



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ- UFC
FACULDADE DE MEDICINA – CAMPUS SOBRAL
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

GEÓRGIA VIEIRA DE SOUSA

**A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA EFETIVAÇÃO DA INTEGRALIDADE
NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE – UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

SOBRAL-CE

2023

GEÓRGIA VIEIRA DE SOUSA

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA EFETIVAÇÃO DA INTEGRALIDADE
NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE – UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará-UFC, como requisito parcial para a obtenção do título de mestra em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Roberta Cavalcante Muniz Lira.

SOBRAL-CE

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S696r Sousa, Geórgia.

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA EFETIVAÇÃO DA INTEGRALIDADE NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE – UMA REVISÃO INTEGRATIVA / Geórgia Sousa. – 2023.

106 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programade
Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2023.

Orientação: Prof. Dr. Roberta Cavalcante Muniz Lira..

1. Residência Multiprofissional. 2. Atenção Básica à Saúde. 3. Atenção Primária à
Saúde.

4. Integralidade. I. Título.

CDD 610

GEÓRGIA VIEIRA DE SOUSA

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA EFETIVAÇÃO DA INTEGRALIDADE NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE – UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará-UFC, como requisito parcial para a obtenção do título de mestra em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Roberta Cavalcante Muniz Lira.

Aprovada em: 06/07/2023

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC-CE)

Prof. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA-CE)

Profa. Dra. Ivna de Oliveira Nunes
Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT-MT)

A Deus.

A minha família, em especial meus pais: Vilani e Gilmar.

Ao meu noivo Caíque.

Ao meu avô Finoca (*in memoriam*), o qual eu gostaria muito que estivesse presente fisicamente para comemorar essa conquista conosco.

AGRADECIMENTOS

As lembranças passam como um filme... lembro do dia em que me escrevi para a seleção do mestrado (e até mesmo antes, quando sonhava em terminar a graduação e seguir pela carreira acadêmica). O que esse processo teve de singular foi a pandemia de COVID-19, na qual houve várias mudanças na rotina das pessoas.

Um mestrado na área da saúde diante desse contexto foi um mar de incertezas, mas também um divisor de águas na minha vida profissional e pessoal. As aulas presenciais substituídas pela tela do computador, o contato físico substituído pelos cumprimentos nas redes sociais e a pesquisa "*in locus*" com ar de insegurança frente à realidade sanitária por hora apresentada.

Fato, é que passaram-se as ondas da doença, vieram as vacinas e conseguimos mostrar a força e o valor do SUS! Não tão simples quanto descrito nessa frase, mas tão intenso quanto. Aqui estou, caminhando para a finalização de um sonho e a busca por tantos outros! Tive a oportunidade de cruzar com várias pessoas durante essa caminhada, desde aquelas que me fizeram repensar se realmente eu conseguiria enfrentar tudo e senão seria melhor desistir, até aquelas que se fizeram porto seguro em dias de medo e angústia.

Ah! Como sou grata por cada uma delas, as que me ensinaram o quão forte e capaz eu posso ser e, principalmente aquelas que me permitiram apenas ser eu, dentro de toda a minha fragilidade e humanidade. Nesse processo todo, acho válido lembrar da VII turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues (Clara, Gizélia, Luiz e Mônica), que brilhantemente atuaram durante a pandemia de COVID-19 e, de forma parceira, iniciaram essa jornada de apoio e empatia no mestrado para comigo.

Quando no meu trabalho faltou o entendimento por parte da gestão em reconhecer a importância dessa formação para a efetivação e consolidação do meu fazer profissional no SUS, foram eles (os residentes) quem me deram apoio. Quando eu não fui liberada para participar das aulas mesmo sendo um direito inerente do funcionalismo público, foram eles que atuaram no cenário de prática e não me deixaram desistir diante dos obstáculos. Quando eu simplesmente chorei por achar que não conseguiria dar conta do trabalho no

NASF-AB (hoje eMulti) e da preceptoria na residência multiprofissional, eles mostraram que era possível sim.

Na esfera acadêmica, eu pude contar com minha orientadora que pacientemente trilhou cada degrau comigo, desde a escolha e mudança na temática da pesquisa até a defesa dessa dissertação. Não foi fácil, mas foi leve e prazeroso! A professora Roberta Lira é luz, na sua mais pura e singela forma de ser e transmitir conhecimento.

Também a professora Ivna Nunes, que gentilmente aceitou participar da bancada de qualificação e defesa, mesmo à distância, conseguiu garantir que tudo fosse realizado de forma supimpa. À professora Socorro Dias, que também aceitou participar e contribuir com a elaboração desse trabalho. As amigas virtuais do mestrado, Jéssica e Conceição, que se tornaram alento diante das frustrações e medos vivenciados nessa caminhada tão singular que é a busca pela melhoria do SUS e a qualificação profissional. Quanta sorte eu tive de cruzar o caminho dessas mulheres incríveis!

Em Camocim-Ce, pude contar com a acolhida, em dias alegres e tristes, das minhas amigas Cartiane e Amanda, elas fizeram-se presentes para que eu pudesse reclamar das adversidades da vida profissional e pessoal. Nos dias mais difíceis, foram elas quem cuidaram de mim e com quem eu pude dividir o fardo. Sheilane também deu todo o suporte de forma EaD (risos).

Faço também o agradecimento a minha família, minha base! Meus pais, Vilani e Gilmar, que compreensivelmente entenderam a minha ausência em festas de família, reuniões no fim de semana ou simplesmente aquele café com prosa e afeto (tão esperado), mas adiado. Minhas irmãs (Gisele e Gilmara) e sobrinhos (Larissa, Pedro Henriky e Lucas), pela ausência recorrente, principalmente nos últimos meses que antecederam a defesa. Amo vocês de uma forma que nem sei mensurar!

Por fim, agradeço ao meu companheiro de vida, nesse ínterim deu-se um namoro (e agora noivado) envolvendo cerca de três mil quilômetros de distância e dez horas de viagem. Sim, encontrei com quem dividir essa trajetória “lá pelos cafundó do Rio de Janeiro”. Caique chegou e eu já estava trilhando o caminho do mestrado, fez-me dividir as horas de estudo e trabalho com uma viagem mensal a outro estado. Nossa! Que aventura!

Nem sei como seria se não fossem as suas lições de moral dizendo “você vai conseguir”, “vai dar conta”, “para de reclamar e mentaliza que vai conseguir”. Saber que eu podia apenas chorar na sua presença foram essenciais e reconfortantes. Sigamos juntos na caminhada da vida! Amo você!

“Repetimos que o conhecimento não se estende do que se julga sabedor até aqueles que se julga não saberem; o conhecimento se constitui nas relações homem-mundo, relações de transformação, e se aperfeiçoa na problematização crítica destas relações.” (PAULO FREIRE, 2006, p. 36)

RESUMO

Refletir sobre a relevância da formação a partir da residência multiprofissional ofertada pela Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues foi o ponto de partida dessa pesquisa. Os objetivos propostos foram compreender a importância da residência multiprofissional para a efetivação da integralidade na Atenção Básica à Saúde (ABS), identificando a relação entre integralidade e o fazer dos residentes na atenção primária, perpassando o entendimento sobre a proposta de formação e atuação dos mesmos. Foram utilizados para compor o referencial teórico, textos e documentos sobre o Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica, a Atenção Primária à Saúde e também a Residência Multiprofissional. A metodologia utilizada foi a revisão integrativa, através da seleção de artigos, os quais evidenciaram a importância da residência multiprofissional para a formação dos profissionais e a contribuição dela para o fortalecimento da política de saúde. A discussão em torno da integralidade na saúde perpassa o cuidado ao paciente, à família e à comunidade, destacando-se a equipe multiprofissional e interdisciplinar, tendo em vista que a necessidade do processo de saúde-doença não está apenas em colocar várias profissões juntas para atender, mas em promover a integralidade do cuidado através da interdisciplinaridade no território. Os resultados encontrados podem (e devem) ser usados na aplicação prática da ABS, pois a melhoria da qualidade do acesso ao serviço a partir da atuação da residência multiprofissional contribuem fortemente para adesão da comunidade às consultas na Unidade Básica de Saúde e na Rede de Atenção à Saúde, bem como impulsiona o protagonismo exercido pelos pacientes em seu próprio processo de saúde-doença. A contribuição científica apresentada nesse trabalho diz respeito a colaboração que a residência multiprofissional promove frente à efetivação do princípio da integralidade proposta pelo SUS. A promoção da saúde através do trabalho interdisciplinar afirma-se enquanto estratégia importante para propor mudanças do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional; Atenção Básica à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Integralidade.

ABSTRACT

Reflecting on the relevance of training based on the multiprofessional residency offered by the Paulo Marcelo Martins Rodrigues School of Public Health in Ceará was the starting point of this research. The proposed objectives were to understand the importance of multiprofessional residency for the implementation of integrality in Primary Health Care (PHC), identifying the relationship between integrality and the actions of residents in primary care, encompassing the understanding of their training and professional practice. Texts and documents on the Unified Health System, the National Primary Health Care Policy, Primary Health Care, and Multiprofessional Residency were used to compose the theoretical framework. The methodology used was integrative review, through the selection of articles that highlighted the importance of multiprofessional residency for professional training and its contribution to strengthening health policy. The discussion on integrality in health goes beyond patient care, encompassing family and community care, with a focus on the multiprofessional and interdisciplinary team. It is important to note that the need for a health-disease process is not only about bringing different professions together to provide care, but also about promoting integrality care through interdisciplinary approaches in the territory. The results found can (and should) be applied in the practical implementation of PHC, as the improvement of access to services through the actions of multiprofessional residency strongly contributes to community adherence to consultations in Basic Health Units and in the Health Care Network, as well as empowering patients in their own health-disease process. The scientific contribution presented in this study refers to the collaboration that multiprofessional residency promotes in the effective implementation of the principle of integrality proposed by the Unified Health System. Promoting health through interdisciplinary work is affirmed as an important strategy to propose a shift from the biomedical model to the biopsychosocial model.

Keywords: Multiprofessional Residency; Primary Health Care; Integrality.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O modelo da pirâmide de risco da Kaiser permanente	34
Figura 2 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde	35
Figura 3 - Fluxograma de identificação, seleção e inclusão de artigos na revisão integrativa	55

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 – Estratégia de busca utilizada em cada base de dados/biblioteca virtual	52
Quadro 2 – Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCS HEALTH	Arquivos Brasileiros de Ciências Da Saúde
ABNT	Associação Brasileira de Normas e Técnicas
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADS	Área Descentralizada de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial: Álcool e Drogas
CAPS GERAL	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNRMS	Conselho Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EFSFVS	Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia
EMULTI	Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP/CE	Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família – Atenção Básica
NLM – PUBMED	National Library of Medicine
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso Fixo e Variável da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente

PNH	Política Nacional de Humanização
PPP	Projeto Político Pedagógico
PPP ESP/CE	Projeto Político Pedagógico da Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RIS	Residência Integrada em Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCR	Trabalho de Conclusão da Residência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFMT	Universidade Federal do Mato Grosso
UVA	Universidade Vale do Acaraú

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	JUSTIFICATIVA	25
3	OBJETIVOS	27
3.1	Objetivo Geral	27
3.2	Objetivos Específicos	27
4	REFERENCIAL TEÓRICO	28
4.1	Atenção Básica à Saúde	28
4.2	Redes de Atenção à Saúde	33
4.3	Integralidade	37
4.4	Residência Multiprofissional	39
4.5	Gestão do Cuidado	46
5	DELINEAMENTO METODOLÓGICO	50
5.1	Tipo de Estudo	50
5.2	Critérios de Elegibilidade	53
5.3	Análise dos Dados	54
5.4	Aspectos Éticos e Legais	56
6	RESULTADOS	57
7	DISCUSSÃO	64
7.1	Residência Multiprofissional	64
7.2	Integralidade	70
7.3	Atenção Básica à Saúde (ABS)	77
7.4	Ações Inovadoras para a integralidade do cuidado na ABS através da residência multiprofissional	82
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
9	REFERÊNCIAS	92

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198 refere que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, com atuação em todo território nacional, compondo-se através de um conjunto de práticas e condutas sob gestão pública. Com isso, em seu processo de construção, esse sistema se re(organiza) através de várias normativas, de maneira que elas vão formando os pilares que sustentam o modo de fazer saúde no país (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Conforme Mendes (2018), a regionalização orienta a descentralização das ações e serviços de saúde que dizem respeito ao atendimento entre o usuário e o profissional específico daquela área, perpassando a tríade da universalidade, integralidade e equidade. O caráter universal do Sistema Único de Saúde (SUS) aparece então como um princípio que norteia as ações em saúde, trazendo aos atores envolvidos a importância necessária para a sua concretização, seja em seu caráter universal com abrangência a todos independente de cor, credo ou classe social; seja oferecendo a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação para diversos agravos à saúde assentados na tripla carga de doenças da atualidade¹.

Enquanto princípio norteador do SUS, a universalidade busca promover o acesso igualitário aos serviços e ações no âmbito da saúde; a equidade proporciona a concretização da justiça e, por fim, a integralidade almeja ações intersetoriais e uma nova governança na administração de políticas públicas (BRASIL, 1988).

Historicamente, a Atenção Básica à Saúde (ABS) é uma forma de organização do atendimento à saúde que visa atender a população de forma regionalizada, contínua e sistematizada, visando integrar as ações de caráter preventivo e curativo, funcionando como

¹ As condições de saúde são divididas em agudas e crônicas, sendo definidas a partir da etiopatogenia, no entanto, essa divisão não é suficiente para dar conta do aparato necessário frente ao sistema de organização da saúde, observada na mudança de perfil da situação de saúde no Brasil. Dessa forma, a partir da identificação da presença concomitante das doenças infecciosas e carenciais, das causas externas e das doenças crônicas foi que se definiu esse perfil intitulado de “tripla carga de doenças” (MENDES, 2018).

uma das “portas de entrada” dos usuários, atuando na promoção e prevenção da saúde, solucionando os possíveis agravos que possam surgir e direcionando seus usuários para os diversos níveis de atendimento especializado (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2017).

Para Starfield (2002), Atenção Primária à Saúde (APS) é uma abordagem que determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, tendo como atributos essenciais: o acesso do primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção. Sendo a integralidade, segundo Paim (2004), defundamental importância na ABS – independente do modelo de atenção, pois é uma série de serviços que buscam atender as necessidades mais comuns da população adscrita, incluindo a responsabilização por outros pontos de atenção à saúde bem como o acolhimento das demandas locais, ofertando e garantindo um leque de serviços que perpassam o âmbito preventivo e curativo.

No Brasil, a conceituação de Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica à Saúde (ABS) são vistas como expressões semelhantes, sendo assim, esses dois termos serão utilizados nesse estudo como sinônimos. Oliveira e Pereira (2013) vão dizer que a APS apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, a qual representa o primeiro nível de atenção, sendo assim, também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (2017) conceitua a ABS como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde; desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Tanto a APS quanto a ABS possuem aspectos que possibilitam a disponibilidade de cuidados que abrangem as configurações individuais e também coletivas, buscando uma atenção integral que exerça a autonomia das pessoas nas situações que tenham relação com a saúde (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2017).

A criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, que posteriormente tornou-se Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1998, constitui-se um importante passo para a busca do rompimento com o paradigma biomédico na atenção à saúde, sendo fundamental para a construção da prática voltada para a centralidade no indivíduo. Assim, para Viegas e Penna (2013) *“a abordagem integral dos indivíduos/famílias na ESF é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares”*, que através do fazer profissional de cada um, promovem intervenções nos fatores que se apresentam nos diversos aspectos do processo saúde-doença da população.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), criadas em 2010, trazem à política de saúde uma nova forma de trabalhar frente as possíveis fragmentações existentes no sistema e indicam a centralidade da Atenção Primária à Saúde na rede. Trabalhar a promoção da saúde e a prevenção das doenças é pré-requisito para se alcançar a excelência, por isso a necessidade de fortalecimento desses processos. Sendo assim, é de suma importância ressaltar que:

As evidências apontam que a implantação das redes de atenção à saúde produzem resultados positivos, tais como: redução da fragmentação da atenção; melhora da eficiência global do sistema; a não multiplicação de infraestrutura e serviços; resposta melhor às necessidades e às expectativas das pessoas; melhora do custo efetividade dos serviços de saúde; redução das hospitalizações desnecessárias; diminuição da utilização excessiva de serviços e exames; diminuição do tempo de permanência hospitalar; produção de economias de escala e de escopo; aumento da produtividade do sistema; melhora da qualidade da atenção; produção de uma oferta balanceada de atenção geral e especializada; facilitação da utilização dos diferentes níveis de atenção pelas pessoas; aumento da satisfação dos usuários e do autocuidado (Nakata *et al.*, 2020, p. 2)

Visando o avanço da regionalização, em 2011, são criadas as regiões de saúde como forma de organizar territorialmente o espaço geográfico formado pela junção dos municípios limítrofes, objetivando integrar a organização, planejamento e execução de ações e serviços relacionados à saúde. Conforme explicita o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, no seu artigo segundo, inciso I:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011, p. 1).

Com isso, percebe-se o objetivo da política de saúde em dividir as regiões em pólos de saúde, tendo como referência os municípios que fazem limite uns com os outros e assim, fazer com que a regionalização saia da teoria e possa chegar na prática e contemplar a população no processo de atenção e cuidado com relação à saúde.

Um aspecto fundamental a respeito dos esforços para a consolidação do SUS é sobre a formação dos recursos humanos para a saúde. Nesse sentido, o Programa de Residência Multiprofissional, criado em 2005, através da lei de nº 11.129, foi definido como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltado para a educação em serviço, abrangendo a área das profissões em saúde (exceto medicina) em um primeiro momento (BRASIL, 2005a).

