde que os recebem, possibilitando espaços de reflexão acerca do trabalho ali desenvolvido.

Ao entrar na Unidade Básica de Saúde, construímos um planejamento das ações que seriam ali realizadas. Esse planejamento utilizou como subsídio as políticas, diretrizes e ações prioritárias da Atenção Básica que estão relacionadas à saúde do adulto e idoso, visto que esse é o foco do Programa de Residência. Também foram utilizados dados epidemiológicos sobre a situação de saúde da comunidade, porém não houve uma participação direta dos profissionais da UBS nem dos usuários nessa construção. Daí nos questionarmos se esse também não seria um dos motivos que contribuíram para a desarticulação das atividades, pois, sem a participação desses sujeitos, pode não ficar claro a quais necessidades o planejamento das intervenções estaria respondendo.

Segundo Merhy, Feuerwerker¹⁹, a maneira como são desenvolvidos os atos em saúde está relacionada à concepção do que é o trabalho em saúde e quais as tecnologias que perpassam essas ações. Os autores pontuam que o trabalho em saúde é um trabalho vivo em ato e que se dá na relação entre profissional da saúde e usuário, mas que a qualidade dessa relação pode estar comprometida de acordo com as tecnologias envolvidas na produção desse encontro. Tais tecnologias podem ser duras, entendidas como aquelas que permitem a realização de procedimentos, diagnóstico; leves, aquelas relacionadas aos saberes bem estruturados e definidos; e leves, que estão ligadas à relação que ocorre no encontro entre profissional e usuário, que permitem ampliar a escuta e o olhar para as reais necessidades do sujeito. Portanto, é a concepção que os profissionais têm do processo saúde-doença e a forma como se utilizam de tais tecnologias que vão orientar também o método de identificação das necessidades de saúde. Muitas vezes, é sob a ótica do saber científico bem estruturado que se tende a definir o que seria o legítimo objeto da intervenção no serviço de saúde.

Poderíamos dizer que o planejamento embasou-se nas necessidades apontadas pelos saberes cientificamente estruturados, sejam estes epidemiológicos ou normativos. Embora esses saberes sejam de fundamental importância como parte da construção do planejamento, pois são indicadores de uma realidade mais global, parece ter faltado um encontro com as singularidades do serviço de saúde e com as singularidades dos usuários que dele usufruem.

Como exemplo disso, existiram demandas trazidas pelos profissionais do serviço de saúde voltadas à especificidade de algumas áreas de conhecimento que compunham a equipe de residentes, como no caso da Psicologia e da Nutrição, quando foi observado, em um primeiro momento, o desejo desses profissionais de que desenvolvêssemos um atendimento individualizado. Ficou evidente, no momento em que essas demandas surgiram, o nosso despreparo para lidar com situações que estivessem fora do planejado como intervenção para aquele cenário de práticas. O receio em desenvolver uma ação que viesse a corroborar com práticas que fragmentam o trabalho em saúde gerou insegurança para acolher aquelas primeiras demandas.

Muitas vezes essas demandas por parte do serviço de saúde vêm como um pedido de ajuda diante das condições precárias e da sobrecarga de trabalho. Atender a essas solicitações não significa executá-las tal como é dirigido o pedido, mas ampliar o olhar e a escuta para tais necessidades proporciona uma abertura para outras possibilidades de intervenções pactuadas em conjunto.

É importante ressaltar que essa prática não implica em extinção de trabalhos voltados para as especificidades das áreas profissionais que compõem a equipe, mas que a abordagem de tais problemáticas pode ser feita por meio de dispositivos que favoreçam o trabalho em equipe – como é o caso do apoio matricial, a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) – que proporcionam uma tomada de decisões conjunta, mas não inviabiliza a possibilidade de protagonismos dentre as áreas de conhecimento. No entanto, para que esses dispositivos venham a ser utilizados nos serviços, é necessário que existam espaços de diálogo sobre sua importância para a melhoria da atenção à saúde, bem como clareza por parte de todos os envolvidos na sua construção a respeito

de suas propostas e objetivos.

