



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”
Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional.

Sub-eixo: Ênfase em Formação profissional.

**MÚLTIPLOS OLHARES: A BUSCA PELA INTERPROFISSIONALIDADE EM UMA
EQUIPE DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (RJ)**

Rhanna da Silva Henrique¹

Adrielle Campos Moreira²

Bárbara Cristina Boscher Seixas Pinto³

Sofia Camargo Collet⁴

Sophia Rosa Benedito⁵

Viviane Liria Costa de Souza⁶

Resumo: As Residentes em formação em serviço numa Clínica da Família, localizada no Rio de Janeiro, em um território marcado pela “questão social” compartilham ferramentas utilizadas na busca da interprofissionalidade. Entendendo a saúde em seu conceito ampliado, a interprofissionalidade nos parece necessária. Algumas das ferramentas são matriciamento, interconsulta, criação de grupos.

Palavras-chave: Saúde da Família; Educação Interprofissional; Residência Multiprofissional.

Abstract: Residents in service in a Family Clinic located in a territory marked by social issues in Rio de Janeiro, share strategies used to built interprofessional action. Understanding Health in an extended concept, interprofissinality seems to be necessary. Some of the strategies used are Matrix Support , interconsultation, groups implementation.

Keywords: Family Health, Interprofessional Education, Multiprofessional Residency.

INTRODUÇÃO

O presente artigo deriva da experiência das autoras, como residentes multiprofissionais em Saúde da Família, atuando em uma clínica da família (CF), localizada na comunidade do Jacarezinho, Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro. A equipe multiprofissional de residentes é composta por assistente social, dentista, educadora física, enfermeira, farmacêutica, nutricionista e psicóloga.

A experiência da residência pressupõe a formação em serviço. Durante os dois anos

¹ Estudante de Pós-Graduação. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. E-mail: <rhannahenrique25@gmail.com>.

² Estudante de Pós-Graduação. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. E-mail: <rhannahenrique25@gmail.com>.

³ Estudante de Pós-Graduação. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. E-mail: <rhannahenrique25@gmail.com>.

⁴ Estudante de Pós-Graduação. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. E-mail: <rhannahenrique25@gmail.com>.

⁵ Estudante de Pós-Graduação. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. E-mail: <rhannahenrique25@gmail.com>.

⁶ Estudante de Pós-Graduação. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. E-mail: <rhannahenrique25@gmail.com>.

desse processo (2018 - 2020), além de aulas teóricas duas vezes por semana, por três dias atuamos em um campo de prática junto à uma equipe mínima⁷ e ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁸, nos inserindo no processo de trabalho da CF. Essa inserção é facilitada pela figura do preceptor, nesse caso, um dentista. Sua função é construir conosco o processo de trabalho, se atentando tanto para as escolhas coletivas, como as individuais, levando em conta a particularidade de cada profissão.

No bojo das relações de trabalho inseridas na CF, situamos a residência em um local estratégico e privilegiado, uma vez que não possuímos o mesmo vínculo empregatício de outros profissionais⁹, todos contratados via Organizações Sociais de Saúde (OSS)¹⁰; e temos tempo e espaço para a reflexão, objetivando uma prática profissional crítica e não imediatista. Isso significa dizer que temos a possibilidade de construir um processo de trabalho na contramão da lógica gerencialista, que impõe metas rigorosas e verticalizadas, ao mesmo tempo em que submete os trabalhadores da ESF a precárias condições de trabalho.

Nossa entrada em campo se dá numa conjuntura adversa para a saúde pública no Brasil, e de forma singular no município do Rio de Janeiro. A atual conjuntura de retração de políticas públicas, somada à institucionalização de um projeto político moralizante e conservador, que se intensifica no país em todas as instâncias de governo, estão no pano de fundo do processo de trabalho e de formação. Na prática, se materializam na agudização do desemprego e subemprego, insegurança alimentar e nutricional, racismo, más condições de moradia, falta de saneamento básico e violências. Pensando no território em que nos inserimos, essa última aparece com um relevante destaque.

A observação e atuação no cotidiano nos leva a destacar, dentre tantas outras expressões da “questão social”¹¹, as violências, uma vez que essas influenciam,

⁷ Entende-se como equipe mínima aquela multidisciplinar, composta por, no mínimo, médico e enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

⁸ Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas (BRASIL, 2012).

⁹ O vínculo das autoras se dá via bolsa de estudos do Ministério da Saúde.