Dessa forma, através da busca por formar profissionais comprometidos com a defesa dos princípios basilares do SUS é que surge a equipe multiprofissional da residência, que tem como centralidade a integralidade das ações e o trabalho interdisciplinar, sendo assim uma potente contribuição, proporcionando a vivência intensiva nos serviços através de um eixo integrador entre as diversas áreas profissionais, sendo capaz de articular e promover a reflexão sobre a execução da política de saúde.

A construção de práticas de saúde ampliadas e compartilhadas que sejam potencializadas pela qualidade dos profissionais, de modo a analisar o impacto de sua prática, de intervir e refletir sobre o que está acontecendo na relação entre os técnicos da equipe e entre a equipe e os usuários, são de fundamental importância para a melhoria do SUS e a forma como a residência multiprofissional estrutura-se é um ambiente propício para isso.

A residência multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade ofertada pela Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues (ESP/CE), divide-se em atividades que dizem respeito a uma carga horária mínima de 5.760 horas (no total), sendo dividida entre 80% em atividades práticas, tais como: imersão em serviço, vivência no território, plantões, estágio eletivo e percurso de rede.

O estágio eletivo, segundo o Regimento da Residência Integrada em Saúde/RIS-ESP/CE (2013), no artigo 45, alínea “c” diz que: “São denominadas assim as vivências

externas do cenário de prática caracterizando a imersão completa em um outro cenário de prática, seja ele em território nacional ou internacional.” Com isso, o profissional residente tem a oportunidade de complementar a formação através de experiências externas ao seu serviço de origem, seguindo legislação própria conforme o regimento citado, tendo duração máxima de trinta dias, podendo ser de forma corrida ou em duas etapas de quinze dias.

O currículo da residência multiprofissional em saúde da ESP/CE ao contemplar as atividades práticas vivenciadas nos cenários, compreende também atividades nas demais redes assistenciais e intersetoriais referentes ao SUS e outras políticas que dialogam com o sistema, dentro do próprio município aonde é feita a residência. Segundo o tutorial de percurso de rede da ESP/CE (2023), o mesmo objetiva fortalecer a atuação em rede e a atenção integral dos indivíduos, famílias e comunidades através de ciclos que tem a duração de dois meses. Os residentes tem a oportunidade de percorrer (durante dois turnos, no máximo) esses serviços através do reconhecimento, atuação e contribuição com a organização e resolubilidade do mesmo.

Dessa forma, tomamos como exemplo o Programa Saúde da Família e Comunidade, que perpassa três ciclos de dois meses cada, nos seguintes cenários: no primeiro ciclo – Rede de Atenção Psicossocial (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Geral e Centro de Atenção Psicossocial: Álcool e Drogas - CAPS AD); no segundo ciclo – Rede de Atenção Especializada e Intersetorial (Centros de Especialidades Médicas, Centros de Referência, entre outros) e no terceiro ciclo – Gestão e Regulação (Secretaria Municipal de Saúde, Central de Regulação de Consultas, por exemplo); somado a isso, tem-se o ciclo transversal que acontece uma vez por mês com plantões na rede hospitalar e de urgência e emergência.

Os outros 20% de atividades teóricas, acontecem através dos módulos de ensino-aprendizagem, rodas tutoriais, estudo individual e a construção do Trabalho de Conclusão da Residência (TCR); e ainda, as atividades teórico- práticas, que são os espaços dialógicos e de problematização “do e no” território e serviço de atuação, aonde são discutidas as questões relativas ao processo de trabalho do serviço e da equipe de trabalho, que são as rodas de campo, núcleo e de equipe (BRASIL, 2006).

Merhy e Franco (2003) definem essas atividades como um espaço potente entre os vários sujeitos implicados nesse processo (profissionais e usuários). Portanto, é onde se dá o cuidado em saúde e, somente nele, consegue-se operar de forma satisfatória, alcançando assim a conexão com a integralidade.

O Projeto Político Pedagógico – PPP ESP/CE (2012) da residência multiprofissional também é um poderoso documento que norteia essa discussão, pois pressupõe os pilares para a construção de uma gestão de excelência. Olhar para ele é vislumbrar aonde se quer chegar enquanto formação profissional na residência, pautando-se em sua missão, princípios e valores é que se concebe as diretrizes pedagógicas e os métodos de ensino pertinentes à corroboração de profissionais críticos.

O princípio da integralidade traz em si uma atribuição importante, pois a combinação de saúde (individual e coletiva) vem demonstrar que o direito não se limita apenas a serviços essenciais, mas também ao necessário para uma assistência que contemple o cuidado e a dignidade. Todavia, não existe uma garantia de que a residência multiprofissional cumpra efetivamente esse papel, sobretudo porque sua efetivação acontece num contexto de desmonte, sucateamento e privatização dos serviços públicos de saúde. Silva (2018) discorre que o cumprimento dos princípios elencados na Constituição Federal de 1988 tornam-se um desafio para quem está atuando no SUS.

Mesmo antes de ser eleito presidente, Jair Bolsonaro (2019-2022) manifestava a defesa de um projeto privatista para o SUS. No documento do programa de governo não havia nenhuma menção em propor a garantia de um financiamento maior para a saúde. O orçamento destinado a esse setor já estava bastante comprometido devido ao teto de gastos aprovado ainda na gestão de Michel Temer (2016-2019), após o golpe contra a ex-presidenta Dilma Housseff. O investimento na saúde era de 15,77% e caiu para 13,54% em 2019 e o texto ainda previa o congelamento dos gastos sem nenhum reajuste acima da inflação durante os próximos vinte anos (EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95/2016).

Vale salientar que em novembro de 2019 foi lançado o Programa Previne Brasil, criando um novo modelo de financiamento da ABS e ao entrar em vigor em 2020, quando o Piso Fixo e Variável da Atenção Básica (PAB) foi substituído, promoveu uma realocação desses recursos. Dessa forma, o financiamento passou a ser baseado em registros

populacionais, avaliações de desempenho das equipes e adesão a programas específicos, estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MOROSINI, FONSECA & BAPTISTA, 2020).

Essa forma de financiamento fragilizou ainda mais os princípios da universalidade e integralidade, reforçando a compreensão reducionista de trabalho em equipe, pois prioriza algumas profissões (medicina, enfermagem e odontologia) em detrimento de outras que compõem o NASF-AB, no qual esse último, também teve seu financiamento extinto.

Nesse cenário político, quando o país atravessou de maneira autoritária e sombria tantas mudanças, os Programas de Residência também tiveram cortes significativos, afetando a oferta de vagas e a aplicabilidade de alguns serviços.

Importante pontuar que em vinte anos a vida da população modifica-se e as necessidades sanitárias também, fato esse comprovado com a pandemia de COVID-19, quando o governo precisou ampliar o orçamento da área da saúde a partir do decreto de calamidade pública, permitindo romper a barreira do teto de gastos.

Ainda assim, houve demora na aplicação desses recursos. Em 2020, o Brasil trazia um número alto de contaminação e mortes, aonde permaneceu por quatro meses apresentando mais de seis mil óbitos por semana devido ao coronavírus. Chega-se em 2021 com um orçamento apertado e com valores semelhantes aos de antes da pandemia. A contaminação saiu de controle e o Brasil registrava mais de vinte mil mortes por semana e, com isso, o sistema colapsou, ocasionando a falta de remédios, respiradores, oxigênio e equipamentos de proteção para as equipes de saúde (DATASUS, 2022).

Esse aperto orçamentário já havia deixado a ABS com recursos insuficientes para o atendimento às demandas, com a pandemia o problema apenas agravou-se. Dessa forma, a gestão de Bolsonaro deixou o Brasil como um dos países que mais tiveram casos e mortes por COVID-19.

A ABS é referência mundial por trabalhar em território próximo às famílias; por ter profissionais de referência para a população adscrita; por garantir a promoção, prevenção, reabilitação, cuidado paliativo na comunidade; ser modelo internacional no programa de imunização; ofertar uma saúde integral, universal e equânime, mas que ainda assim não foram suficientes para operar diante de uma má gerência e negacionismo mediante os

fatos, apresentando resultados fatais.

Uma crise não somente social, mas também sanitária cresceu frente ao sucateamento das políticas públicas, tornando ainda maiores os desafios vivenciados pelo SUS e pelas equipes que atuam no âmbito da ABS. Somando-se à situação nacional, a prevalência internacional da opção pelo modelo de resposta com ênfase na intervenção individual e hospitalar em detrimento do fortalecimento de uma rede de enfrentamento, vem sendo apontada como catastrófica por vários estudos (BASILE, 2020; MEDINA *et al.*, 2020; GIOVANELLA *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2020).

Cecílio (2011) afirma que a gestão do cuidado é peça fundamental no atendimento ao que diz respeito às questões de saúde da população, tendo em vista as nuances que perpassam o significado da palavra em si, mas também vão além da relação usuário e profissional, pois contempla aspectos do eixo individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmico e societário, conforme ver-se-á no trabalho por ora apresentado.

Dessa forma, a integralidade apresenta-se como a proposição da ampliação e desenvolvimento do cuidar nas profissões de saúde, não se definindo apenas enquanto um princípio norteador do SUS. Ela é percebida através do conjunto de noções que dizem respeito a uma assistência ampliada, sendo articulada através das ações profissionais, por meio de uma visão global do ser humano que possui sentimentos, desejos e que também raciocina sobre seu bem-estar.

A integralidade atua num conjunto articulado das ações e serviços de saúde, tanto na prevenção quanto na cura, nos atendimentos individuais e coletivos, de acordo com a complexidade do sistema.

Com isso, a residência multiprofissional torna-se essencial para que o SUS seja fortalecido, promovendo educação em serviço e favorecendo a inserção mais qualificada de profissionais com experiência no trabalho multiprofissional que a integralidade pressupõe. A partir do momento em que o paciente pode ser visto em sua totalidade (aspectos biopsicossociais) e não apenas na sua queixa física, a integralidade e a residência multiprofissional vão ganhando projeção e espaço frente ao modelo biomédico pré-estabelecido na sociedade.

A integralidade, a residência multiprofissional e a ABS foram as categorias de análise desse estudo, uma vez que ocorreram discussões sobre o tema de maneira efetiva, contribuindo para que sejam ampliados e aprofundados os debates, dando a oportunidade de conhecimento acerca dos princípios do SUS, em especial a integralidade. O contexto da atuação multiprofissional foi perpassado pelo fazer que a residência proporciona, indo de encontro ao modelo biomédico pautado no cartesianismo na qual a comunidade está acostumada a vivenciar.

O Serviço Social é reconhecido enquanto profissão da área da saúde², tendo em vista que ele está inserido nos mais diversos processos (individuais e coletivos) advindos do binômio saúde-doença. A sua contribuição para trazer respostas advindas da esfera das necessidades humanas ultrapassam os sintomas físicos, passando assim pelo modo de vida que diz respeito ao trabalho, saneamento básico, acesso à educação, entre outros.

A equidade e a justiça social que atravessa a universalidade de acesso aos serviços de saúde a partir de seus programas e políticas sociais é um princípio do Serviço Social (CÓDIGO DE ÉTICA DO SERVIÇO SOCIAL, 1993). Os empecilhos são encontrados diante da cultura difundida na sociedade de que apenas a figura do médico seja capaz de solucionar os casos de doença que acometem a população, o modelo biopsicossocial vem mostrar que um atendimento multiprofissional é necessário para que se alcance a saúde do sujeito de forma integral.

O atual trabalho traz em si as considerações pertinentes ao contexto da residência, dessa forma, pode-se identificar as nuances que perpassam a Atenção Básica, a forma de efetivação da integralidade proposta pelo SUS e a importância que a residência multiprofissional exerce nesse contexto. Através de uma revisão integrativa, buscou-se sintetizar e analisar o conhecimento científico já elaborado sobre a temática por ora apresentada.

² A resolução nº 218/1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), regulamenta as profissões de saúde e, dentre elas, está o Serviço Social.

2 JUSTIFICATIVA

A linha de pesquisa do mestrado em Saúde da Família, ofertado pela Universidade Federal do Ceará (UFC), somado ao trabalho da pesquisadora enquanto preceptora de campo (supervisão direta do grupo de residentes em Saúde da Família) e de núcleo (supervisão direta do residente de acordo com o núcleo profissional, neste caso, Serviço Social) da residência multiprofissional, formam a motivação inicial para que a pesquisa fosse difundida e assim, afinada para o nicho escolhido.

A residência multiprofissional ofertada pela ESP-CE tem como aspecto fundamental a busca por esforços para a consolidação do SUS a partir da formação dos recursos humanos para a saúde. Nesse sentido, o Programa de Residência Multiprofissional foi criado em 2005, através da lei de nº 11.129, foi definido como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltado para a educação em serviço, abrangendo a área das profissões em saúde (exceto medicina) em um primeiro momento (BRASIL, 2005).

A Residência Integrada em Saúde da ESP/CE, atualmente denominada Residência Multiprofissional (RESMULTI/CE), oferta educação em serviço, qualificando para o exercício profissional das categorias que integram a área de saúde, como Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Medicina Veterinária, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

O objetivo da RESMULTI ESP/CE é ativar e capacitar lideranças técnicas, científicas e políticas por meio da interiorização da Educação Permanente Interprofissional, na perspectiva de contribuir para a consolidação da carreira na saúde pública e para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Por conseguinte, a pós-graduação promovida pela Escola de Saúde Pública do Ceará em parceria com o Hospital Sírio Libanês (na qual a pesquisadora também está cursando), cuja temática é a educação na saúde para preceptores no SUS, reforçou a busca pela temática ora abordada.

As observações realizadas durante o processo de supervisão do grupo de profissionais residentes, as aulas da especialização em preceptoria, bem como as discussões que permearam as disciplinas do mestrado, trouxeram à tona a possibilidade

de produzir considerações pertinentes sobre a importância da integralidade e do fazer residência na saúde da família através da ABS.

A residência multiprofissional com ênfase em Saúde da Família não garante por si só que o princípio da integralidade seja efetivado, pois mesmo sendo uma equipe com espaço propício para o seu exercício, muitas vezes o serviço não é reconhecido como coordenador do cuidado, sendo assim, negligenciada a importância da ABS, trazendo confusão entre os níveis de atenção e conseqüentemente gerando falhas no processo de regulação, ocasionando assim problemas na operacionalização das RAS.

A oferta de um atendimento adequado e de qualidade faz-se necessário pelo fato de que a atenção básica não é somente uma das portas de entrada para a efetivação do direito à saúde, mas também é o local aonde acontece a promoção e prevenção dela, muitas vezes evitando que aconteça um dano maior ao usuário e sua família e, também, evitando a sobrecarga nos equipamentos de saúde e o desperdício de recursos.

A relevância dessa pesquisa dar-se-á através da discussão sobre a importância da contribuição da residência multiprofissional com a efetivação da integralidade na ABS. Dessa forma, abordar a integralidade da saúde na ABS alinhada à residência multiprofissional, torna-se uma reflexão de suma importância para a comunidade acadêmica e a sociedade, pois através dela é que se poderá avaliar e propor mudanças na efetivação do que está consolidado não somente na Constituição Federal de 1988, mas também na Lei Orgânica da Saúde de 1990 e suas suplementações, garantindo à população a efetivação dos princípios do SUS, através do cuidado integral.

Com isso, surge a questão norteadora: **Qual a importância da residência multiprofissional na efetivação da integralidade na Atenção Básica à Saúde?**

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender a importância da residência multiprofissional para a efetivação da integralidade na Atenção Básica à Saúde.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar a relação entre integralidade e o fazer da residência multiprofissional na Atenção Básica;
- Entender a proposta de formação e atuação da residência multiprofissional em seu aspecto teórico;
- Mostrar ações inovadoras que ilustram a integralidade do cuidado na ABS através da residência multiprofissional.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Atenção Básica à Saúde

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) define os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como sinônimos um do outro, dessa maneira, associa ambos aos princípios e diretrizes definidas nessa política. Utilizaremos de agora em diante, o termo Atenção Básica à Saúde (ABS).

Dito isso, a PNAB discorre que:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (PNAB, 2017, p. 2).

A ESF consolida-se em 2006 como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS, apresentando assim a PNAB, que por sua vez, teve mais duas atualizações após sua criação, sendo a primeira em 2012 e a mais recente, em 2017.

As políticas públicas e sociais acompanham as mudanças societárias, sendo assim, reflexo do que acontece no país. Com o SUS não é diferente, os programas, projetos e ações criados, são resultados que tem como referência essas demandas. Com isso:

(...) é notório a ampliação das prioridades da PNAB ao longo dos anos. Considerando as mudanças sociais e políticas que afetaram o país, a política teve que se adaptar de forma a melhor corresponder com as necessidades e expectativas da população. Em sua primeira publicação, considerar o usuário como aspecto prioritário na integralidade do cuidado foi essencial para a instauração efetiva da Atenção Básica. Em seguida em 2012, capilarizar e descentralizar o funcionamento da Atenção Básica permitiu expandir o acesso da população aos serviços de saúde. Todo o caminho percorrido pela PNAB, permitiu que em 2017, a ESF pudesse coordenar a Atenção Básica e ampliar o escopo de suas ações (MOURA, 2020, p. 60).

Dessa forma, segundo a PNAB (2017), a ABS encontra-se no eixo central para promoção, prevenção e proteção à saúde da população inserida em determinado território, funcionando como porta de entrada para elas. Através dos princípios do SUS, na tríade universalidade-equidade-integralidade, busca-se a efetivação do acesso universal que é preconizado pela Constituição Federal de 1988.