Consideramos que a falta de planejamento conjunto entre UBS, Programa de Residência e residentes no tocante às ações a serem realizadas, bem como a ausência de pactuação das responsabilidades de cada um dos atores envolvidos neste processo, esteja no cerne dessa problemática. O fato de os profissionais da Unidade Básica não se apropriarem de atividades como o Clube da Caminhada ou da função de preceptoria nos remete a outro fato observado: a gestão dos serviços de saúde ainda não consegue conceber a educação permanente como parte do trabalho em saúde, mas como sendo uma atividade à parte. Por outro lado, o Programa de Residência também demonstrou não se aperceber da atual fragilidade do vínculo com a UBS e da necessidade de reavaliar a maneira como as práticas estavam sendo realizadas naquele cenário e dos seus efeitos para o serviço de saúde.

Faz-se necessário ressaltar que o fato de esse Programa de Residência ocorrer em sua primeira etapa no ambiente hospitalar, bem como sua coordenação, reuniões e aulas estarem alocadas nesse ambiente, contribui para um afastamento da UBS em relação aos demais cenários de práticas, pois as discussões sobre esses outros contextos acabam sendo mais frequentes. Sendo assim, apesar de esse ser um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, muitas vezes até mesmo a forma como os espaços físicos estão configurados pode proporcionar ou não uma maior aproximação entre os atores envolvidos. Isso pode corroborar com concepções de que o Programa se trata de uma residência hospitalar e com a realização de práticas que afirmem esse lugar, como veio a ocorrer por meio da diminuição da carga horária do cenário de práticas da UBS.

Desse modo, cabe a reflexão de que inserir os residentes no serviço não garante a transformação das práticas de trabalho¹³. Isso implica em adentrar territórios onde imperam determinadas práticas de saúde e modos de se pensar o trabalho nesse campo. Inserir a Residência na UBS traz mudanças para o cotidiano do serviço. A forma como essa inserção será realizada permitirá uma maior ou menor aproximação com o território do trabalho em saúde que ali é desenvolvido e, conseqüentemente, permitirá promover a transformação das práticas. O território das práticas de saúde é sempre um espaço político e de múltiplas disputas que perpassam os interesses e capacidades de agir dos atores nele envolvidos. Tais interesses podem convergir ou tornarem-se divergentes na tentativa de buscar uma conformação do modelo de saúde que tenha significado para aquele lugar¹⁹.

Cabe ressaltar, portanto, a necessidade de um vínculo maior entre o programa de Residência e o cenário de práticas da UBS, vínculo esse que se reflita em um pacto de cooperação entre os diversos atores envolvidos, a saber: ensino, gestão, atenção e controle social. Quando esses pactos não ocorrem, corre-se o risco de que a presença dos residentes no serviço assemelhe-se a de um estranho em um território alheio e, desse modo, não exista corresponsabilização entre serviço e a formação em saúde.

A falta de um representante da UBS nas reuniões do Programa de Residência, a pouca articulação

das atividades realizadas pelos residentes com aquele cenário de práticas, bem como a falta da preceptoria de campo são consequências da forma como o diálogo entre os atores têm ocorrido, possibilitando ou não a pactuação das necessidades a serem alcançadas.

Outro ponto importante a ser destacado é o lugar que o residente ocupa nesse contexto e de que formas esse lugar contribui para a transformação das práticas em saúde ou para a replicação daquelas já existentes. E é também desse lugar que falamos, pois na nossa experiência nos deparamos diversas vezes com a dificuldade de conceituarmos o vir a ser residente.

Fajardo¹⁴ aponta em seu estudo com preceptores de uma residência multiprofissional em saúde que existe uma dificuldade dos trabalhadores do serviço de saúde em compreenderem qual o lugar do residente. A autora relata que isso ocorre porque os residentes não são nem alunos, nem estagiários, tampouco funcionários, e que a única categoria de residente até então conhecida era a médica, a qual também difere do que vem a ser o residente multiprofissional. A pesquisadora conclui dizendo que esse tempo de formação especializada ainda não alcançou uma definição clara sobre sua especificidade no ambiente de trabalho em saúde, pois ainda é referido ao ‘não-ser’ isto ou aquilo^{14:29}.