¹⁰ Organizações Sociais de Saúde são qualificadas como pessoas jurídicas de direito privado, sem fins econômicos ou lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde, incluindo a área da assistência, ensino e pesquisa. Ou seja, o Estado paga uma quantia para a prestação de serviços de relevante interesse público (RIO DE JANEIRO, 2011).

¹¹ A “questão social” é aqui usada a partir do viés marxista, para fazer referência às mazelas sociais derivadas do conflito entre Capital x trabalho, no bojo da sociedade capitalista. O uso das aspas serve para diferenciar a “questão social” surgida na Europa entre os séculos XVIII e XIX, a partir de uma nova organização da classe trabalhadora, para aquela antes usada para se referir a problemas da sociedade

significativamente, o processo de trabalho e colocam grandes desafios para a formação. Falamos de uma comunidade dividida territorialmente: uma parte dominada pelo poder paralelo do tráfico e outra onde se localiza a Unidade de Polícia Pacificadora (UPP).

No Jacarezinho, então, impera a violência institucional, sob a forma da ausência do Estado no que tange às políticas públicas e sua presença sob a forma de constante coerção e operações policiais. Por consequência, hoje a CF se situa no território como o principal dispositivo que visa garantia de direitos. Em um contexto em que se produz adoecimento e há fragmentação da rede de serviços, esse equipamento, quando visto isoladamente, se torna insuficiente para produção de cuidado dessa população.

Dessa maneira, o nosso processo de formação é atravessado não só pela forma subjetiva como cada uma de nós entende e vivencia essas violências¹², mas também pelas consequências sofridas pela população. Por exemplo, na prática percebemos os desdobramentos na CF através da intensa medicalização da população e da intensificação do acesso à clínica de usuários devido a quadros de saúde mental.

No âmbito de nossas profissões, trabalhamos na busca diária de atuar na política de saúde sob a perspectiva do seu conceito ampliado¹³ e não pontual e/ou focalizada. Em um território de grande vulnerabilização social, onde a saúde é constantemente chamada a suprir a ausência de outras políticas sociais, as respostas às necessidades de saúde exigem, necessariamente, que as profissionais trabalhem superando alguns limites impostos pela formação, de um núcleo profissional restrito, e entrem em contato com outras formações e saberes. Sobre a produção de vulnerabilização, Oliveira (2018) diz:

(...) opção pelo uso dos termos vulnerabilização e vulnerabilizadas, ao invés de em vulnerabilidade, enfatizando que a condição de vulnerabilidade é fruto de ações políticas, econômicas e sociais vulnerabilizantes. A intenção é da não naturalização do termo e do diálogo com a noção de determinação social do processo saúde-doença (OLIVEIRA, 2018, p. 45).

O cenário relatado se mostra complexo, exigindo diariamente respostas também complexas e que nenhum profissional ou equipamento sozinhos são capazes de formular. Daí a razão para se propor a pensar a interprofissionalidade como um norte a ser alcançado na ESF. Neste artigo, percorremos a dificuldade de atuar na saúde como um campo, que abriga

que deviam ser encarados de forma isolada, entendendo como uma questão de cada indivíduo (NETTO, 2001).

¹² De janeiro de 2018 a setembro do mesmo ano, a Clínica da Família precisou fechar um total de 21 dias, devido a episódios de grandes tiroteios que ocorreram no território. Esses dados foram obtidos através de uma planilha feita pela Coordenadoria de Saúde das Áreas de Planejamento e alimentada pela gerente da unidade de saúde.

¹³ Formulado em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, e promulgado em 1988, na Constituição Federal, o conceito ampliado de saúde inclui alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde como condições necessárias para se garantir a saúde. Assim, a saúde deixa de ser vista sob uma ótica estritamente biológica e passa a associada às condições de vida e ao acesso a outros direitos sociais (BRASIL, 1990).

inúmeros núcleos profissionais e que, desde a formação acadêmica, já não conversam entre si. Em seguida, elencamos algumas ferramentas de trabalho que, no âmbito da formação em residência multiprofissional em saúde da família, se mostraram potentes para desenvolver um trabalho que permita o diálogo entre as profissões. Relataremos algumas experiências que vivemos e que consideramos potentes para a construção de um processo de trabalho integrado, qualificado e crítico. A sistematização dessas experiências não tem o intuito dar respostas ou soluções prontas, mas mostrar caminhos possíveis que visem a qualificação de um trabalho em saúde socialmente referenciado.