As atividades da ABS são realizadas pela equipe multiprofissional, que por suavez, busca superar o isolamento das práticas distintas. O modelo biomédico, pautado apenas na visão biológica e mecanicista passa a dar lugar ao modelo holístico, no qual busca compreender o sujeito em sua totalidade e globalidade.

O Serviço Social enquanto profissão da área da saúde, busca a garantia de direitos no combate às desigualdades sociais, a partir do momento em que se observa aquele paciente não apenas em sua queixa apontada dentro do consultório médico, e sim a partir do ambiente no qual está inserido; no seu acesso às políticas de educação, saúde; nas suas condições de vida (saneamento básico, moradia, trabalho, lazer), é que se pode verdadeiramente produzir saúde.

A partir do momento em que o processo de saúde-doença incorpora os determinantes sociais como parte da sua construção, a produção de saúde passa então a focar em outras áreas que tem relação não somente com o estado físico, mas com o mental e o social, como bem definiu a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1978).

A saúde é então fruto não apenas da condição genética do indivíduo, mas também das interferências diretas que ocorrem no meio em que vivem, seja através dos aspectos culturais, étnicos/raciais, econômicos, comportamentais, psicológicos ou sociais, absolutamente tudo, influenciará no processo de saúde-doença³.

Atuando como uma das portas de entrada, Starfield (2002) refere que a APS deve buscar ofertar um serviço de maneira que foque não apenas na enfermidade, mas sim na atenção para todas as condições do indivíduo. Devendo ser a responsável por formar a base

³ Para aprofundar a discussão sobre os condicionantes e determinantes da saúde, consultar a Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e seu funcionamento.

e assim determinar o trabalho de todos os outros níveis de atenção, tendo em vista que ela por si só não é o bastante para resolver as multifaces evidenciadas pelo atendimento no serviço de saúde. É ela quem vai abordar os problemas mais comuns na comunidade, buscando a prevenção, cura e reabilitação.

Starfield (2002) diz ainda que, a atenção primária é um nível de atenção à saúde que detém informações sobre todas as novas necessidades e problemas, pois fornece cuidados individuais (não específicos somente da doença) ao longo do tempo, atentando-se a todas as circunstâncias, exceto em circunstâncias incomuns ou raras e, ainda coordenando ou integrando os tratamentos e acompanhamentos prestados em outro lugar ou por outros. Assim, define-se como um conjunto de funções que, em grupo, destinam-se a efetivar a atenção primária à saúde. Ela funciona como uma abordagem que forma o alicerce e determina o trabalho de todos os outros níveis de atenção

Ou seja, a ABS acompanha o paciente desde a prevenção, passando pela promoção com a manutenção e melhoria da saúde. Se for necessário encaminhá-lo para alguma especialidade, essa referência parte da ABS e, depois de sua alta, é ela também quem vai seguir com o cuidado em saúde, seja ele na reabilitação, redução de danos ou cuidados paliativos.

Dessa forma, a política de saúde vai ganhando força, e:

Elegeu-se, na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a saúde da família como a estratégia prioritária para a expansão e a consolidação da atenção básica e definiram-se, como princípios, a universalidade, a equidade e a integralidade e, como diretrizes, a regionalização e a hierarquização, a territorialização, a população adscrita, o cuidado centrado na pessoa, a resolutividade, a longitudinalidade do cuidado, a ordenação da rede e a participação da comunidade (MENEZES *et al.*, 2019, p. 1.053).

A definição abordada na PNAB (2017), traz como princípio a universalidade, possibilitando o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, independente de cor, credo ou classe social; a equidade, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e de saúde das pessoas, sendo justo em deprender uma demanda maior a quem precisa de mais; e a integralidade, que é a execução do conjunto dos serviços pela equipe de saúde que atendam à necessidade da população, de acordo com o nível de complexidade.

Por conseguinte, a PNAB (2017) apresenta as diretrizes nas quais ela pauta-se, a saber:

- Regionalização e hierarquização, sendo as regiões de saúde um recorte espacial para melhor planejar, organizar, gerir as redes de serviços e a hierarquização como uma organização de um fluxo das referências estabelecidas nas RAS;
- Territorialização, vista como a descentralização de ações intersetoriais tendo como foco um território específico;
- População adscrita, que seria a população que faz parte dessa territorialização junto à Unidade Básica de Saúde (UBS);
- Cuidado centrado na pessoa, de forma singularizada, pautada na sua própria saúde e na sua rede de apoio;
- Resolutividade, através da clínica ampliada, buscando resolver os problemas de saúde de forma efetiva e explorando a autonomia da população;
- Longitudinalidade do cuidado, através da construção do vínculo, pautando-se na continuidade do cuidado ao longo do tempo, de forma permanente e consistente;
- Coordenar o cuidado, atuando como o centro da comunicação entre os diversos pontos das RAS;
- Ordenar as redes, a partir das necessidades da população, com planejamento e programação das ações;
- Participação da comunidade, empoderando as pessoas através da orientação e o estímulo ao envolvimento nas ações de saúde na ABS.

Assim sendo, a ABS faz-se peça fundamental para que a saúde tenha seu caráter de universalidade, equidade e integralidade. Encontrando-se presente antes, durante e depois das ações que se dividem entre promoção, prevenção, reabilitação, vigilância sanitária, entre outras

Vale ressaltar que, mesmo a PNAB priorizando a atuação da ESF, algumas outras mudanças em sua última atualização, em 2017, merecem destaque nesse texto, pois elas colocam em risco a atuação de forma integral dessa política.

O primeiro destaque é a priorização dada à prática assistencial, que tem como centralidade o modelo biomédico, que foca no tratamento e reabilitação das doenças, concentrando/supervalorizando os atendimentos médicos. Várias instituições que tem relação direta com o SUS - como por exemplo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), tem tecido críticas quanto ao retrocesso que essa reforma representa.

O sujeito é resultado de seu contexto social, as suas atitudes, costumes, formas de cuidar e ser cuidado, trabalho, moradia, entre outras mais, tem reflexo direto no processo de saúde-doença. Dessa forma, a partir do momento em que a política de saúde prioriza o assistencialismo e trata apenas dos sintomas apresentados naquele dado momento, há um prejuízo com relação à qualidade dos serviços prestados à população, bem como o rompimento com os princípios dos SUS.

Outro destaque é para a unificação das profissões de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente Comunitário de Endemias (ACE), sendo agora Agentes em

Saúde, desvirtuando a prática do ACS e tornando de caráter não obrigatório a sua cobertura universal, sendo assim, recomendada apenas nas áreas que compõe as unidades de saúde e tidas como de risco, apresentando vulnerabilidades.

Por último, refere-se que:

A PNAB de 2006 destaca a importância da implantação e efetivação da AB, ressaltando a valorização dos profissionais de saúde através do incentivo e acompanhamento contínuo de sua formação e capacitação. Essa valorização dos profissionais permanece em destaque na PNAB de 2012, sendo subtraída na PNAB de 2017 (MOURA, 2020, p. 62).

Com isso, percebemos avanços e retrocessos desde a criação até implementação e permanência da PNAB como política do SUS. Dessa maneira, faz-se necessário conhecer para buscar a garantia do que está previsto em lei, desde a Constituição Federal de 1988

até os decretos, suplementações e arranjos propostos após ela. No próximo tópico, falar-se-á sobre as Redes de Atenção à Saúde.

4.2 Redes de Atenção à Saúde

A ABS é fundamental para o atendimento referente às demandas da comunidade, mas não a única responsável por isso. Identificar e encaminhar também faz parte do serviço, por isso a importância da integralidade (que será objeto de discussão no próximo tópico). Para além do atendimento pontual, faz-se necessário o atendimento continuado através da atenção ao cuidado, reabilitação ou cuidados paliativos. Exige-se que seja reconhecido a necessidade de cada paciente e que sejam disponibilizados os recursos diante da necessidade apresentada (PNAB 2017).

Conforme consta na PNAB (2017), a ABS será a principal porta de entrada e centro de comunicação das RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Sendo essa última definida como *“redes de organizações que prestam um contínuo de serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos a essa população”* (SHORTELL *et al.*, 1996).

Por isso a necessidade de realizar o serviço de forma adequada, sabendo que as situações que advém desse nível de atenção é bem maior do que em qualquer outro nível, sendo mais amplas e em maior quantidade. Conforme a figura abaixo mostra.

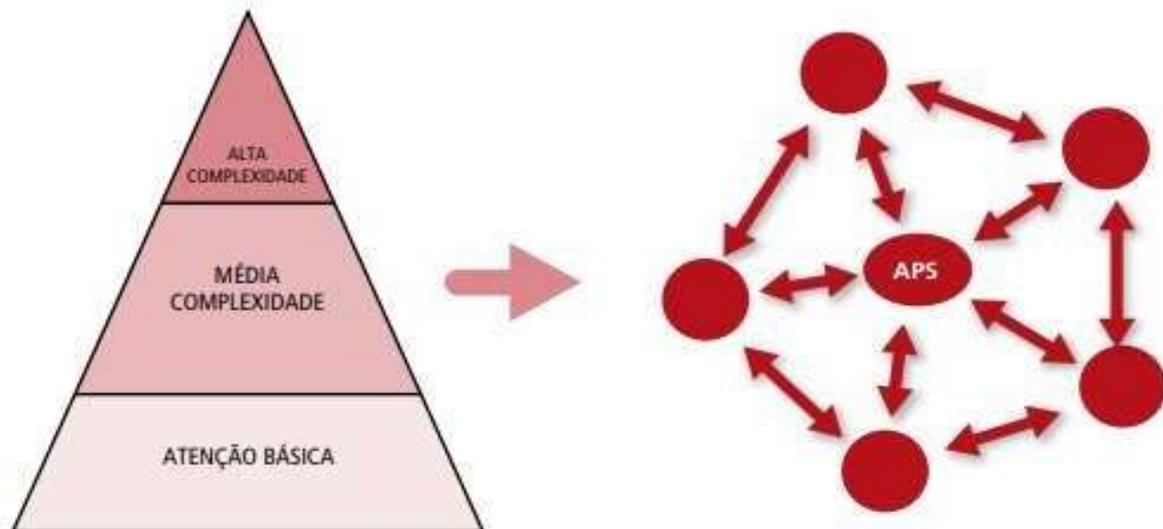
Figura 1: O modelo da pirâmide de risco da kaiser permanente. Fonte: Mendes (2011).



Os níveis de complexidade vão aumentando de forma inversamente proporcional, pois na ABS trata-se de forma geral e ampliada (nível 1), sendo encaminhado para a atenção secundária (nível 2) e terciária (nível 3) apenas aqueles pacientes em que há a necessidade de um cuidado especializado. A concepção normativa vigente do SUS é essa, porém vale ressaltar que a ABS não atua de forma hierárquica ou piramidal (assim como a figura 1 mostra), mas sim de maneira a servir de base para ordenação e efetivação da integralidade, através da articulação com a rede.

A forma de atuação se dá de forma poliárquica, conforme Mendes (2011) descreve. Ela é prestada em lugar e tempo certo, funcionando de acordo com a necessidade da população adscrita. Um exemplo que podemos dar é de um paciente que é acompanhado pela UBS, mas que precisa passar por uma cirurgia no membro inferior. Após o procedimento, ele precisará de fisioterapia e será acompanhado pela equipe multiprofissional da unidade, ou seja, seu atendimento perpassou as RAS e não necessariamente manteve-se de forma hierárquica, conforme mostra a figura abaixo.

Figura 2: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde. Fonte: Mendes (2011).



A partir dessa organização é que são estruturados os atendimentos, funcionando não como uma rede hierárquica, mas de forma horizontal, atuando de acordo com a necessidade de referência e contrarreferência de cada paciente. Mendes (2011) diz que os fluxos e contrafluxos do sistema são constituídos pela ABS e o que não pode ser resolvido nela, é então encaminhado para uma rede que possa dar continuidade ao atendimento.

A mudança radical da organização dos sistemas de atenção à saúde não se limita apenas a inverter a ordem hierárquica para a poliárquica, mas também realizar transformações profundas e revolucionar o fazer saúde em nosso país.

A ideia de constituir-se enquanto RAS de forma circular, é tirar do imaginário da população de que tudo é resolvido apenas no hospital, não necessariamente seajapreciso passar por ele, um atendimento ambulatorial na UBS pode resolver. Com isso,temos:

(...) define a organização na RAS, como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta

de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas de seu território (PNAB, 2017, p. 7).

Dessa forma, Mendes (2011) apresenta três elementos fundamentais que constituem as RAS, sendo o primeiro a sua principal razão de existir: a população. É ela quem vai ditar a necessidade sanitária e a sua forma de atuação, fazendo-se necessário conhecer a comunidade de maneira profunda, passando desde a territorialização, o cadastramento das famílias, o reconhecimento dos riscos sanitários envolvidos, as condições de saúde complexas até sua vinculação à ABS.

O segundo elemento, ainda segundo Mendes (2011), é a estrutura operacional, que diz respeito aos níveis de atenção secundário e o terciário; o sistema logístico (transporte, sistema de regulação, prontuário, entre outros) e toda a governança que faz parte dessa estrutura por hora apresentada e o principal deles, o centro de comunicação representado pela ABS.

Por fim o terceiro elemento: o modelo de atenção à saúde, sendo assim, definido como um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, expressando de forma única as relações entre populações e subpopulações classificadas de acordo com o risco às intervenções dos sistemas de saúde e os diferentes tipos de foco.

A totalidade das intervenções de saúde são definidas de acordo com as visões atuais de saúde, condições demográficas e epidemiológicas e os determinantes sociais de saúde predominantes na sociedade em um dado momento.

Destarte, o planejamento das ações deve ocorrer de forma integrada, a partir do reconhecimento da realidade de cada população e a influência que isso tem na saúde. A oferta das RAS deve soar de acordo com essa necessidade e demanda, pautando-se nas áreas de riscos e vulnerabilidades do território adscrito.

4.3 Integralidade

A busca pela promoção, manutenção e melhoria da saúde é constante. Diantedisso, a integralidade é o ponto fundamental para que os serviços possam resultar em melhor qualidade da saúde da população. Essa categoria está expressa nos princípios do SUS, complementando a tríade de universalidade e equidade (BRASIL, 1990).

Por sua vez, a integralidade é um termo bastante complexo e que aborda diversas definições. Mas antes de tudo, pode-se dizer que, segundo Oliveira *et al.* (2018): “...afirmar que, não sendo totalidade, integralidade é processo, não é produto; integralidade é meio, não é fim; integralidade é caminho, não é chegada.” Dessa forma, percebemos que por mais que o termo queira soar como um todo, uma completude, vale ressaltar que estamos falando de seres humanos dotados de singularidades e que possuem dinamicidade no seu dia a dia e o paciente referenciado pela ABS não segue uma linearidade, é uma construção materializada em processos individuais que categorizam saúde e doença.

Dito isso, pode-se definir que:

A integralidade propõe a ampliação e o desenvolvimento de cuidar nas profissões de saúde e não se define apenas como um *[princípio]* básico do SUS. Pode ser percebida como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência ampliada, com articulação das ações dos profissionais, em uma visão abrangente do ser humano dotado de sentimentos, desejo, aflições e racionalidades (VIEGAS E PENNA, 2013, p. 134, grifo nosso).

A integralidade, a universalidade e a equidade são os princípios basilares do SUS e a integralidade é peça fundamental no fortalecimento da ABS, sendo um princípio que traz as implicações de repensar aspectos importantes com relação a todas as atividades que perpassam o fluxo de trabalho, gestão, planejamento e geração de novos conhecimentos e práticas em saúde.

A população adscrita é plural e cada indivíduo tem necessidades que podem destoar uns dos outros, como por exemplo: paciente A procura a UBS por conta do problema com hipertensão; paciente B, por conta de vacinação; paciente C, quer fazer planejamento familiar e, partindo dessa lógica, deve-se pensar qual é a necessidade de cada sujeito.

A partir do reconhecimento dessas necessidades é que se pode intervir, seja numa consulta para prescrição de medicação para hipertensão arterial, quer seja no encaminhamento para cumprir quadro vacinal ou em um atendimento para escolha do melhor método contraceptivo para determinado casal.

A complexidade das ações exige esse olhar plural do profissional, da gestão em saúde e da população; considerando que a saúde vai para além da ausência de doença e que perpassa aspectos que dizem respeito a toda a vida do sujeito. Os determinantes sociais da saúde: moradia, renda e trabalho, qualidade de vida, acesso à educação e a rede de apoio são exemplos de condições que irão interferir na forma de ver e pensar saúde (PNAB, 2017).

Vejam o que diz o artigo 5º da PNAB (2017):

A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade (PNAB, 2017, p. 2).

Dessa forma, a integralidade e a ABS, caminham juntas, mediante as situações que aparecem no cotidiano da população. Abordar e ter uma prática que contemple o todo, no sentido de dirimir as necessidades individuais é um grande desafio hoje, pois exige um esforço maior na clínica. Os resultados evidenciados até agora, trazem aspectos positivos relacionados a essa forma de produzir saúde, tendo em vista que:

(...) os generalistas podem fornecer atenção com maior integralidade diretamente às crianças do que pediatras, que enfocam, de forma relativamente forte, a atenção preventiva e a atenção para doenças médicas. A confirmação adicional da crença de que existe uma maior integralidade na unidade da família deriva do achado de que tanto os médicos de família quanto os generalistas examinaram, relativamente, mais pessoas jovens por problemas ambientais e econômicos (STARFIELD, 2002, p. 348).

Portanto, a APS é o ambiente ideal para a execução da integralidade, tendo em vista que os atendimentos devem ultrapassar as barreiras da UBS e inserir o sujeito, a comunidade e a família como pontos centrais na execução do processo saúde-doença.