Mesmo com tantas incertezas acerca do lugar do residente, podemos dizer que ele é um profissional em formação que não possui um vínculo formal de trabalho com o serviço de saúde onde atua, mas deve ter sempre um compromisso ético com as práticas de saúde ali desenvolvidas. Sendo assim, buscamos ter este compromisso ético com o cenário de práticas da UBS, o que implicou em questionar as nossas práticas, bem como em um trabalho árduo com vistas a desnaturalizar o lugar de atuação como um campo de aplicação de teorias e técnicas. Buscamos compreender o trabalho em saúde como território da ação cuidadora e a Residência Multiprofissional como dispositivo eficaz para a construção desse cuidado centrado no usuário e nas suas necessidades e não apenas no procedimento. Esse trabalho em saúde, por sua vez, deve estar fortemente imbricado à noção de continuidade desse cuidado. Para que essa continuidade ocorra as ações desenvolvidas precisam estar estreitamente ligadas ao cotidiano do serviço de saúde.

Sendo assim, como já vínhamos discutindo entre nós, residentes, sobre as problemáticas enfrentadas no cenário de práticas da UBS, lançamos mão da estratégia de levar essas inquietações para o interior das reuniões do Programa. Essa iniciativa disparou um diálogo entre preceptores, tutores, coordenação e residentes acerca de tais problemáticas e possibilitou a implicação desses outros atores no processo. Essa estratégia permitiu que as reuniões deixassem de ser somente um espaço para discussões de cunho burocrático, gerando inquietação e reflexões acerca das práticas até então desenvolvidas nos diversos espaços pelos quais os residentes vivenciam suas experiências. A partir daí, conseguimos construir momentos para avaliação das práticas que estávamos realizando não somente no cenário de práticas da UBS, como também nos outros espaços, visto que anteriormente essa avaliação ficava restrita à entrega de relatórios ao final de cada passagem pelos cenários. Também foi possível a criação de espaços de diálogo entre o

Programa e a UBS para que pudéssemos apresentar os relatórios finais para os profissionais do serviço.

Devemos observar, porém, que algumas estratégias não surtiram o efeito esperado, como foi o caso com a tentativa de apresentação desses relatórios para os profissionais da UBS, como citado acima, pois eles não compareceram no dia agendado para tal apresentação, evidenciando que se requer buscar outras formas de aproximação. Cabe também a reflexão de que tal aproximação se faz por meio de um processo contínuo. No entanto, concebemos as estratégias aqui utilizadas como o início desse processo que, até então, não era discutido no interior do próprio Programa de Residência, corroborando com a concepção do cenário de práticas enquanto local de replicação de ações sem que haja questionamentos sobre os seus efeitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A nossa vivência enquanto residentes no cenário de práticas da UBS corroborou com as experiências encontradas na literatura científica acerca dos desafios existentes no contexto da integração ensino-serviço e apontou para a necessidade de que esse Programa de Residência Multiprofissional em Saúde busque, em conjunto com todos os atores envolvidos no processo, avaliar os impactos de suas ações para os serviços onde se encontram os residentes.

Conclui-se que é possível repensar constantemente as práticas e lançar mão de dispositivos que possibilitem o aprimoramento do trabalho em saúde, trazendo ganhos tanto para o serviço de saúde e seus usuários, como para a formação de seus profissionais. Uma das maneiras de se promover essa mudança seria por meio do fortalecimento de práticas embasadas no apoio matricial em saúde como forma direta de contribuição da Residência para o cenário de práticas da UBS, visto que a equipe de referência da Unidade Básica de Saúde não dispõe das diversas profissões que compõem a Residência Multiprofissional. Essa, então, seria uma oportunidade de troca de experiências e saberes entre as diversas áreas de conhecimento.