Apesar da “questão social” ser o principal objeto de trabalho de assistentes sociais, neste território as suas expressões perpassam o cotidiano de todos os trabalhadores da saúde. O serviço social, inserido nessa realidade, recusa o messianismo ou fatalismo presentes na profissão (IAMAMOTO, 2000) e se abre ao encontro de outras profissões e saberes na busca de um trabalho interprofissional, sem deixar de preservar suas atribuições privativas. Dessa forma, qualifica sua intervenção junto à população usuária e tem suas competências profissionais reconhecidas por colegas.

Os desafios para a consolidação dessa direção de trabalho estão colocados para todas as profissões desde a formação até o serviço na ponta. Um olhar atento para a determinação social do processo de saúde (DSS) coloca a necessidade de constante diálogo entre as profissões, apropriação das ferramentas tecnológicas de cuidado, sem perder o horizonte de um outro modelo de sociedade, tal como o preconizado pela Reforma Sanitária Brasileira e pelo Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁴.

A NECESSIDADE DA INTERPROFISSIONALIDADE NA FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Quando se inicia a residência nos deparamos com a incompatibilidade entre os processos formativos propostos pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e aqueles vividos pelas nossas diferentes graduações. Notamos que a formação acadêmica ainda se coloca segmentada, muitas vezes restrita aos seus núcleos de competência, e distantes do campo na qual se inserem. Segundo Campos (2000), entende-se núcleo como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. Este demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional. Já o campo, é um

¹⁴ PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Edição (1) Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

Ao longo da história, o campo da saúde vem se construindo, gradativamente, como conhecimento compartimentalizado em resposta ao desenvolvimento tecnocientífico. Logo, os núcleos de saberes e práticas em saúde tornam-se ainda mais especializados e restritos. A formação nas graduações se mantém, majoritariamente, apoiada em uma concepção de saúde no modelo biomédico, apresentando-se reducionista, biologicista, individualista, com foco na doença e no hospital e orientada para a cura. Além disso, constata-se ainda no processo ensino-aprendizagem, uma priorização dos conteúdos biológicos em detrimento dos aspectos da DSS e suas relações atravessadas pela vida em ato (VASCONCELOS E GOUVEIRA, 2011).

Notamos que a formação acadêmica e o perfil produzido por esta afetam o cotidiano do serviço de saúde, produzindo uma atuação também segmentada, que valoriza o saber e a prática de forma individualizada, centrada no profissional que a domina ou seja, profissionais da medicina. Isso promove um distanciamento entre os atores do processo de cuidado em saúde. Já a formação em serviço social se constitui como uma profissão generalista não restrita à saúde e com vistas a atuar nas expressões da “questão social” e no conjunto das relações sociais. Por isso convoca outras profissões do campo da saúde pública a olhar mais atentamente o contexto e o processo de saúde e doença nele produzido (BRASIL, 2002).

Frente a essa centralização do profissional médico no cuidado, percebemos a constante necessidade de reafirmarmos uma prática de saúde integral que perpassa todas as categorias presentes no serviço. Não raras vezes nos deparamos com a falta de informações no que diz respeito às nossas atribuições profissionais e como elas podem se articular.

Buscando superar tal tendência, de uma atuação restrita aos núcleos profissionais e centrada na relação verticalizada de saberes, vivenciamos no processo formativo da residência, experiências que fortalecem nosso entendimento de exercício profissional enquanto profissionais de um mesmo campo - o da Saúde Pública.

Com exceção das supervisões mensais de núcleo profissional, todas as atividades teóricas e teórico-práticas no decorrer da residência são coletivas e multiprofissionais. Isso estimula nosso reconhecimento como parte do campo, uma vez que nos traz ferramentas comuns para trabalhar em um mesmo contexto. Nosso aprendizado perpassa desde temas mais introdutórios sobre as políticas de saúde na Atenção Básica (AB) e Saúde da família, identificação das necessidades e potencialidades nos territórios, epidemiologia, planejamento, gestão do cuidado até o monitoramento e avaliação das ações na AB.

Sobre os objetivos desta formação, Ricardo Ceccim (2004) coloca:

A formação (...) deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em

saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (CECCIM, 2004).