Conjuntamente, a APS, as RAS e a integralidade formam a rede necessária para o desenvolvimento de ações pautadas na singularidade e especificidade de cada usuário dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Mesmo tendo compreensão da importância da integralidade nos serviços, a atenção fragmentada ainda é muito presente no cotidiano profissional, tendo como parâmetros os atendimentos focados na doença. O SUS e seus princípios são relativamente recentes, levando-se em conta o contexto histórico – tanto político, social e econômico, sendo assim, necessário tempo (e muito trabalho) para que ele possa ser de fato efetivado.

4.4 Residência Multiprofissional

Ao referir-se à Residência Multiprofissional, a sua atuação está intrínseca à integralidade, pois o processo de cuidado em saúde perpassa o atendimento multiprofissional e suas dimensões, conforme está expresso na PNAB (2017), na qual ressalta-se que:

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente se produz através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há uma produção de uma acolhida ou não das intenções que as pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidade, nos quais há produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 2003, apud PINHEIRO; GUIZARDI, 2004, p. 38).

Se existe um conjunto de necessidades expressas e vivenciadas pelo usuário, existe um conjunto de práticas, habilidades e saberes que os profissionais de saúde precisam desenvolver para atendê-lo. Dessa forma, o uso do conhecimento específico de cada categoria profissional, as competências e atribuições privativas compõem esse atendimento qualificado. Será apresentado um pouco sobre a história da residência multiprofissional e a sua relação com a integralidade (um princípio do SUS).

A lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005 institui a residência em área profissional da saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja organização e funcionamento são compartilhados entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) (BRASIL, 2005b). A residência é definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e abrangendo as profissões da área da saúde, com exceção da medicina. Tais programas abrangem: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, conforme Resolução de nº 287/1998, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998b).

Pode-se elencar, historicamente, como os primeiros programas o de residência uniprofissional em Serviço Social no Hospital Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro (em 1993) e no Hospital Universitário, em Juiz de Fora - Minas Gerais (em 1997). No município de Sobral, no Ceará (em 1999) foi criado o programa de residência multiprofissional na atenção básica sob a responsabilidade do sistema municipal de saúde (DIERCKS *et al.*, 2010). Ambos foram fundamentais para a institucionalização das residências multiprofissionais no país, aonde as mesmas viriam a ser criadas a nível nacional, anos depois (SOUSA *et al.*, 2008).

Conforme afirma Barreto *et al.* (2000), em Sobral/Ce, a primeira turma criada surgiu a partir da necessidade de qualificar os profissionais para atuarem de acordo com a concepção de atenção à saúde proposta. Vivia-se um tempo de mudanças com relação ao modelo assistencialista e biologicista, dessa forma, era primordial disponibilizar processos educativos para os profissionais da ESF para atuarem em conformidade com a política de saúde.

Com isso, viu-se a importância também de um local que pudesse dar apoio a essa especialização e contribuir com o processo formativo, nesta ocasião surge então, a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), que atuou em articulação com várias instituições, dentre elas a Universidade Vale do Acaraú (UVA).

Houve assim a formação de turmas que inicialmente contemplavam médicos e enfermeiros e, posteriormente, uma gama de profissões. Contemplando dez categorias profissionais, a saber: Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Educação Física, Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Farmácia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Fisioterapia. Somente a partir da quinta turma foi que o Ministério da Saúde formou parceria com o município, sendo assim, o MS passou a atuar enquanto responsável pelas bolsas e a cidade de Sobral/Ce, com a parte técnica e pedagógica (PARENTE *et al.*, 2006).

Em 2003 foi instituída a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), vinculada ao Ministério da Saúde. A partir dela foi pensada e criada, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) (VASCONCELOS *et al.*, 2013), sendo apresentada então, como uma estratégia do SUS de manter atualizado e em constante formação o profissional inserido nos serviços de saúde, através da criação e implementação de polos pelo território nacional, que serviriam de apoio para a formação da saúde para o SUS (BRASIL, 2004).

A partir destas movimentações, em 2009, surge em Fortaleza/CE a primeira turma de residência multiprofissional e em 2013, tem-se a criação do programa da Residência Integrada em Saúde (RIS), contando como parceiros a Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues e o Ministério da Saúde. Conforme Arruda (2017) complementa dizendo que, o objetivo era promover a interiorização do programa, formando parcerias com os municípios do estado.

A missão institucional da ESP/CE, segundo seu PPP (2012) consiste em “*Promover a formação e educação permanente, pesquisa, extensão, inovação e produção tecnológica na área da saúde, a partir das necessidades sociais e do SUS, integrando ensino-serviço-comunidade(...)*”. Através do Projeto Político Pedagógico são que as condições para que os desafios sejam identificados (e por sua vez superados) são concretizados, sendo contemplados mediante a sua função de nortear as ações que acontecem na residência.

Ele aborda ainda os pressupostos das diretrizes pedagógicas, que dividem-se em cinco eixos, a saber: educação permanente em saúde, aprendizagem pelo trabalho em ato, produção da saúde em defesa da vida, promoção da saúde e, por último, educação popular em saúde (PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO ESP/CE, 2012).

Segundo o Manual do Profissional Residente (2020) da Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues, as atividades acontecem através da carga horária semanal de sessenta horas, dividindo-se em: 60% de atividades práticas, que proporcionam a imersão em serviço, a partir da vivência na rede; 20% de atividades teórico-práticas, que acontecem através dos espaços dialógicos e de problematização no grupo de estudo uniprofissional e interprofissional que são as rodas de campo e de núcleo.

Por fim, 20% de atividades teórico-conceituais, que são os módulos de ensino-aprendizagem e o TCR. Este último, caracteriza-se por uma produção científica (também individual), seguindo as formatações de artigo conforme a Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT) e que é requisito para a conclusão do programa de residência. A residência tem duração mínima de dois anos.

As atividades práticas caracterizam-se pela 'vivência de ser o profissional responsável pelo território' (assistência/plantões, sessões educativas, grupos terapêuticos, grupos de educação permanente em saúde, vivências de rede e percurso formativo).

Essas atividades práticas propiciam a imersão em serviço partindo do pressuposto da vivência no território. Os plantões e as experiências vividas na rede que compõe a atenção à saúde formam os cenários de aprendizagem pelo trabalho dos profissionais de saúde residentes (MANUAL DO PROFISSIONAL RESIDENTE, 2020).

Em conformidade com o que está proposto no Projeto Político Pedagógico da ESP/CE (2012), o profissional de saúde residente atua na perspectiva da integralidade da atenção. As atividades práticas dos plantões, a vivência no território e o percurso de rede oportunizam a efetivação desse princípio especificado no SUS.

Já as atividades teórico-conceituais caracterizam-se por serem os espaços em que os referenciais conceituais são apreciados e debatidos (módulo integrado e transversal, módulos específicos, estudo individual, Trabalho de Conclusão da Residência, eventos científicos e cursos).

Os módulos de ensino-aprendizagem dizem respeito a abordagem dos referenciais teóricos, que são facilitados por meio de especialistas e docentes da área. Segundo o Manual do Profissional Residente (2020), o plano pedagógico prevê a realização de

atividades cumpridas conforme calendário acadêmico preestabelecido pela ESP/CE.

As rodas tutoriais acontecem dentro dos módulos citados no parágrafo anterior, sendo um momento de interação com o tutor de cada ênfase. Já o estudo individual acontece nas leituras de textos, produção de relatórios e trabalhos científicos para apresentação em seminários, congressos, simpósios e afins.

As atividades teórico-práticas caracterizam-se por serem espaços dialógicos e de problematização 'do' e 'no' território, em que são discutidas as questões relativas ao processo de trabalho e da residência (roda de núcleo, roda de campo, roda de equipe, roda de gestão, estudo de caso e eventos políticos).

A roda de núcleo é o momento em que o núcleo profissional e o residente encontram-se. É o espaço que dialoga com a dimensão de cada categoria de forma uniprofissional, através da discussão de temas e a conjuntura local referentes ao cenário de prática e a sua profissão propriamente dita (MANUAL DO PROFISSIONAL RESIDENTE, 2020).

Esse momento é facilitado pela figura do preceptor de núcleo, mas o protagonismo é do residente. No manual são abordados os assuntos dos módulos de ensino-aprendizagem, estudo, discussão e pactuação de temas relevantes e de interesse comum à residência multiprofissional; além de planejamento, monitoramento e avaliação dos processos de trabalho, ambos como atividades inerentes a essa roda.

Além da roda de núcleo, tem-se a roda de campo. Ela funciona como um grupo de estudo interprofissional. Facilitada pelo preceptor de campo, conforme o Manual do Profissional Residente (2020), o intuito dela é a ampliação da discussão que atravessa o eixo interprofissional pautado nos módulos de ensino-aprendizagem.

A roda de campo fomenta o aprofundamento do debate acerca do conhecimento do campo e do núcleo profissional. O estudo, a negociação e a discussão sobre temas de interesse para toda a equipe de profissionais residentes formam a estratégia pedagógica dessa roda, sempre estimulando o protagonismo dos residentes.

Dessa forma, objetiva-se formar lideranças técnicas, científicas e políticas por meio da educação permanente interprofissional, na perspectiva de contribuir para a consolidação

da carreira na saúde pública e para o fortalecimento das RAS (ESP/CE,2016). Sendo assim, constituído, por um lado, de experiências e saberes voltados para a categoria profissional específica de sua área de formação (núcleo) e, do outro, por atividades que contemplam o cuidado, comum a todas as profissões da saúde (campo).

O estabelecimento e organização desses saberes acontece através da consolidação entre núcleo e campo, pois segundo Campos (2000) “o núcleo demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.” Sendo assim, um espaço vivo e de constante aprendizagem, fazendo junção entre a teoria e a prática, basiladas pelos princípios do SUS.

A integralidade baseada no conceito da Reforma Sanitária Brasileira incorpora quatro perspectivas, as quais destacam-se:

a) como integração das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional, abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária etc.) que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial (PAIM E SILVA, 2010, p.5).

Isso implica dizer que a integralidade assume um caráter multidimensional, tendo em vista que os determinantes sociais também configuram fazer saúde e o trabalho dos profissionais, bem como a organização do SUS, corroboram para a execução desse princípio.

Justamente por isso o Programa de Residência Multiprofissional justifica sua existência: buscar uma assistência que considere os anseios e necessidades múltiplos relacionados à saúde. Assim, busca-se um atendimento mais holístico e humano, tirando o foco do modelo biomédico difundido anteriormente (SILVA, 2018).

A categoria profissional do Serviço Social inserida no rol das profissões que compõem a residência multiprofissional desenvolve ações e programas que promovem a saúde; melhora a qualidade de vida, gerando bem-estar nos sujeitos que fazem parte

daquele território, bem como suas famílias e também a comunidade adscrita, garantindo o acesso aos serviços de saúde.

Na PNAB (2017), aborda-se o fato de que as ações de saúde – sejam elas individuais, familiares ou coletivas – atravessam o eixo da promoção, proteção, tratamento, reabilitação, redução de danos e o cuidado paliativo e que essas ações devem ser realizadas por uma equipe multiprofissional e dirigida à população daquele território. Destacando ainda, que a saúde possui diversos determinantes e condicionantes, aonde a melhoria dessas condições perpassa diversos fatores, por isso a importância da equipe multiprofissional.

Traz ainda, como forma de atuação, o desenvolvimento de ações educativas, devendo essas mesmas serem sistematizadas e que possam realmente interferir no processo de saúde-doença da população, desenvolvendo autonomia e promovendo o autocuidado através de ações intersetoriais com os vários equipamentos da rede (não somente os da saúde), buscando, dessa forma, uma atenção integral.

Vale ressaltar que durante o governo de Jair Bolsonaro, em 2022, houve um corte significativo na verba para diversos programas na área da saúde, o qual destaca-se a redução de R\$ 922 milhões de reais na área da residência médica e multiprofissional, o que ocasionou a redução de vagas ofertadas nas seleções para esse tipo de formação em serviço. Outros programas da ABS também sofreram cortes que impactaram diretamente na promoção e prevenção, bem como atendimento à demanda da saúde.

A oferta de assistência adequada e de qualidade no que diz respeito a saúde da população é fundamental, pois a atenção primária não é apenas uma das portas de entrada para a efetivação do direito à saúde, mas também é o local aonde ocorre sua promoção e prevenção. É nela que, muitas vezes, evita-se maiores danos ao paciente e sua família, além de impedir o ônus dos equipamentos de saúde e a dilapidação dos recursos.

Com isso, a residência multiprofissional, vem favorecer o encontro da teoria e prática vivenciados no dia a dia do profissional, buscando a integralidade na ABS. Essa articulação perpassa a academia e chega até os serviços oferecidos para a comunidade, de maneira que o fazer profissional trás uma reflexão acerca das necessidades da população e assim,

consegue-se abarcar o que de fato é válido ofertar à comunidade e o que não é.

4.5 Gestão do Cuidado

A definição de cuidado perpassa os mais variados sentidos, mas no texto será seguida a abordagem enquanto *“encontro de saberes, tecnologias, culturas, afetos”* (ALVES *et al.*, 2020). É nesse hiato em que o fazer saúde acontece, conforme explicita Cruz (2009): *“na troca entre os profissionais, serviços e equipes de saúde com aqueles que precisam/buscam o cuidado, valorizando a horizontalidade, rompendo a barreira hierárquica existente entre a díade profissional e usuário”*. O ambiente da ABS em conjunto com a residência multiprofissional é bem propício para tal cuidado.

A integralidade tem total ligação com o cuidado, pois tanto os serviços quanto os profissionais precisam estar integrados de maneira a contemplar o atendimento de forma multiprofissional.

Também existe a necessidade de enxergar o indivíduo como um ser biopsicossocial, levando-se em conta também a relação entre profissional e usuários, pois é ela quem irá garantir a troca de informações necessárias para a produção da saúde.

Conforme já explicitado, existem determinantes sociais que influenciam no processo de saúde-doença de cada sujeito, dessa forma, há a necessidade de uma escuta qualificada, um atendimento direcionado e humanizado de acordo com a singularidade de cada usuário.

A tríade dos princípios do SUS aponta a integralidade, a universalidade e a equidade enquanto bases do sistema de saúde. A integralidade tem sido apontada como uma das mais difíceis de ser cumprida no SUS, pois envolve tanto questões referentes ao comprometimento e envolvimento dos profissionais dos serviços, quanto a processos de gestão e política de saúde, bem como tem relação com o processo de formação profissional (LIMA E REIBNITZ, 2016).

Diante do exposto, a Política Nacional de Humanização⁴ é peça basilar para a efetivação dos princípios do SUS, pois ela busca corporificar os princípios éticos, clínicos e políticos que estão incluídos nos processos de trabalho.

Aqui destacamos alguns deles: um atendimento voltado para o acolhimento através da escuta qualificada; a estimulação da gestão participativa e cogestão por meio de um espaço coletivo que garanta a participação ativa de usuários e familiares no contexto da UBS; clínica ampliada e compartilhada por intermédio da qualificação do diálogo e defesa dos direitos dos usuários, pois cada pessoa tem direito a uma equipe de saúde que cuide e informe sobre sua saúde, dando autonomia na decisão de compartilhar isso (ou não) com sua rede social (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2003).

Dito isso, traz-se o cuidado ao eixo central dessa integralidade, tendo em vista que existem múltiplas conexões entre ambos (que perpassam a dimensão do fazer saúde) e assim operam os atendimentos frente as mais diversas necessidades sanitárias da população e do indivíduo. Com isso:

Podemos definir a gestão do cuidado em saúde como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. A gestão do cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões que, imanentes entre si, apresentam, todas e cada uma delas, uma especificidade que pode ser conhecida para fins de reflexão, pesquisa e intervenção (CECÍLIO, 2011, p. 589).

Destarte, a integralidade é uma prática que caminha em parceria com a ABS, pois sua gênese está intrínseca à instrumentalização do SUS. O trabalho para desvencilhar o modelo biomédico e curativo é diário, pois a população está rotineiramente acostumada a uma assistência prestada *“de forma desumana, mecanizada, tendo como principal foco a patologia e não o ser humano enquanto um ser social”* (ALVES et al., 2020). Por isso a importância do fortalecimento da ABS, para não apenas tratar doenças, mas promover

⁴ Política Nacional de Humanização (PNH): lançada em 2003, a PNH ou HumanizaSUS, busca por em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e de cuidar. Para mais informações vide portal do Ministério da Saúde, no endereço: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf

saúde através desse cuidado integral.

Desse modo, Cecílio (2011) apresenta a gestão do cuidado em seis dimensões, as quais serão discorridas a seguir. A primeira delas é a dimensão individual: o cuidar de si é primordial, essa autonomia em produzir saúde é aspecto crucial na determinação das escolhas, no modo de viver e nos resultados que esse conjunto de atitudes pode trazer. O autor citado aborda ainda, que esse cuidado não é alheio a realidade, o indivíduo vai somar-se as suas condições de vida, a depender da sociedade e do momento histórico, além de determinações mais amplas. Cada um produz subjetividades durante a vida e são elas quem influenciam no processo de saúde e doença.

A segunda dimensão é a familiar: assume um grau de importância de acordo com cada estágio da vida. Tem como atores principais não apenas a família composta por laços sanguíneos, mas também aqueles baseados no afeto, sendo eles com: vizinhos, amigos e companheiros de vida. Por exemplo, são relações que muitas vezes perpassam o eixo da sobrecarga de trabalho para cuidadores e exigências permanentes do cuidado. Cecílio (2011) ressalta que *“como consequência do envelhecimento acelerado da população brasileira, essa dimensão assumirá crescente importância para os serviços e pesquisas de saúde.”* Percebe-se assim, tamanha relevância que a rede de apoio ocupa na vida dos indivíduos, de acordo com cada fase da vida.