Em contrapartida, é de fundamental importância que a UBS não ocupe somente o lugar de receber os residentes. Para que isso não ocorra, o Programa de Residência precisa pactuar ações com a gestão da unidade básica no sentido de fortalecer a Educação Permanente como parte imprescindível do trabalho em saúde, pois a integração ensino-serviço requer construção de objetivos em comum entre os setores envolvidos e clareza de que a finalidade a ser alcançada é a mudança dos modos de pensar/fazer a formação em saúde para que haja de fato a integralidade nas ações prestadas aos usuários desse serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosa SD, Lopes RE. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trab. Educ. Saúde*. [Internet]. 2009. [acesso em 30 jul. 2015]; 7(3): 479-498. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-

[77462009000300006&lng=pt&nrm=iso http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462009000300006.](http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462009000300006)

2. Brasil. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 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 [Internet]. Diário Oficial da União; Poder Executivo. 2009 nov. 13; Seção 1, p. 7. [acesso em 30 jul. 2015]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=8862

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [acesso em 30 jul. 2015]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf

4. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev. Saúde Coletiva* [Internet]. 2004 Jun [acesso em 30 jul. 2015]; 14(1): 41-65. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=pt [http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004.](http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004)

5. 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. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [acesso em 30 jul. 2015]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf

6. Nascimento DDG, Oliveira MAC. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. *Rev. Min. Enferm.* [Internet]. 2006 [acesso em 30 jul. 2015];10(4), 435-439. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/443>

7. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev. bras. educ. med.* [Internet]. 2008 [acesso em 30 jul. 2015];32(3):356-362. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300010&lng=en&nrm=iso

8. Pizzinato A, Gustavo AS, Santos BRL, Ojeda BS, Ferreira E, Thiesen FV, Creutzberg M, Altamirano M, Paniz O, Corbellini VL. A integração ensino-serviço como estratégia na

formação profissional para o SUS. Rev.bras.educ.med. [Internet]. 2012 [acesso em 30 jul. 2015]; 36(1, Suppl.2): 170-177. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300025&lng=en&nrm=iso <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000300025>

9. Cavaleiro MT, Guimarães AL. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. Caderno FNEPAS [Internet]. 2011[acesso em 30 jul. 2015]; 1(1): 1-9. Disponível em: http://www.sbfa.org.br/fnepas/artigos_caderno/v11/artigo2_formacao_para_sus.pdf

10. Kuabara CTDM, Sales PRDS, Marin MJS, Tonhom SFDR. Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Min. Enferm. [Internet]. 2014 [acesso em 30 jul. 2015];18(1):195-207. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/918>

11. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 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 abril de 2002; e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF; 2005. [acesso em 30 jul. 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm

12. Santos FA. Análise crítica dos projetos político-pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2010. [acesso em 30 jul. 2015] Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalleObraForm.do?select_action=&co_obra=204442

13. Autonomo FROM. A preceptoría em saúde a partir das publicações brasileiras. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013. [acesso em 30 jul. 2015]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=711921&indexSearch=ID>

14. Fajardo AP. Os tempos da docência nas Residências em Área Profissional da Saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde. Tese [Doutorado em Educação] [Internet]. Porto Alegre, RS: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011. [acesso em 30 jul. 2015]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/32308>

15. Spink MJ. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Porto Alegre, RS: EDIPUCRS; 2004.

16. Íñiguez L. Construcionismo social e psicologia social. In: Martins JB, organizador. Temas em análise institucional e em construcionismo social. São Carlos, SP: Rima; 2002. p.127-156.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. B. Manual de Operação. HiperDia - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.[Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2002. [acesso em 30 jul. 2015]. Disponível em: <http://saude.maringa.pr.gov.br/downloads/hiperdia/manualhierdia2.pdf>

18. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. Saude soc. [Internet]. 2010 Dez [acesso em 30 jul. 2015]; 19(4):814-827. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400009&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000400009>.

19. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea [Internet]. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. Leituras de Novas Tecnologias e Saúde. São Cristóvão: Editora UFS; 2009. p.29-56. [acesso em 30 jul. 2015]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>

Artigo apresentado em: 15/02/2017

Artigo aprovado em: 21/03/2017

Artigo publicado no sistema em: 30/06/2017