Outro aspecto relevante é o sentido de superação da multiprofissionalidade como presença de várias profissões num mesmo campo de trabalho, para avançar rumo a interprofissionalidade, ou seja, a formação de profissionais a partir da necessidade de integração, de coesão e de prática colaborativa (CECCIM, 2018; COSTA, 2017). Entendemos que o fato de sermos uma equipe composta por sete categorias profissionais não garante um trabalho integrado. Esse se dá em ato no cotidiano, a partir da construção coletiva e participativa dos atores envolvidos.

Considerando o preconizado pela Lei 8080/90, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁵ e a prática reproduzida no serviço em saúde, notamos uma lacuna no que se refere à produção de um cuidado integral e longitudinal. Essa lacuna é criada não somente pela prática dos profissionais advinda de suas formações, como também pelo modelo de gestão gerencialista implementada nas CF no município do Rio de Janeiro.

Merhy (1997) coloca que o modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho configuram "um dos grandes nós críticos" das propostas que apostam na mudança do modelo tecnoassistencial em saúde no Brasil, "que se tem mostrado comprometido com muitos tipos de interesse, exceto com a saúde dos cidadãos".

Rezende (2008) *apud* Martins e Carneiro (2014) descreve os reflexos do modelo de gestão gerencialista da seguinte maneira:

Na saúde, (...) os novos modelos flexíveis de contratação desresponsabilizam o Estado dos processos de seleção e gestão das relações de trabalho, bem como da qualificação dos trabalhadores, além de trazerem mudanças estruturais no modelo de gestão, tais como: o fim do concurso público para ingresso no trabalho; a implementação da terceirização; a desprofissionalização dos serviços e dos servidores públicos; a desorganização do processo de trabalho; a flexibilização dos contratos (REZENDE *apud* MARTINS E CARNEIRO, 2008).

Tais reflexos são percebidos por nós na prática dos profissionais do serviço como resultado da aplicação de um planejamento em saúde alicerçado em metas e indicadores focados na uniprofissionalidade.

Dado o afastamento entre núcleo e campo no serviço, compreendemos que a busca pela atuação aproximada do campo de competência, como a proposta pela Residência Multiprofissional, visa promover cuidado em saúde de forma integral, a partir da abordagem do indivíduo enquanto único e inserido em uma coletividade de determinado contexto histórico, político e social. Tal proposta de formação permite a ampliação de lugares historicamente delimitados para as profissões a partir do atravessamento e troca de saberes,

¹⁵ BRASIL, 2011. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

incidindo, assim, na instrumentalização do processo de trabalho que visa a remodelação de uma prática em serviço na AB.

FERRAMENTAS PARA UM TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Como aposta de um outro modelo de prática em saúde, nos apropriamos das ferramentas preconizadas para AB, sob a lógica do apoio matricial. Exploraremos algumas destas ferramentas: matriciamento, reuniões de equipe, atividades de educação permanente, interconsultas e grupos.

Como previsto no Caderno de Atenção Básica (CAB) 39, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), a lógica do apoio matricial é entendida como “apoio para equipes de AB, visando ampliar a oferta e a qualidade das ações e aumentar a resolutividade desse ponto de atenção” (BRASIL, 2014, p. 46). Esse instrumento - apoio matricial - apesar de preconizado como ferramenta principal dos NASF, pode e deve ser incorporado por todos os profissionais da saúde. Se faz possível pelo compartilhamento de problemas, intercâmbio de saberes e práticas entre os diversos profissionais e da pactuação de intervenções. Como veremos abaixo, essa lógica guia o uso de outras ferramentas.

Como estratégia para um trabalho integrado no início da nossa inserção no campo estruturamos o planejamento de modo a garantir a participação em diversos espaços. Foram priorizados alguns turnos fixos, comuns às categorias e outros que permitissem atuações uniprofissionais, dialogando com profissionais da CF não residentes. Nossa agenda permitiu participação em reuniões de equipe, atendimentos individuais, interconsultas, atividades no território de mobilização e participação social, diálogo com outros equipamentos da rede, atividades coletivas e espaços de educação permanente. Além disso, priorizamos um turno para discutir entre nós, equipe de residentes, o processo da residência em si.