Como terceira, tem-se a dimensão profissional do cuidado: dar-se de maneira privada, tendo em vista que os atendimentos são em locais que fogem do olhar externo ao controle. Rege-se por três elementos principais, carregando a capacidade de produzir um bom cuidado em maior ou menor escala, sendo eles:

- a) a competência técnica do profissional no seu núcleo profissional específico, ou seja, a capacidade que tem, por sua experiência e formação, de dar respostas para o(s) problema(s) vivido(s) pelo usuário;
- b) a postura ética do profissional, em particular, o modo com que se dispõe a mobilizar tudo o que sabe e tudo o que pode fazer, em suas condições reais de trabalho, para atender, da melhor forma possível, tais necessidades;
- c) não menos importante, a sua capacidade de construir vínculo com quem precisa de seus cuidados (CECÍLIO, 2011, p. 591).

A quarta dimensão é a organizacional: acontece nos serviços de saúde. Tem como elementos chave o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação,

norteada pelos fluxos de trabalho, especificidades nos atendimentos e o aparato de atividades que perpassam desde a agenda até a avaliação, protocolos e reuniões de equipe.

A participação da equipe multiprofissional da residência tem destaque nessa dimensão, pois envolve o processo de saúde-doença com foco não somente no estado físico dos pacientes, mas o trabalho de forma interdisciplinar dentro do contexto biopsicossocial que aquele usuário carrega consigo.

A dimensão sistêmica da gestão do cuidado vem em quinto lugar, dizendo respeito a parte dos fluxos e contrafluxos nos serviços de saúde. Antes prevista como uma pirâmide na qual o indivíduo utilizava-a de forma crescente, hoje é vista de forma cíclica, não havendo uma porta de entrada única, mas várias. Sendo assim, essa dimensão é a de maior responsabilidade para os gestores, pois é sua atividade mais “*visível e trabalhosa*”, como cita Cecílio (2011).

Por fim, apresenta-se a sexta e última dimensão da gestão do cuidado, a societária. Aqui tem-se a parte em que o público e o privado cruza-se e como isso afeta a vida em sociedade, conseqüentemente transformando-se em políticas públicas e sociais. É a dimensão mais ampla, pois abarca o encontro da sociedade civil e do estado frente às disputas dos mais diversos projetos societários, que resultará ora em ônus, ora em ônus para a população.

O usuário enquanto sujeito biopsicossocial está inserido em um contexto sociocultural que abrange todas essas dimensões supracitadas. Dessa forma, pode-se mensurar o quão importante a gestão do cuidado é, pois a partir do vislumbre de uma saúde integral é que se poderá equilibrar os aspectos físicos, mentais e sociais e, assim, agir de maneira global frente a necessidade daquele paciente, família e comunidade.

Pensar a saúde do ponto de vista que envolve a dimensão individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica da gestão e societária formam o arcabouço necessário para a efetivação da integralidade na ABS, tendo como protagonistas desse processo os profissionais residentes, o próprio paciente e a gestão da saúde.

5 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de Estudo

Dentre as categorias de artigos científicos que utilizam a revisão de literatura como metodologia, Botelho, Cunha e Macedo (2011) explicam a existência de uma divisão entre revisão narrativa e revisão bibliográfica sistemática, que por sua vez subdivide-se em: meta análise, revisão sistemática, revisão qualitativa e revisão integrativa. Sendo essa última, considerada pela autora, a mais efetiva para a exploração na literatura sobre a integralidade da ABS e a importância que a residência multiprofissional exerce nesse contexto.

Dessa forma, a revisão integrativa apresenta-se como uma metodologia que contempla as nuances necessárias para contribuir com a comunidade acadêmica e a forma de produzir saúde tanto no formato da residência multiprofissional, quanto no seu entrelaçamento que perpassa a Atenção Básica à Saúde e a integralidade prevista no SUS. Por isso:

Em virtude da quantidade crescente e da complexidade de informações na área da saúde, tornou-se imprescindível o desenvolvimento de artifícios, no contexto da pesquisa cientificamente embasada, capazes de delimitar etapas metodológicas mais concisas e de propiciar, aos profissionais, melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos. Nesse cenário, a revisão integrativa emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (SILVEIRA, 2005, p. 28).

Assim sendo, busca-se demonstrar a capacidade de compreensão abrangente do problema apresentado, incluindo as mais variadas fontes de dados que contribuem para uma visão holística do tema por aqui apresentado. A apreensão do percurso e seus pressupostos, através da análise dos artigos encontrados e da reflexão crítica, trazem a análise das evidências localizadas.

Dessa forma, a pesquisa desenvolveu-se em seis etapas que, segundo Botelho, Cunha e Macedo (2011) dividem-se em: inicialmente, a definição do problema, formulação da pergunta de pesquisa, estabelecimento das estratégias de busca juntamente com os

descritores e a base de dados previamente definidas. Para a construção da questão de pesquisa aplicou-se o acrônimo PICO destinado para orientar pesquisa não-clínica de abordagem qualitativa, onde: P corresponde a população/problema (residência multiprofissional); I consiste no fenômeno de interesse (integralidade) e Co designa o contexto (atenção básica) (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2014). A partir desta lógica desenvolve-se a questão: “Qual a importância da residência multiprofissional na efetivação da integralidade na AtençãoBásica à Saúde?”

Com a pergunta estruturada, as estratégias foram delineadas para a verificação dos estudos pertinentes e os dados necessários para coleta do mesmo. A partir da definição dos descritores, foram utilizados o operador booleano “AND” para a busca efetiva dos artigos relacionados à temática

Em uma segunda etapa, houve a localização dos estudos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, os quais foram identificados de forma clara e objetiva, iniciando-se de forma ampla e depois afinando. Sofrendo algumas alterações no processo, adequando-se de acordo com a necessidade da pesquisa.

A busca bibliográfica foi realizada no período de novembro de 2022 a janeiro de 2023, na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e nas bibliotecas virtuais: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e National Library of Medicine (NLM - PUBMED). As fontes de pesquisa foram acessadas através do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

No levantamento bibliográfico empregou-se termos controlados conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a saber: “Integralidade em saúde”, “Atenção Básica à Saúde” e o termo alternativo “Atenção Primária à Saúde”. As estratégias de busca empregadas nas bibliotecas/bases de dados foram elaboradas a partir do termo com o operador booleano “and” (Quadro 1).

Quadro 1: Estratégia de busca utilizada em cada base de dados/biblioteca virtual.
Sobral - CE, Brasil, 2023.

BASE DE DADOS/ BIBLIOTECA VIRTUAL	ESTRATÉGIA DE BUSCA
Scientific Electronic LibraryOnline (SciELO)	((integralidade em saúde) AND (atenção básica à saúde)); ((integralidade em saúde) AND (atenção primária à saúde)).
Biblioteca Virtual em Saúde(BVS)	((integralidade em saúde) AND (atenção básica à saúde)); ((integralidade em saúde) AND (atenção primária à saúde)).
National Library of Medicine(NLM – PUBMED)	((integralidade em saúde) AND (atenção básica à saúde)); ((integralidade em saúde) AND (atenção primária à saúde)).

*Não apresenta termos não-controlados/palavras-chave.

Fonte: autora da pesquisa.

Na terceira etapa, procedeu-se a avaliação crítica dos estudos, identificados através da leitura dos artigos pré-selecionados. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão, foram eleitos os mais pertinentes, adequados, fundamentados e aplicáveis ao objetivo proposto inicialmente. Essa etapa consistiu na leitura dos resumos, palavras-chave e título das publicações, para que assim acontecesse a seleção e organização dos estudos (STILLWELL *et al.*, 2010, p.43).

Na quarta etapa, foi realizada a coleta de dados através da matriz de síntese, contendo nela a análise das informações; perpassando a formação da biblioteca individual e análise crítica desses estudos selecionados, que por fim, buscou responder à pergunta inicial.

Na quinta etapa, ocorreu a discussão dos achados através da análise e interpretação dos resultados encontrados, sendo exposta em forma de discussão, guiada pelos achados da pesquisadora, levantando assim, o hiato presente no trabalho e a sugestão para próximas pesquisas.

Na sexta etapa, apresenta-se a revisão integrativa em forma de dissertação, sendo, pois, um documento que contempla a narração de todas as fases exploradas pela autora, bem como a exposição dos resultados mais relevantes para a comunidade acadêmica e a sociedade em geral. Mendes, Silveira e Galvão (2008) compreendem que esta etapa contempla *“um trabalho de extrema importância, já que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada.”* Sendo assim, de fundamental importância para a maturação profissional de quem pesquisa e atua nessa área, bem como traz subsídios para os profissionais residentes e a comunidade atendida.

5.2 Critérios de Elegibilidade

Para a seleção dos artigos, foram seguidas as etapas: 1) busca na base de dados/biblioteca virtual segundo critérios de seleção estabelecidos (artigos originais publicados no período de janeiro 2015 a dezembro de 2022, em língua portuguesa e com texto completo de livre acesso, de natureza quantitativa e qualitativa). A escolha pelo recorte temporal justificou-se por analisar as publicações dos últimos anos, perpassando a última alteração que houve na Política Nacional de Atenção Básica em 2017, contemplando o antes e o depois dela.

Salienta-se ainda que, devido ao formato da especialização na qual a residência multiprofissional insere-se, a sua caracterização contempla o ensino em serviço, ou seja, essa integração não ocorre de forma dissociada entre os estudos teóricos e práticos referentes a formação do residente, dito isso, estudos que contemplam relatos de experiência também fizeram parte dessa revisão integrativa.

No texto, apresenta-se enquanto categoria de análise os seguintes termos: residência multiprofissional; integralidade; atenção básica à saúde e atenção primária à saúde.

O trabalho aborda ainda uma última seção que discorre sobre as ações inovadoras para a integralidade do cuidado na ABS através da residência multiprofissional, através da exposição dessas ações afirma-se o que a pesquisa pretende explicar.

Não integrou esta revisão: os artigos duplicados; bem como aqueles que, após a leitura do título, resumo e texto na íntegra, não tiverem relação com a problemática pesquisada; os documentos de natureza editorial e aqueles de literatura cinza.

5.3 Análise dos Dados

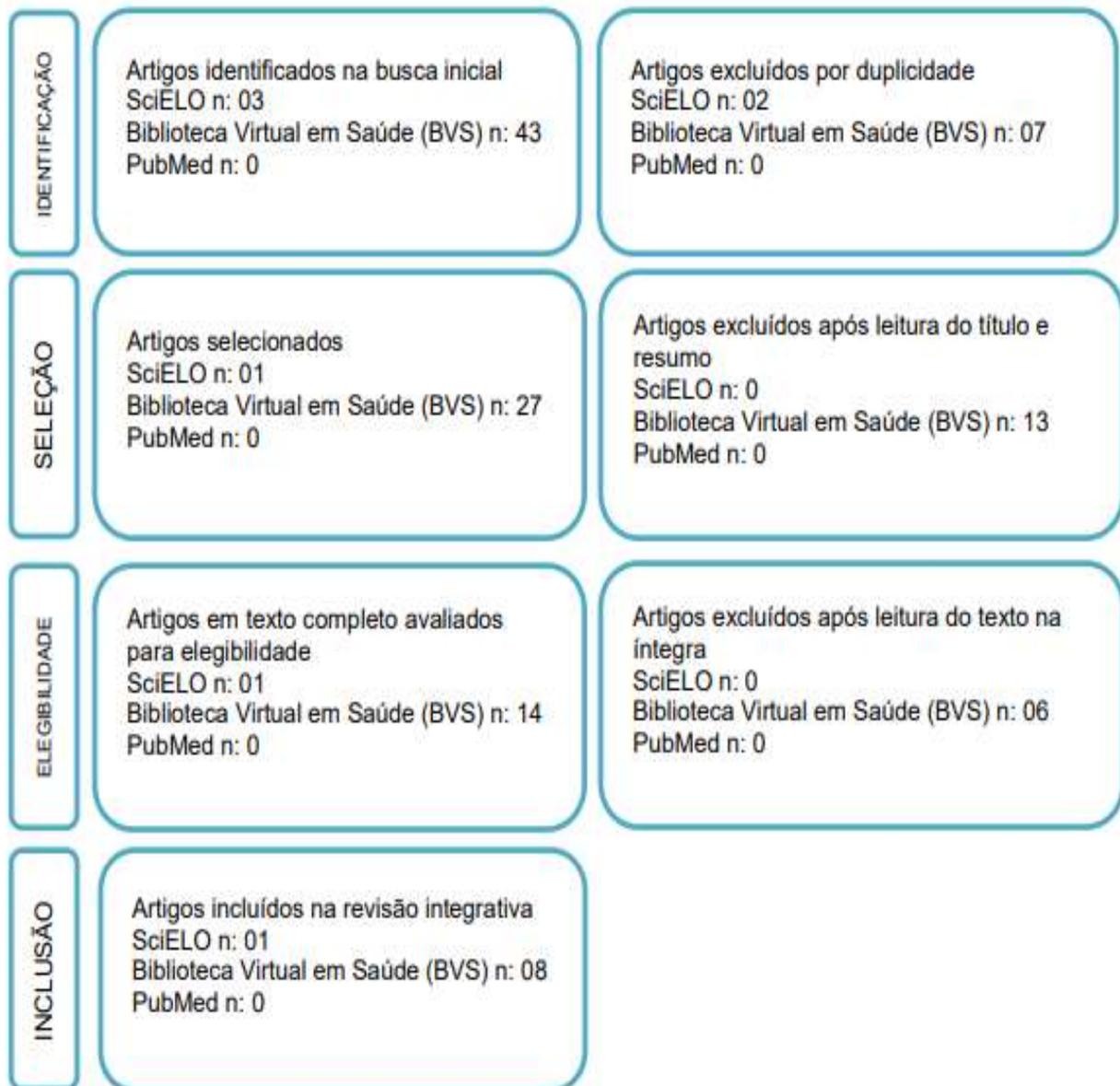
A partir do levantamento bibliográfico, foi realizada a leitura exploradora, que resultou na extração dos dados contendo vários itens, no qual para cada artigo selecionado, foi preenchido o instrumental elencando-o de acordo com o ano de publicação de forma crescente.

Ao final da seleção, nove artigos foram utilizados para compor esta revisão (Figura 3). Os dados coletados foram organizados no quadro 2, elencados de acordo com critérios considerados relevantes para o presente estudo, a seguir: autoria/ano de publicação, tipo de estudo, título do estudo, objetivo(s), principais resultados, periódico e base de dados/biblioteca virtual.

O método de leitura científica foi adotado para realizar a avaliação dos estudos e a análise dos dados. Este método é abordado por Cervo e Bervian (2002), no qual divide-se em três etapas: 1) visão geral (sincrética) – leitura de reconhecimento panorâmico, visando à apropriação do tema do estudo e leitura seletiva, buscando as informações acerca do objetivo do estudo; 2) visão analítica: leitura reflexiva e crítica dos artigos selecionados e escolha dos conteúdos principais relacionados ao tema e 3) visão sintética: leitura de interpretação dos dados/resultados apresentados nos estudos.

Figura 3 - Fluxograma de identificação, seleção e inclusão de artigos, que por sua vez tem o objetivo de ajudar a autora a explicar a seleção dos artigos para a revisão integrativa.

Sobral – CE, 2023.



5.4 Aspectos Éticos e Legais

Essa proposta de investigação é consoante com as diretrizes da Lei de Direitos Autorais nº 9.610 de 19 de fevereiro de 1998. Dessa forma, a autenticidade das ideias, conceitos e definições dos autores pesquisados foram mantidas com as devidas citações e referências (BRASIL, 1998a).

6 RESULTADOS

Quadro 2 - Síntese dos estudos incluídos na Revisão Integrativa. Sobral -Ce, 2023.

Autoria/Ano de Publicação	Tipo de Estudo	Título do Estudo	Objetivos	Principais Resultados	Periódico / Base de Dados/Biblioteca Virtual
Ana Amélia Nascimento da Silva Bones, Silvio César Cazella, Lara Susane Weber, Maira Rafaela Röhrig da Costa, Márcia Pereira Saraiva, Marina Ramos Bopsin/2015	Relato de experiência.	Residência multiprofissional tecendo práticas interdisciplinares na prevenção da violência.	Analisar a integralidade da atenção à saúde e à educação a partir da ação das residentes do Programa da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança com transversalidade em violências e vulnerabilidades inseridas numa equipe de Estratégia de Saúde da Família no Município de Porto Alegre e na escola estadual pertencente ao seu território.	A prática interdisciplinar de forma consciente permite a organização do processo de trabalho com o escopo da prática colaborativa em projetos de educação interprofissional.	Revista Arquivos Brasileiros De Ciências Da Saúde (Abcs Health)- (Biblioteca Virtual em Saúde-BVS).
Isis Alexandrina Casanova , Nildo Alves Batista, Lídia Ruiz-Moreno/2015	Pesquisa de abordagem qualitativa de caráter exploratório descritivo.	Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde.	Analisar a percepção dos profissionais que fazem Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) sobre a formação para o trabalho em equipe.	Os resultados passaram pela análise de conteúdo, tipo temático. A análise temática das respostas obtidas sobre a formação para o trabalho em equipe foi agrupada nas seguintes categorias: atendimento conjunto e tomada de decisão compartilhada no tratamento; trabalho em equipe para a integralidade do cuidado com centralidade no paciente; reconhecimento dos limites e especificidades de cada profissão, bem como a sua integração.	Revista Arquivos Brasileiros De Ciências Da Saúde (Abcs Health)- (Biblioteca Virtual em Saúde-BVS).
Raul Franklin Sarabando de Moura, Carlos Roberto de Castro e Silva/2015	Estudo qualitativo, segundo o referencial da Hermenêutica de Profundidade, feito através de observação participante	Saúde Mental na Atenção Básica: sentidos atribuídos pelos Agentes Comunitários de Saúde.	Estudar os sentidos atribuídos pelo ACS à Saúde Mental e suas implicações na prática cotidiana, além de suas percepções sobre as ações do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde	Percebe-se o papel de matriciamento exercido pela residência, por meio da escuta e acompanhamento do ACS, que encontram situações de sofrimento psíquico em seu cotidiano e sentem-se despreparados para lidar com elas. A residência fortalece a integralidade do cuidado, conforme qualifica a atuação do ACS e orienta-o em casos difíceis,	Revista Psicologia: Ciência e Profissão- (Biblioteca Virtual em Saúde – BVS).

	e entrevistas semidirigidas.		(PRMAS).	bem como pode ser um articulador do trabalho, através das iniciativas de aproximação entre os serviços que tem promovido.	
Eliza Regina Gomes, Aline Mariana Heberle, Carlos Eduardo Maximo, George Saliba Manske/2017	Pesquisa de abordagem investigativa qualitativa com objetivos exploratórios.	Psicólogos na residência multiprofissional em Atenção Básica: estudo a partir de documentos e sujeitos.	Analisar a formação dos psicólogos na Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).	Os resultados indicam uma possibilidade de participação na gestão como forma de melhorar os serviços de saúde prestados. Em relação à atenção à saúde, os resultados apontaram um atendimento pautado no princípio da integralidade. O ensino aparece como uma oportunidade de capacitação para o SUS, oferecendo um espaço para discussão com outros profissionais sobre os campos de atuação. A participação dos psicólogos residentes no processo de controle social é considerada essencial para a modificação da realidade dos serviços de saúde.	Revista Saúde e Pesquisa-(Biblioteca Virtual em Saúde-BVS).
Tamaria Monique Silva Guerra, Maria Dalva Horácio da Costa/2017	Pesquisa documental, bibliográfica com pesquisa de campo qualitativa, através da realização de grupo focal.	Formação profissional da equipe multiprofissional em saúde: a compreensão da intersectorialidade no contexto do sus.	Refletir sobre a formação profissional no contexto da RMS, enquanto uma das modalidades de capacitação continuada que atua diretamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	A residência tem contribuído para qualificar o trabalho nos serviços de saúde e possibilitado, ainda que de forma muito tímida, uma visão ampliada de saúde. Pelo que foi possível detectar, os depoimentos e consensos obtidos durante a realização dos dois grupos focais, incorporam uma visão crítica e apontam elementos importantes para a reavaliação dos conteúdos e metodologias adotadas, na perspectiva de possibilitar passos mais largos em direção a uma formação mais sólida na busca pela intersectorialidade e interdisciplinaridade, com vistas a uma atenção que avance na promoção da saúde alinhada à perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira.	Revista Textos & Contextos-(Biblioteca Virtual em Saúde – BVS).
Letícia Batista Silva/2018	Pesquisa documental.	Residência multiprofissional em saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica.	Apresentar e discutir alguns elementos da trajetória histórica percorrida pela instituição legal da Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil.	Enquanto proposta de formação – não como trabalho precário – a residência multiprofissional em saúde, em tese, tem no seu horizonte a construção de práticas interdisciplinares capazes de se interpor a lógica da fragmentação dos saberes e dos fazeres tão característica à política e ao trabalho em saúde.	Revista Katálysis-Scientific Electronic Library Online (SciELO)

Denísio Caio de Araújo, Eudes Euler de Souza Lucena, Thais Raquel Pires Tavares, Terciano Bezerra de Araújo, Cordélia Maria de Araújo, Breno Magela Bezerra da Costa, Bruno Gonçalves de Medeiros, Berenice Costa do Nascimento Gomes, Tamila Raquel Fernandes Vale, Lucas Richter de Oliveira Dantas, José Sandro de Araújo Medeiros Filho/2018	Relato de experiência.	Promoção de saúde bucal nas consultas de crescimento e desenvolvimento na Atenção Primária: um relato de colaboração interprofissional.	Evidenciar a integralidade do cuidado voltado ao público infantil, relatando uma experiência da parceria do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte com uma unidade da Estratégia Saúde da Família.	As ações aconteceram na sala da enfermagem, onde se montava um cenário propício à sua execução. Inicialmente à consulta, era estimulado uma conversa informal com as mães/responsáveis, e posteriormente um dos profissionais explanava sobre sua expertise na atenção à saúde infantil, abrindo para a colaboração interprofissional onde para finalizar, eram tomadas as medidas de vigilância tradicionais às consultas de puericultura. A interação entre as profissões, dentro de cada expertise, pôde promover aspectos de prevenção e promoção de saúde bucal, potencializando a área da odontologia e fortalecendo o trabalho interprofissional.	Revista Ciência Plural- (Biblioteca Virtual em Saúde – BVS).
Kelly Karina Fiomari , Sabrina Silva Godoi , Ana Laura Campoi , Fernanda Carolina Camargo , Isabel Aparecida Porcat de Walsh/2020	Estudo de caso comparado descritivo.	A utilização da abordagem familiar por residentes multiprofissionais em saúde: estudo de caso.	Descrever o empreendimento da abordagem familiar, por meio de um trabalho interprofissional, em um centro de saúde escola na Atenção Básica à Saúde/estratégia Saúde da Família.	A abordagem familiar executada por equipe multiprofissional se constitui como estratégia alternativa capaz de auxiliar na reversão do modelo hegemônico de saúde, fortalecendo a integralidade do cuidado na Atenção Básica preconizada pelo Sistema Único de Saúde.	Revista de APS- (Biblioteca Virtual em Saúde – BVS).
Daniel Jackson Gonçalves de Carvalho, Pâmela Soares Oliveira, Amanda Oliveira Silva, Magali Carla Cordeiro, Thalyta Nogueira de Souza, Eliana Custódio Neto, Isabel Cristina Gonçalves Leite/2022	Relato de experiência.	Atuação dos residentes multiprofissionais em saúde da família na capacitação de Agentes Comunitários de Saúde: relato de experiência.	Relatar as atividades educativas desenvolvidas durante a pandemia de Covid-19 com Agentes Comunitários de Saúde em uma Unidade Básica de Saúde em um município do estado de Minas Gerais.	Notou-se os principais desafios enfrentados por essa categoria e sua relação com a equipe de saúde da família da unidade básica de saúde. A atividade também permitiu um espaço de reflexão sobre os impactos dessa interação entre equipe e os agentes comunitários de saúde na comunidade.	Revista Ciência Plural- (Biblioteca Virtual em Saúde – BVS).

Fonte: autora da pesquisa.

O autor mais citado nos textos foi Ceccim, tendo em vista a sua vasta experiência e contribuição através de pesquisas e escritos relacionados à residência multiprofissional, abordando temas que perpassam a formação na área da saúde, trazendo reflexões sobre as profissões de saúde sob o eixo da integralidade, bem como considerações sobre as residências a partir da especialização em área profissional integrada no SUS.

Suas análises contribuem fortemente para o entendimento do funcionamento da residência multiprofissional, além de conectar os artigos selecionados ao princípio da integralidade.

Outra autora bastante citada foi Feuerwerker, que juntamente com Ceccim, formam a dupla que lidera as discussões sobre as categorias da integralidade e residência multiprofissional, ambas elencadas nessa dissertação.

Os demais autores como Ayres, Cecílio, Mendes e Peduzzi aparecem em menor proporção, complementando as discussões abordadas sobre residência multiprofissional, integralidade e atenção básica à saúde. Juntos formam o aparato de autores que mais aparecem nos artigos selecionados, estando assim, na linha de base para as reflexões e achados pertinentes a essa pesquisa.

Dos nove artigos selecionados para esta revisão, com relação as conformidades abordadas, todos evidenciaram a importância da residência multiprofissional para a formação dos profissionais e a contribuição dela para o fortalecimento da política de saúde e do SUS (Quadro 2).

Formar profissionais críticos, tendo como essência os valores éticos e políticos, almejando o compromisso com a busca pela mudança e melhoria do sistema de saúde na sociedade a partir da visão biopsicossocial, foram uma das abordagens discutidas nos textos. Com relação à residência multiprofissional, foi encontrado como principal objetivo, a intervenção no próprio serviço, aonde o cenário de prática é o cotidiano do profissional, sendo assim, um ambiente propício para a promoção e prevenção da saúde.

A atuação de forma humanizada e integral complementam a atuação da residência multiprofissional no território da ABS, criando e reforçando o vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde. O estímulo à produção de saúde perpassa o eixo da autonomia e

singularidade presentes em cada indivíduo, ambas elencadas nos textos selecionados.

Encontram-se nos artigos a discussão em torno da integralidade na saúde que perpassa o cuidado ao paciente, à família e à comunidade. Apenas o texto de Moura e Silva (2015) não abordou essa questão, destacando apenas a importância do matriciamento entre a Atenção Básica e a Saúde Mental.

Já com relação à ABS, os autores Fiomari *et al.* (2020), Bones *et al.* (2015), Gomes *et al.* (2017) e Araújo *et al.* (2018) abordaram o assunto sobre a conectividade entre a residência multiprofissional, atenção básica e a produção da integralidade como sendo importantes para a construção e efetivação do sistema de saúde no país.

O princípio norteador do SUS vem contemplar a população com a integralidade, pois conhecer os modos de produzir saúde, diagnosticar doenças e tratá-las, levando-se em consideração os aspectos políticos, sociais, espirituais, ambientais e, por fim, humanos, faz do paciente não apenas uma pessoa que apresenta sintomas, mas alguém que tem relação com o meio em que vive e que pode intervir diretamente nesse processo.

A integralidade propõe a amplificação e o aprimoramento do cuidar nas categorias profissionais relacionadas à saúde, não sendo apenas um princípio estabelecido pelo SUS. Ela é identificada em um conjunto de ações e serviços que dizem respeito a uma assistência ampliada, sendo assim, articulada através das ações da equipe multiprofissional, tendo uma visão que engloba o ser humano não apenas em seu bem-estar físico, mas também suas emoções, fantasias, aflições e percepções.

A ABS enquanto uma das portas de entrada dos serviços de saúde, é peça fundamental no desenvolvimento dessas ações, tendo em vista seu caráter singular de estar no território e ter a capacidade de conhecer e acompanhar as famílias adscritas. Poder promover saúde é também proporcionar qualidade de vida a essas pessoas, sendo referência para todos os outros serviços de saúde do município, exatamente o que descreve os textos incluídos nessa pesquisa.

A estratégia prioritária que a PNAB (2017) propõe é o foco na saúde da família para expandir e consolidar a ABS. O cuidado em saúde, para tornar-se eficiente e integrado, perpassa um atendimento que supere o isolamento das práticas profissionais e

comprometa-se com essa integralidade, contemplando no serviço uma assistência que valoriza e coloca em prática o trabalho da equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade.

Mesmo compreendendo a importância do trabalho multiprofissional, baseado por um atendimento que enxergue o paciente como um todo, ainda é muito comum no contexto profissional a atenção fragmentada, tendo como foco apenas a doença. Faz-se necessário um serviço que tenha um atendimento voltado para o acolhimento e escuta qualificada, pois a partir disso é que se pode produzir a integralidade do cuidado.

Outro ponto que merece destaque é o que os autores Silva (2018), Bones *et al.* (2015) e Araújo *et al.* (2018) debatem, sendo então discutida sobre a equipe multiprofissional e interdisciplinar em seus textos. Tendo em vista que a necessidade do processo de saúde-doença não está apenas em colocar várias profissões juntas para atender, mas em promover a integralidade do cuidado através da interdisciplinaridade no território, tal exposição é bem pertinente para o objetivo proposto nessa dissertação.

Segundo Bones *et al.* (2015), o termo multiprofissional aponta a justaposição de várias profissões, atuando no mesmo serviço, sendo as diversas categorias profissionais da saúde (já abordadas no início do texto) responsáveis por trabalhar em um dado território e cumprir o que está preconizado tanto na legislação do SUS quanto na da própria residência.

Para Araújo *et al.* (2018), a interdisciplinaridade está presente na base do que preconiza a residência multiprofissional, considerando que a proposta de fazer saúde envolve vários segmentos que possibilitam o diálogo, a construção de saberes e práticas voltadas para a consolidação da promoção da saúde. A formação em saúde interdisciplinar preza pela troca concretizada no exercício profissional através da socialização do conhecimento, aumentando assim as chances de prevenção dos problemas de saúde e a sua resolutividade no território.

Dos textos, o autor Gomes *et al.* (2017) destaca a ligação entre o Projeto Político Pedagógico (PPP) da residência multiprofissional e o princípio da integralidade preconizado no SUS, abordando suas contribuições para a promoção da saúde na ABS.

O Projeto Político Pedagógico indica situações que envolvem o processo de formação dos residentes, descrevendo-os enquanto profissionais ativos da sua própria

caminhada, oferecendo ao profissional a oportunidade de assimilar e fortalecer a sua formação, comprometendo-se com a defesa intransigente dos princípios do SUS (GOMES *et al.*, 2017).

Ao apresentar um conjunto de atividades pedagógicas, tendo em vista o desenvolvimento de competências do ser, do fazer e do saber dos profissionais- residentes envolvidos no processo, o PPP contempla o princípio da integralidade proposto pelo SUS. As suas atividades pedagógicas que compreendem o aprendizado pelo trabalho, que é a prática; o aprendizado teórico-prático e o aprendizado teórico- conceitual vão ao encontro do modelo biopsicossocial em saúde.

As diretrizes pedagógicas descritas a partir da educação permanente em saúde; aprendizagem pelo trabalho em ato; produção da saúde em defesa da vida; promoção da saúde e educação popular em saúde, formam o processo basilar no qual a formação da residência propõem-se, de acordo com o Projeto Político Pedagógico da residência multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues (PPP ESP/CE, 2012).

O atendimento às necessidades de saúde da população junto a prática profissional da equipe multiprofissional aprimoram as estratégias que promovem melhorias e mudanças no serviço de saúde, e conseqüentemente, no modo de vida do indivíduo, família e comunidade, conforme é descrito nos textos analisados nessa pesquisa.

7 DISCUSSÃO

7.1 Residência Multiprofissional

A residência multiprofissional foi assunto pertinente em todos os artigos selecionados, tendo em vista o objetivo geral do trabalho. Dessa forma, Silva (2018) trouxe à tona a discussão sobre a importância da formação desses profissionais de saúde de maneira que esteja em sintonia com os princípios do SUS, pois é um espaço privilegiado para se fazer e pensar a prática profissional enquanto ensino em serviço.

Um documento importante que será encontrado, de forma transversal, junto às discussões deste capítulo é o Projeto Político Pedagógico da residência multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues (PPP ESP/CE, 2012), tendo em vista o objetivo de entender a proposta de formação e atuação da residência.

No PPP ESP/CE (2012) encontra-se a caracterização da qualificação dos residentes e sua atuação nos territórios mais vulneráveis do Ceará, no qual o mesmotambém é responsável pelo norteamento do processo pedagógico, além de fomentar a reorganização e a reorientação da prática assistencial na perspectiva da promoção, proteção à saúde e integralidade da atenção.

Os textos de Guerra e Costa (2017) e Fiomari *et al.* (2020) afirmam que essa modalidade de formação, através das práticas e vivências nas ações intersetoriais, acentua e fortalece a construção de propostas contra-hegemônicas, que vão de encontro ao modelo assistencial chamado de médico-privatista.

O foco está voltado para a superação da assistência fragmentada, desarticulada e hierarquizada na qual as pessoas estão acostumadas, buscando assim, uma saúde que atue justamente nos determinantes sociais da saúde e não apenas na doença de forma pontual.

Esses aspectos são de suma importância para as práticas de cuidado em saúde, conforme descrito no texto de Fiomari *et al.* (2020), a valorização do trabalho

multiprofissional e interdisciplinar são fundamentais para a implementação e transformação das ações e serviços disponíveis no SUS.

Dessa forma, nos textos de BONES *et al.* (2015) e Araújo *et al.* (2018), há o debate sobre a relevância da interdisciplinaridade. A mesma é definida como um eixo que norteia as ações, propondo o envolvimento de diversos profissionais e possibilitando o diálogo através da construção de saberes e práticas compartilhadas entre eles e a comunidade.

É de fundamental importância, segundo o texto de Araújo *et al.* (2018), que haja o envolvimento dos profissionais, tendo como base a pluralidade de condutas, habilidades e compreensão técnica. Pois, com isso, pode-se aumentar o índice que trata das resoluções dos problemas de saúde que são recorrentes na ABS, agindo de forma que não cause uma sobrecarga nos outros níveis de atenção à saúde e sim, soluções eficientes e eficazes, que evitarão complicações de doenças e evolução para algo maior e mais complexo.

O trabalho multiprofissional permite que várias ações sejam viabilizadas em função dos pacientes, sendo assim uma relação de mão dupla (profissional *versus* paciente). A comunicação, planejamento das ações e o exercício cotidiano do trabalho permitem a articulação entre o que é necessário e que deve ser executado no serviço e na rede de atenção, conforme explanado no texto de Casanova, Batista e Ruiz- Moreno (2015).

No PPP ESP/CE (2012), está preconizado a interiorização da formação em Saúde da Família para a qualificação da ABS, na qual se justifica através do fomento e desenvolvimento da motivação dos profissionais nela envolvidos (de forma local e regional), perpassando a formação contextualizada às necessidades locais, com a formação de lideranças técnico-científicas na ESF, além da integração das redes assistenciais e o desenvolvimento na ESF dos atributos de vínculo, longitudinalidade e acessibilidade e, por fim, a capacitação desses profissionais para atuarem na atenção às doenças da população.