Durante as discussões de caso em reunião de equipe, além dos olhares e conhecimentos de cada profissão que são compartilhados, procuramos realizar dinâmicas para estimular o vínculo entre os profissionais. Também levamos temas específicos para discussão. Um exemplo foi discussão do tema da saúde mental junto à equipe mínima, devido à grande demanda de sofrimento mental apresentada pelos usuários. Nestas discussões, estimulamos a equipe toda a se expressar e trazer seus conhecimentos, fomentando o debate e extrapolando os limites colocados à cada categoria. Por exemplo, uma agente comunitária de saúde que tem domínio no manejo de casos de saúde mental sem, necessariamente, centralizar o cuidado na figura da psicóloga. As discussões em reunião de equipe são um meio de qualificar o trabalho de todos os integrantes, ampliando o olhar para as necessidades da população usuária e do território.

Nos turnos reservados aos atendimentos à população, realizamos consultas uniprofissionais. A partir de contatos anteriores, entendemos que esses atendimentos, mesmo que não tenham a presença física de outros profissionais, passam a ser mais qualificados, ampliando as possibilidades de intervenção. Da mesma forma que estar em uma equipe multiprofissional não garante um trabalho integrado e compartilhado, um atendimento uniprofissional também não pressupõe, necessariamente, uma atuação descolada da equipe.

As interconsultas, momentos de compartilhamento de atendimento com outros profissionais, também são momentos potentes de contato com outros profissionais. Na interconsulta, como é ressaltado por Melo (2016) a presença do outro profissional não é obrigatória, mas o apoio pode se dar em discutir o caso e a conduta. Uma experiência de interconsulta sem a presença de outro profissional foi vivenciada pela residente dentista. Essa ao perceber em sua paciente de quatro anos de idade a dificuldade na fala, discutiu o caso com a residente psicóloga, com enfoque em desenvolvimento infantil. Desta conversa, a dentista, numa outra consulta, sentiu-se segura em realizar mais perguntas sobre a criança para a mãe. Posteriormente, a profissional levou o caso para a reunião de equipe, trazendo à tona a demanda de um encaminhamento para fonoaudiologia. Além disso, estamos sempre atendendo juntas: enfermeira com nutricionista, farmacêutica com dentista, educadora física com assistente social, psicóloga com nutricionista etc.

Durante as reuniões da equipe de residência, as categorias trocam informações e experiências individuais, fornecendo ferramentas para a atuação das outras profissões. Um exemplo disso foram duas atividades de educação permanente realizadas pelas residentes assistente social e psicóloga para o conjunto da equipe. Foram abordados os temas “O serviço social e a saúde” e “Manejo no cuidado de saúde mental”, com o objetivo de munir toda a equipe multiprofissional de ferramentas que possam contribuir na atuação cotidiana das outras profissões, salvaguardando as atividades privativas.

Participamos também, junto a outras profissionais da clínica, no planejamento e execução de uma atividade de educação permanente para a CF abordando a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2013). A partir da discussão da política, a atividade teve o objetivo principal de munir os profissionais para aprimorar o atendimento a essa população, com vistas ao acesso a seus direitos. Sob a lógica do matriciamento, podemos pensar que ter domínio das especificidades da população LGBTTT não é uma atribuição privativa de nenhuma das profissões, mas algo que todos os profissionais devem se apropriar.

Estas ferramentas, usadas como exemplo, têm como potencial ampliar os lugares que são historicamente delimitados para as profissões. Com o compartilhamento de saberes é possível, por exemplo, a educadora física acolher um caso de saúde mental, a assistente social se atentar à medicação em um atendimento para depois falar com a farmacêutica, a

dentista fazer uma atividade na escola sobre desenvolvimento infantil, a nutricionista orientar sobre os critérios do Programa Bolsa Família, a farmacêutica falar sobre alimentação saudável no momento do cuidado farmacêutico etc.

Outra atividade potente na nossa experiência foi o desenvolvimento de grupos com a perspectiva de educação em saúde. Esses podem promover o desenvolvimento da autonomia, a participação e a corresponsabilização da população, propiciando socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências/saberes e a possibilidade de construir projetos coletivos (BRASIL, 2014).

Na CF na qual nos inserimos, estamos envolvidas com grupos de auriculoterapia, yoga, caminhada, para parar de fumar, medicação, nutrição e planejamento familiar. Neles materializamos o exercício de extrapolar os núcleos profissionais restritos, sem renunciar deles. Caminhamos, assim para campo saúde: a dentista e a educadora física trabalham juntas na auriculoterapia, a psicóloga conduz a prática da yoga, a assistente social participa do grupo de nutrição, a nutricionista é também mediadora no grupo de medicação e a farmacêutica compõe o grupo para parar de fumar.