É nesse processo em que a residência multiprofissional nasce e se estabelece, tendo como centro a integralidade das ações em saúde e o trabalho interdisciplinar, conforme descreve Silva (2018). Nesse interim, o princípio do SUS é abordado numa perspectiva que abrange o sujeito no conceito ampliado de saúde e a sua relação como social, cultural e político.

Ainda conforme o texto de Silva (2018) discorre que a residência multiprofissional implica no trabalho dos profissionais, bem como no que é produzido e preconizado no SUS.

A busca por um atendimento que possa abranger as mais variadas questões relacionadas à saúde, além da proposta de trabalho interdisciplinar, tira do foco a atenção dada somente ao que é patológico, voltando-se para o que é multifatorial, de acordo com as necessidades de cada paciente e também do coletivo.

Dito isso, o propósito dessa formação direciona os profissionais para um atendimento interdisciplinar, opondo-se à lógica do trabalho isolado ainda tão forte na saúde. Os usuários não devem ser vistos enquanto partes dissociadas de um contexto, pois a vida deles não é a soma de conhecimentos amontoados num corpo e sim um conjunto de cuidados e ações que resultam no processo de saúde-doença, conforme apresentado no texto pela autora Silva (2018).

O que é contemplado no texto de Araújo *et al.* (2018) diz respeito aos eixos que compõem essas novas configurações que buscam abarcar o que está preconizado nos princípios do SUS, sendo eles desde o caráter interdisciplinar até o multiprofissional.

Evidencia-se que existe uma legislação para embasar e um critério a ser seguido tanto com relação a residência multiprofissional, quanto a política de saúde e esse processo norteia e facilita a atuação dos profissionais residentes e da equipe que compõe a rede assistencial do SUS, sendo assim, positivo para a gestão, para os profissionais e para a comunidade atendida.

O embasamento da residência multiprofissional traz em sua gênese a constante busca por uma formação que compartilhe os saberes, mantendo a particularidade do fazer profissional de cada categoria, bem como a sua aplicação prática. Sabendo-se que existem atribuições privativas de cada categoria profissional, mas que também tem-se as competências, as quais a equipe (em cooperação) pode trabalhar e desenvolvê-las.

Dessa forma, segundo o texto da autora Silva (2018), existe a possibilidade da socialização de conhecimentos no ato da formação e no serviço em si, com isso, apresenta-se um dos maiores desafios: implementar e sustentar uma formação em serviço que tenha como pressuposto a interdisciplinaridade. Conforme já discutido, o modelo biologicista e

hospitalocêntrico ainda é muito forte na cultura da população.

Em complemento, o texto de Casanova, Batista e Ruiz-Moreno (2015), vem afirmar que o trabalho multiprofissional desenvolve-se através da comunicação e compartilhamento tanto do saber profissional quanto das informações relativas a cada paciente, para que assim haja a inserção do cuidado integral do qual o usuário necessita.

De acordo com o PPP ESP/CE (2012), o estabelecimento de práticas de aprendizagem em equipes multiprofissionais objetivando a realização de projetos terapêuticos e de gestão compartilhada, são uma das competências a serem desenvolvidas na residência.

Com isso, o texto de Casanova, Batista e Ruiz-Moreno (2015), afirma que esse trabalho em equipe não compromete a identidade profissional, pelo contrário, eles apontam para a singularidade e importância de cada categoria profissional, mostrando-as enquanto necessárias frente ao cuidado em saúde.

Esse modelo de ensino em serviço trouxe uma nova ideia de formação profissional, pois conforme cita o texto de Guerra e Costa (2017), a construção dos saberes está vinculada ao propósito mais amplo do processo saúde-doença, indo além de simplesmente colocar diferentes categorias agrupadas, mas se trabalhando na perspectiva do respeito, cooperação entre os saberes e autonomia de cada uma delas.

Perceber os serviços de saúde a partir da realidade que aborda uma concepção ampliada, traz em sua concepção uma problematização relacionada à hegemonia do que chamamos de modelo biomédico. A assistência encontra-se focada na doença, no tratamento individual e de forma biologicista, geralmente, indiferente à real necessidade de saúde dos pacientes.

Dessa forma, o profissional de Serviço Social oportuniza ao paciente que ele perceba o processo de saúde-doença não apenas como queixas físicas, mas também como a harmonia do bem-estar mental e social. O modelo holístico busca justamente o entendimento dessa integralidade do sujeito.

Durante a residência multiprofissional, tem-se a oportunidade de vivenciar situações de atendimento em um território vivo, aonde são contemplados os trabalhos em equipe, através do compartilhamento de conhecimentos e experiências. Essa abordagem integral permite que o usuário seja visto de maneira completa, levando-se em conta os aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais.

O que a residência multiprofissional promove vai para além da educação em serviço, ou seja, segundo Silva (2018) e Farjado, Rocha e Pasini (2010), possibilitam-se inovações e melhorias no modelo voltado para a doença do paciente, pois a partir da atuação multiprofissional voltada para as necessidades daquele território é que se constrói uma saúde que verdadeiramente seja integrada.

Observa-se que o profissional da residência inserido no sistema de saúde, produz mudanças expressivas nesse processo, pois a partir de sua atuação no serviço, há a promoção de um olhar qualificado que ultrapassa as paredes da ABS, elegendo o território, a rede de apoio e o usuário como a parte mais importante a ser trabalhada.

Esse olhar multiprofissional é uma potente contribuição que propicia um conhecimento e experiência profunda nos serviços, pois a partir da proposta que trabalha na visão do eixo integrador entre as mais diversas áreas profissionais, há a possibilidade de articulação entre as categorias desses profissionais, promovendo a reflexão sobre o dia a dia que propõem a realização da política de saúde, bem como o estranhamento frente às relações já presumidas e cristalizadas.

Além disso, há o estímulo a uma formação mais humanizada e focada no paciente, valorizando a individualidade e a autonomia do mesmo. Dessa forma, os profissionais tornam-se melhores preparados para lidar com uma série de situações que podem surgir no atendimento em saúde, promovendo um suporte de forma qualificada e eficiente junto ao usuário.

O que os autores Silva (2018), Guerra e Costa (2017) apontam, são as dificuldades em progredir na perspectiva do SUS face ao Projeto Político Pedagógico da residência, tendo em vista o avanço do modelo individual e biologicista.

Esse fato indica a necessidade da residência, cada vez mais, insistir no seu fazer profissional potencializado através do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, para que esse modelo possa ser fortalecido em prol das ações que se pautam nos determinantes sociais da saúde.

Vale ressaltar o que foi dito pela autora Silva (2018), o qual reafirma o que Silva e Ramos (2013) alerta: para o fato de que mesmo sendo múltiplas essas possibilidades, elas por si só não dão a certeza de sua execução, principalmente, tratando-se de tempos em que o SUS vem sendo desvalorizado e sucateado.

O que os textos de Silva (2018), Guerra e Costa (2017), Fiomari *et al.* (2020), Bones *et al.* (2015), Gomes *et al.* (2017) e Araújo *et al.* (2018) pontuam é o fato desafiador que é implementar e sustentar a residência multiprofissional nos serviços de saúde, tendo em vista a manutenção do modelo biomédico pautado apenas na doença do paciente.

Nesse modelo, o que tem importância são os procedimentos realizados de maneira assistencial. Com isso, indica-se a fundamental necessidade de persistir com o trabalho multiprofissional, através da sua manutenção, debate e contribuição para alterar o modelo vigente. O desenvolvimento de práticas e habilidades que transcendem o atendimento padrão estimulam e ampliam o serviço por meio da equipe multiprofissional.

Muitas vezes a profissão do Serviço Social não é percebida enquanto promotora da saúde, tendo em vista a supervalorização dos procedimentos realizados em consultórios. O viés social é superestimado pois não é factível e seus resultados são vistos a médio e longo prazo, sendo portanto, visto como desnecessário e sem importância para a saúde do paciente.

O modelo biopsicossocial vem abordar que o todo importa e que é justamente o sujeito de forma integral que irá promover a saúde, pois não são apenas as partes que se encontram enfermas, mas o conjunto de ações, atividades, o meio ambiente, o trabalho, o acesso a bens e serviços é que irão oportunizar uma qualidade de vida e, conseqüentemente, o bem-estar físico, mental e social e assim garantir a saúde do paciente.

A substituição do paradigma da clínica pelo atendimento voltado a equipe multiprofissional, segundo o texto de Gomes *et al.* (2017), fortalece a busca da compreensão do sujeito e do fazer saúde, tendo como base, as prioridades elencadas a partir das necessidades da população.

A aprendizagem pelo trabalho em ato apresenta-se como uma diretriz pedagógica expressa no PPP ESP/CE (2012), dessa forma, esse processo se dá a partir do trabalho efetivado na realidade vivida pelos residentes. A formação não acontece desvinculada das configurações relacionais e suas permanentes significações.

Os modos de existência e a gestão do processo de trabalho atravessam a produção do cuidado e, conseqüentemente, a gestão do ato (SILVA E CABALLERO, 2010). Ou seja, a residência multiprofissional como formação em serviço apresenta-se como junção da teoria e prática no próprio cenário aonde ocorrem as atividades de saúde.

Ao mesmo tempo em que ocorre o trabalho humano, também executa-se e determina-se a produção do cuidado pautado na construção do conhecimento evidenciado na prática e estudado na teoria.

7.2 Integralidade

A integralidade apresenta-se como resultante da interação (de forma democrática) entre o paciente, o serviço e as práticas de saúde dos dois, indo além da visão fragmentada que os profissionais têm do usuário. O indivíduo passa a ser compreendido e visto de forma integral, atravessando os aspectos biológicos, culturais e sociais do processo de saúde e doença.

Para esse desafio, a saúde conta com a ESF, localizada na ABS, sendo importante considerar *“a família em seu espaço social, abordando seu contexto socioeconômico e cultural, compreendendo que é nela que ocorrem as interações e os conflitos que influenciam diretamente o processo saúde-doença”* (SOUZA *et al.*, 2020).

Dessa forma, ainda segundo Souza *et al.* (2020), a ESF é o ambiente propício para o desenvolvimento da clínica ampliada e assim efetuar a atenção e desenvolvimento

continuado, tendo capacidade de promover e fortalecer atividades que fomentem mudanças (e melhorias) no que diz respeito à integralidade.

A clínica ampliada, sendo um dos instrumentos e ferramentas utilizadas para a promoção da saúde na ABS, busca a valorização da escuta qualificada do paciente, investigando e compreendendo como esse indivíduo se sente e se enxerga em seu processo de saúde-doença (BRASIL, 2009). Pauta-se na discussão das possibilidades elencadas frente ao diagnóstico e tratamento de forma conjunta (entre o usuário e também os outros profissionais de saúde).

A integralidade, a universalidade e a equidade são os princípios que norteiam a política de saúde no país. Conforme o texto de Guerra e Costa (2017), a integralidade não é somente um princípio estabelecido pelo SUS, é bem mais abrangente que isso. É a representação da busca por uma sociedade mais justa e equânime, decorrente da luta pela garantia dos direitos que dizem respeito ao acesso tido como universal, igualitário e gratuito.

O PPP ESP/CE (2012) traz em sua matriz pedagógica o eixo da produção da saúde em defesa da vida, na qual carrega o princípio da integralidade enquanto norte, fazendo com que seja colocado como objetivo a ser alcançado: a capacidade de pensar o trabalho em saúde como agente que promove acolhida, deliberações e atribuições, fluindo na perspectiva da afinidade e do cuidado humanizado, tendo como centro da promoção em saúde, o paciente.

Com isso, compreender que o ser humano é reflexo do seu aspecto histórico clarifica o destaque dado ao que vem a ser o processo de saúde-doença, tendo em vista que não apenas o caso clínico revela o adoecer, mas toda a sua conjuntura econômica, social e política irão exprimir esse processo.

Surge então, as ações intersetoriais, bem como aborda o texto de Guerra e Costa (2017), sendo elas as responsáveis pela eficácia da prática, quem fortalece os níveis de saúde e, conseqüentemente, o desenvolvimento do SUS.

Essa contemporânea proposta, aborda a integralidade enquanto uma nova maneira de idealizar, administrar, fazer e avaliar o rol das políticas públicas, pois conforme o texto de Guerra e Costa (2017), a adoção dessa postura nos dias atuais faz referência a uma

gestão construída com base na descentralização e democratização preconizada pelo SUS.

A integralidade atravessa contornos com múltiplas dimensões, tendo como centro o trabalho tanto dos profissionais como da organização em si do sistema de saúde. A conformidade encontrada entre a residência multiprofissional e a integralidade é justamente a busca por atendimentos que visem essas necessidades multidimensionais em saúde, através da ação interdisciplinar.

Cada profissão, conforme afirma o texto de Araújo *et al.* (2018), colabora com a promoção da saúde. De acordo com suas habilidades e competências, elas são responsáveis por potencializar o processo de promover, prevenir, reabilitar e/ou cuidar de forma paliativa dentro da rede de apoio existente entre a comunidade, a família, o indivíduo e a ABS.

O PPP ESP/CE (2012) contempla, enquanto perfil do egresso, habilidades que dizem respeito à referência das necessidades de saúde estarem voltadas para as pessoas e a população. Transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho através do modelo biopsicossocial qualifica a ação do profissional e amplia a promoção da saúde.

O texto de Bones *et al.* (2015) vem discutir integralidade, perpassando o contexto do olhar ampliado diante do processo de saúde-doença. A busca pela compreensão e dinamicidade que envolvem os determinantes sociais e os múltiplos fatores da saúde irão incidir diretamente na vida dos pacientes.

Faz-se necessário entender que esse processo de cuidar da saúde e estar doente é parte de algo macro que tem relação com os aspectos econômicos, sociais e culturais, que dizem respeito ao modo de vida de cada paciente.

Analisar e refletir sobre esse fato, leva-se a perceber que esses acontecimentos irão afetar cada usuário de forma singular e única, exigindo dos profissionais uma atenção integral à saúde. Dessa forma, o objetivo da integralidade, explanada no texto de Bones *et al.* (2015), é transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho, explorando a problematização desses processos, fazendo com que seja potencializada a proatividade contemplada na promoção da saúde, tanto de maneira individual quanto coletiva.

A partir do olhar mais atento voltado para os usuários, desvencilhando-se do que seria apenas pontuar as queixas momentâneas, mas também traduzi-las, é o que, segundo o texto de Casanova, Batista e Ruiz-Moreno (2015), efetiva a promoção da integralidade.

A tríado equidade, universalidade e integralidade formam os princípios basilares que norteiam as ações e serviços em saúde do Brasil e a integralidade do cuidado tem relação direta com a garantia da qualidade e acompanhamento dos serviços de saúde ofertados à população. Todos os aspectos devem ser levados em consideração, passando desde a prevenção, diagnóstico até o tratamento e a reabilitação. No cotidiano, a equipe multiprofissional não deve fracionar o cuidado relacionado ao paciente, assim como também não deve desassociar sua prática profissional da dos demais colegas.

Ainda conforme o texto de Casanova, Batista e Ruiz-Moreno (2015), a integralidade só pode acontecer em rede. Através da articulação, boas práticas, escuta qualificada e clínica ampliada é que ela pode tornar-se um campo propício para o desenvolvimento do trabalho voltado para o cuidado integral. Através disso, encontra-se a melhor maneira de atender as demandas trazidas por cada um e assim, contemplar tal princípio referido no SUS.

Tendo em vista a função que o princípio supracitado ocupa na organização do SUS, o mesmo torna-se fundamental. O direcionamento de forma assertiva e intencional, coloca os profissionais em um ambiente favorável ao diálogo e a sua efetivação, visando atender às necessidades de saúde da população, de maneira a contemplar o que está proposto nas leis e diretrizes que norteiam a política de saúde do país.

As práticas de saúde não devem ser orientadas apenas pelo desempenho individual, pois isso compromete a efetividade da ruptura que se busca frente ao modelo biomédico. O olhar voltado para as questões sociais, as circunstâncias de vida e saúde de cada paciente e da coletividade formam o arcabouço que, juntos, produzem saúde.

A profissão do Serviço Social preconiza a garantia dos direitos fundamentais inerentes às pessoas, perpassando o eixo de acesso à política de saúde. De um modo geral, o fazer saúde está centrado na doença, na responsabilização e também na culpabilização do sujeito, o que reforça ainda mais o modelo hospitalocêntrico. O assistente social não atua enquanto fiscalização, atendimento assistencialista, burocratizando e

restringindo direitos sociais, pelo contrário, a busca é pela garantia dos direitos da população que se encontra em vulnerabilidade social.

Ao produzir saúde de forma integral, rompe-se de forma radical com o modelo hospitalocêntrico, pois associar as necessidades individuais e coletivas dos usuários a conjuntura social, cultural e política, é fortalecer a integralidade e o atendimento multiprofissional.

Conforme está preconizado no PPP ESP/CE (2012), a promoção da saúde enquanto diretriz pedagógica baseando-se no enfoque político e técnico que permeia o processo de saúde-doença, ultrapassa o pensamento de apenas atuar enquanto atenção básica. Faz-se necessário garantir a integralidade através do cuidado e do compartilhamento de potências e possibilidades.

Refletir sobre a conceituação de saúde, problematizar as diferenças e semelhanças presentes no modo de prevenir e promover saúde, além da busca pelo estímulo ao aprofundamento do que vem a ser risco, vulnerabilidade e suas consequências para as práticas de saúde, fazem parte da integralidade (SUCUPIRA E MENDES, 2013).