Algumas profissões, com espaços físicos delimitados, encontram mais dificuldades para circular nessas possibilidades de cuidado, é o caso, principalmente, da enfermagem, odontologia e farmácia, que possuem, respectivamente, o consultório, a cadeira e a farmácia como lugar historicamente bem consolidados. Dentro da equipe de residência, percebemos que o esforço do trabalho compartilhado mexeu nessas estruturas e tornou o nosso trabalho mais fluido e mais próximo da ideia de campo da saúde. Hoje, avaliamos estarmos longe da interprofissionalidade, mas certamente avançamos em comparação ao início da inserção na CF. Conseguimos “nos acessar” com mais facilidade e ampliamos o nosso escopo de possibilidade de trabalho compartilhado, o que inclui também a forma como estabelecemos o trabalho junto de outros profissionais da clínica, não inseridos no programa de residência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da inserção no processo da RMSF, nos deparamos com um território vulnerabilizado, onde pulsam inúmeras expressões da “questão social” que demandam uma atuação intersetorial, para além da política de saúde. Soma-se a isso, uma prática na saúde que esbarra em formações focadas nos núcleos de competência, reforçadas pelo modelo de gestão gerencialista

Na contramão dessa lógica, nós, residentes, buscamos ferramentas que nos instrumentalizem para realização de um trabalho em saúde que vise seu conceito ampliado, como o matriciamento, reuniões de equipe, atividades de educação permanente, interconsultas e grupos.

Ainda que consideremos as dificuldades e desafios encontrados na realidade do processo de trabalho, reafirmamos a importância da constante busca por uma atuação interprofissional comprometida no horizonte de um SUS, universal, equânime, com vistas à integralidade e socialmente referenciado de fato.

REFERÊNCIAS

BRASIL, 1990. **LEI Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL, 2002. **Resolução nº 15, de 13 de março de 2002.** Dispõe sobre as diretrizes curriculares para os cursos de serviço social. Ministério da educação. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_diretrizes_cursos.pdf>. Acesso em 01/07/2019.

BRASIL, 2011. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 01/06/2019.

BRASIL, 2012. **Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde). Brasília - DF, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 16/06/2019.

BRASIL, 2013. **Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.** Ministério da Saúde. Vol 1. Reimp 1. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf> Acesso em: 18/06/2019.

BRASIL, 2014. **Cadernos de Atenção Básica, nº 39.** Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e o trabalho cotidianos. Ministério da Saúde. Vol1. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf> Acesso em 18/06/2019.

CAMPOS, G.W.S . **O anti-Taylor e o método Paidéia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional.** Tese de livre-docência. Campinas/SP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP) 2000.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas.** Ciênc. saúde coletiva, vol.5, no.2, Rio de Janeiro, 2000.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

COSTA, M. V. A. **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** / Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, organizadora. – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. : il. – (Série Vivência em Educação na Saúde) Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>>. Acesso em 24/05/2019.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional!** - 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

MARTINS, M. I. C.; CARNEIRO, C.C.G. Política de Gestão do Trabalho e a Atenção em Saúde: um estudo de caso sobre a experiência de contratualização da Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro. In: MARTINS, M. I. C.; MARQUES, A. P.; COSTA, N. R.; MATOS, A. (Orgs.). **Trabalho em saúde, desigualdades e políticas públicas.** [S.l.]: Universidade do Minho; Fundação Oswaldo Cruz, 2014. p. 101-110.

MELO, E. A. (org.). **Caderno do Curso Apoio Matricial na Atenção Básica com Ênfase nos Nasf: aperfeiçoamento.** 2ª ed. rev. – Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP/FIOCRUZ, 2016.

MERHY, E.E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). *Praxis en salud: un desafío para lo público.* São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

NETTO, J. P. **Cinco notas a propósito da questão social.** In: *Temporális.* Brasília: ABEPSS, 2001.

OLIVEIRA, R. G. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.27, n.1, p.37-50, 2018. São Paulo: 2018.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Edição (1) Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

RIO DE JANEIRO (Estado), 2011. **LEI Nº 6043, DE 19 DE SETEMBRO DE 2011.** Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais, no âmbito da saúde, mediante contrato de gestão, e dá providências. Rio de Janeiro, RJ. Set. 2011.

VASCONCELOS S.S; GOUVEIA G.P.M. A saúde coletiva e desafios para a formação superior em saúde, **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v .35, n.2, p.498-503, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n2/a2474.pdf>>. Acesso em 05/04/2019.