O trabalho em equipe vislumbrando a integralidade, conforme cita o texto de Casanova, Batista e Ruiz-Moreno (2015), desvela um esforço do grupo em realizar atendimentos da melhor forma, sendo algumas necessidades bem complexas, exigindo dos profissionais um esforço diante da demanda apresentada, mas que contribuem com a melhoria da política de saúde promovendo o fortalecimento do atendimento integral.

A construção de novas tendências e perspectivas que contemplem o fazer saúde no território do SUS, conforme aborda o PPP ESP/CE (2012), implica na compreensão da saúde enquanto produtora de boas práticas, estando intrínseca às questões que atravessam a ética, a política, a economia, a cultura e, também, o paciente percebido enquanto ser biológico que está inserido no território e sofre influência do meio ambiente, trabalho, relações pessoais, condições de vida, entre outros.

Segundo o texto de Fiomari *et al.* (2020), o modelo de atenção que tem na integralidade sua base, traz em sua gênese a escuta reflexiva, o questionamento e o diálogo enquanto instrumentos que marcam o dia a dia do trabalho efetivado junto ao indivíduo,

família e comunidade. Adotar tais práticas fortalece a necessidade da clínica ampliada atravessada pelo trabalho multiprofissional.

A potencialidade sinalizada nesse princípio, está em reafirmar a importância e necessidade de uma saúde voltada para o ser humano enquanto parte de um todo, de maneira biopsicossocial e não apenas enquanto modelo hegemônico, conforme versa o texto de Fiomari *et al.* (2020). O atendimento multiprofissional contempla o compromisso com a integralidade, sendo assim, alcançada de forma compartilhada através dos múltiplos saberes e práticas que estão relacionadas à produção de saúde.

Conforme explicita o texto de Fiomari *et al.* (2020), a integralidade oportuniza aprendizados que oferecem maturação no trabalho em conjunto, desenvolvendo atributos e habilidades que são extremamente necessárias para a equipe multiprofissional, tendo como finalidade uma formação pautada na complexidade e na natureza multifacetada da saúde, transpondo obstáculos que fazem parte do acesso aos serviços que compõem as redes de atenção à saúde.

A garantia de que a integralidade seja efetivada traz, em suma, a necessidade de que toda a equipe esteja alinhada e envolvida no atendimento, através do compartilhamento de informações e saberes. Além do mais, o paciente tem direito a um tratamento de forma humanizada, sendo respeitada sua individualidade e autonomia.

Essa abordagem integral é fundamental para que se evidencie um atendimento que preze por qualidade e efetividade, atendendo às necessidades reais do usuário e, dessa forma, possibilitando e viabilizando a prevenção, promoção e tratamento de doenças.

Para que haja a promoção dessa integralidade, faz-se necessário que os profissionais de saúde busquem estratégias que enxerguem o paciente de forma integral e não somente identificar e tratar um conjunto de sintomas ou doenças. O modelo biopsicossocial atua na busca da compreensão entre as causas e fatores que interferem na saúde do usuário, observando não somente suas queixas, mas seus aspectos emocionais, sociais e culturais.

O paciente é uma pessoa ativa e protagonista do seu processo de saúde- doença, tendo em vista que não é simplesmente um receptor passivo de tratamentos. Partindo desse

princípio, promove-se um atendimento mais humanizado e com foco no usuário, considerando suas necessidades e individualidades.

Portanto, o trabalho em equipe acontece a partir da interdependência entre os saberes desenvolvidos e a capacidade de agir junto ao coletivo, conforme o PPP ESP/CE (2012). É dessa forma que se é contemplada a multiprofissionalidade, tendo a interdisciplinaridade como meta.

A dificuldade encontrada nos textos de Casanova, Batista e Ruiz-Moreno (2015), Moura e Silva (2015), Gomes *et al.* (2017) e Araújo *et al.* (2018) versam sobre a efetivação da integralidade. Ambos sinalizam o modelo biomédico fortemente difundido na saúde, frente à busca por um olhar mais atento ao paciente. Tudo isso dificulta a efetivação da integralidade, tendo em vista o caráter universal do SUS, que acaba sofrendo ineficiência em sua execução e, conseqüentemente, sobresaindo-se frente ao modelo biopsicossocial.

Almeja-se a interpretação dos diversos fatores que interferem no processo de saúde-doença dos indivíduos, sendo assim, de fundamental importância discutir o modelo biopsicossocial para a concretização do cuidado integral efetivado pela gestão, equipe e o usuário.

O profissional de Serviço Social encontra-se diariamente buscando alcançar o modelo biopsicossocial, tendo em vista seu caráter integral. O indivíduo, a família e a sociedade fazem parte de uma estrutura macro que garante a promoção e prevenção da saúde através da integralidade proposta pela ABS em parceria com a residência multiprofissional.

A experiência do cotidiano, as questões sociais que afligem a população e o indivíduo, a dor que padece não somente na queixa física, são exemplos da necessidade de atuação de uma equipe multiprofissional engajada com o atendimento interdisciplinar. Somente dessa forma é que se poderá alcançar a tão sonhada integralidade na saúde.

7.3 Atenção Básica à Saúde (ABS)

Conforme cita o texto de Bones *et al.* (2015), a residência multiprofissional inserida na ESF participa do processo que tem como base a reorganização da ABS no país, trazendo como norte a PNAB (2017). A partir do trabalho em equipe multiprofissional, na qual suas diretrizes são baseadas no território e em consonância com o que está preconizado no PPP ESP/CE (2012), é que são firmadas as prioridades de ações, as potências e as limitações que se apresentam nesse processo.

No PPP ESP/CE (2012), o trecho que trata da interação efetiva da Estratégia Saúde da Família com membros, tanto da própria equipe como com os profissionais do NASF-AB (agora equipe multiprofissional - eMulti⁵), traz como centro o fortalecimento da equipe atuante na mesma rede de atenção, aplicando o escopo de ações no âmbito da ABS e visando uma diferente proposta de execução, tendo como objetivo a atenção integral e o cuidado.

Diante dos mais variados campos de atuação os quais a residência pode ser realizada, a ESF é um deles. Segundo o texto de Bones *et al.* (2015), nessa perspectiva, a prática interdisciplinar constitui um forte elemento para a produção da saúde e o fortalecimento da integralidade.

A integralidade da ABS e a residência multiprofissional pautam-se no acesso universal, visando garantir que o paciente tenha um atendimento de forma integral e completo, levando-se em conta não somente seu bem-estar físico, mas também o aspecto biopsicossocial e cultural que interferem diretamente no processo de saúde- doença.

Segundo o texto de Fiomari *et al.* (2020), a prática de utilizar a escuta qualificada, o diálogo e o questionamento fazem parte dos instrumentos que compõem a rotina de trabalho do serviço em parceria com as famílias e a comunidade.

⁵ A eMulti retoma, inova e fortalece o cuidado multiprofissional na Atenção Primária, a partir da experiência do Nasf que era parte estruturante do SUS. Para saber mais acessar a portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023 que Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.

O acolhimento das necessidades ampliadas de saúde do território, o comprometimento e o vínculo incentivam práticas mais integradas, balizadas pelo atendimento multiprofissional e interdisciplinar, indicando a potência que a configuração do modelo de atenção à saúde tem, chegando mais próximo da integralidade.

Ainda segundo o texto de Fiomari *et al.* (2020), o trabalho coletivo oportuniza um aprendizado em conjunto para o desenvolvimento da promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos pacientes. A oferta de oportunidades que vem ao encontro da educação multiprofissional e interdisciplinar são atividades que abarcam a complexidade do estímulo à promoção da saúde em um contexto com diversos processos que definem saúde e doença da população.

A superação dos obstáculos para o acesso a esses serviços garante a universalidade e a integralidade do cuidado, pois a busca pela extinção do modelo hegemônico em saúde no SUS é constante e necessária. A implementação de práticas que se guiam pela integralidade do cuidado na ABS deve ser o princípio norteador de todos serviços que são ofertados nela.

No texto de Moura e Silva (2015), a ampliação dos cuidados no território através dos usuários, além do fortalecimento da ABS, tem como premissa o atendimento à saúde, pensada a partir da articulação na rede através de diversas estratégias. Cita-se como uma delas, o suporte que a equipe de saúde dá às famílias no território. Esse atendimento é concebido a partir do compartilhamento de casos, escuta qualificada e clínica ampliada.

A ABS tem fundamental importância na articulação da rede, conforme afirma o texto de Moura e Silva (2015), tendo como foco, o próprio paciente do serviço e o seu bem-estar. Os profissionais devem estar em contato direto e constante com a população, pois a capacidade de reconhecer as necessidades no território permite que elas possam ser acompanhadas e atendidas, favorecendo a integralidade através do acesso e do vínculo com o serviço.

A vinculação junto ao serviço da ABS e o desenvolvimento da autonomia do usuário são citados no texto de Moura e Silva (2015) como necessidades de saúde, sendo questões que encontram na equipe multiprofissional o reforço da integralidade.

Importante frizar a relevância que o protagonismo do cidadão tem dentro do seu processo de saúde-doença, pois a partir do momento em que acontece a busca pela qualificação de suas queixas é que elas são externadas e, assim, cuidadas.

De acordo com o explicitado, a integralidade enquanto princípio do SUS garante à ABS a qualidade e o acompanhamento dos serviços de saúde oferecidos à população. Isso significa que todos os aspectos relacionados ao processo de saúde e doença do paciente devem ser levados em conta, passando desde a prevenção, diagnóstico até o tratamento e a reabilitação.

Para a promoção da integralidade do cuidado na ABS, faz-se necessário que os profissionais tenham uma atuação que contemple (de forma integrada) a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe através do compartilhamento de informações e conhecimentos. Ademais, a necessidade de uma abordagem humanizada que considere as necessidades, os valores e as emoções de cada usuário é cada vez mais urgente.

A ABS enquanto primeiro nível de atendimento é fundamental para a garantia da promoção da saúde da população, pois ela tem a responsabilidade de realizar ações que atravessam o eixo da prevenção, promoção e recuperação da saúde, além de buscar a garantia de que os acessos aos serviços serão ofertados de maneira humanizada e integral.

O texto de Carvalho *et al.* (2022) destaca a importância de ser enfatizada a educação popular em saúde, tendo em vista que nela existe a valorização dos saberes, o conhecimento prévio da comunidade e não apenas o que é produzido cientificamente. Dessa forma, o seu fortalecimento e compartilhamento pauta-se a partir da qualificação desse conhecimento.

Tal abordagem é traduzida no PPP ESP/CE (2012) quando ele cita a diretriz pedagógica da residência multiprofissional sobre a educação popular em saúde, partindo do princípio de que a educação em saúde deve respeitar a autonomia, trabalhando de forma pedagógica com os usuários e os grupos envolvidos nesse processo de participação popular.

Conforme Vasconcelos (2004), a formação ética e política deve ser atravessada pela articulação direta e coerente entre as pessoas envolvidas nesse processo, por meio do

fomento às formas coletivas de aprendizado e investigação sobre a promoção e prevenção da saúde na ABS. A criação de situações pedagógicas que remetem a experiência acumulada dos movimentos sociais e da educação popular em saúde é uma maneira de fortalecer a comunidade e o SUS.

A busca por métodos coletivos de aprendizagem e análise do território promovem o crescimento da investigação crítica perante a realidade apresentada, partindo do pressuposto de que o diálogo entre o saber popular e o acadêmico devem complementar-se para a garantia do cuidado integral do paciente, da família e da população adscrita pela UBS.

De acordo com o texto de Bones *et al.* (2015), o território é a soma de fatores históricos, sociais e ambientais que tem ligação direta com o processo de saúde-doença do paciente e da comunidade. Assim sendo, diante das eventualidades produzidas no contexto territorial, faz-se necessário não somente atuar enquanto equipe multiprofissional nele, mas também conhecer, desbravar e observar o que está posto, para que assim aconteça a interdisciplinaridade e a integralidade do cuidado.

A integralidade enquanto princípio do SUS, busca atender todas as necessidades de saúde do indivíduo, e não somente dele, mas também de sua família e da população adscrita, levando-se em consideração as complexidades e singularidades do território. A ABS e a residência multiprofissional são fundamentais para a garantia desse cuidado integral.

A busca pela modificação das condições de saúde que se apresentam na comunidade devem perpassar o trabalho da equipe multiprofissional de saúde, pois conforme o texto de Araújo *et al.* (2018), a pluralidade de conduta, a capacidade e o conhecimento tanto técnico como científico, são a base para o estímulo de atitudes saudáveis que almejam eliminar os riscos que envolvem a saúde da população.

Ainda segundo o texto de Araújo *et al.* (2018), diante do que propõem a integralidade do cuidado no SUS e baseando-se no panorama encontrado na ABS, novas formações são propostas. Refletir sobre as particularidades do processo de correlação entre os profissionais e os aspectos que incidem sobre o trabalho cooperado vem quebrar

paradigmas, de maneira a construir a promoção de saúde na ABS e, conseqüentemente, a integralidade.

A residência multiprofissional ao promover a formação de profissionais de diversas áreas de saúde, traz em seu cerne a abordagem interdisciplinar e integral. Tendo como foco a ABS, ela objetiva o desenvolvimento de ações que viabilizem a saúde e previna doenças, através da oferta de diagnóstico e tratamento.

Além disso, o PPP ESP/CE (2012) tem como diretriz pedagógica a educação permanente em saúde, partindo do pressuposto da aprendizagem significativa, sugerindo a transformação das práticas profissionais.

Baseando-se na reflexão crítica do serviço e do fazer profissional na ABS é que se propõe o desenvolvimento e melhoria dessas práticas, tendo como referência a demanda de saúde atrelada as pessoas e a comunidade. A alteração das práticas profissionais e da própria organização do trabalho na ABS acontece quando, segundo Carvalho *et al.* (2022), há a produção de sentidos entre o contexto e a aprendizagem.

No texto de Gomes *et al.* (2017) são descritas algumas mudanças consideráveis no âmbito da saúde, sendo a criação da residência multiprofissional uma delas. Nesse tipo de formação são possibilitadas a troca de saberes entre as diversas categorias profissionais inseridas no contexto, abrindo espaço para que esses trabalhadores possam estar inseridos no contexto do SUS.

O desafio de construir um modo de fazer saúde diferente do modelo médico- paciente é constante, pois segundo o texto de Gomes *et al.* (2017), partindo do pressuposto da proposta do trabalho em equipe multiprofissional é que se busca a compreensão do paciente e do contexto no qual ele está inserido, tendo a oportunidade de ouvir suas queixas e trabalhar as potencialidades apresentadas pela ABS.

O olhar de maneira integral para o indivíduo só é possível diante do trabalho exercido pela multiplicidade de profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional e o seu compromisso com o princípio da integralidade na ABS.

A ABS tem na residência multiprofissional uma potente ferramenta de fortalecimento das suas ações e estratégias, uma vez que os profissionais inseridos no serviço têm um olhar ampliado e integrado sobre a saúde do território, além de possuir habilidades e competências para lidar com as demandas oriundas da população.

Portanto, a integração entre a ABS e a residência multiprofissional são de suma importância para a garantia de uma assistência de qualidade à população, tendo como enfoque o trabalho voltado para a prevenção e promoção da saúde, para que dessa forma, produza-se a integralidade do cuidado.

7.4 Ações Inovadoras para a integralidade do cuidado na ABS através da residência multiprofissional

Em virtude do que foi apresentado, é de relevância para o estudo mostrar algumas ações inovadoras que contribuem para o processo de efetivação da integralidade no trabalho desenvolvido na Atenção Básica à Saúde.

A residência multiprofissional (enquanto formação no serviço e para o serviço) busca estimular ações para que os espaços de legitimação da garantia do que está promulgado desde a Constituição Federal de 1988 até seus decretos, programas e projetos sejam efetivados.

O principal objetivo da residência multiprofissional, segundo Bernardo *et al.* (2020), é o ensino e a formação de profissionais de saúde. Dessa forma, busca-se estimular a especialização dos residentes através das prerrogativas que dizem respeito ao cuidado integral à saúde; o trabalho com pessoas, famílias e comunidades; educação em saúde, tendo como primazia sempre a qualidade de vida dos usuários.

Dito isso, Bernardo *et al.* (2020) apresenta o trabalho integrado da residência junto aos princípios e diretrizes da ABS, enxergando-o enquanto seu aspecto dinâmico e vivo, proporcionando alterações no modo de produzir saúde. A subjetividade, implícita nas ações, formam a relação entre residência multiprofissional e ABS, culminando em integralidade do cuidado.

A figura do residente no cenário de prática proporciona uma ampliação na capacidade da equipe em encontrar melhores soluções para os problemas de saúde dos pacientes. Conforme Bernardo *et al.* (2020), o apoio junto aos cuidados, a troca de experiências, discussões de casos dão um suporte singular e único para refletir e promover saúde no território.

Vale salientar que a carga horária da residência multiprofissional possibilita o estudo teórico adjunto da prática, não havendo dissociação de uma para outra. Ou seja, essa formação não acontece de forma isolada e sim como um processo contínuo e longitudinal.

O texto de Bones *et al.* (2015), objetiva analisar a integralidade da atenção à saúde e à educação a partir da ação das residentes do Programa da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança com transversalidade em violências e vulnerabilidades inseridas numa equipe de Estratégia de Saúde da Família no Município de Porto Alegre e na escola estadual pertencente ao seu território.

Um grupo de residentes, através de suas ações, encontrou como principal resultado: a prática interdisciplinar de forma consciente permite a organização do processo de trabalho com o escopo da prática colaborativa através do Programa Saúde na Escola (PSE).

O trabalho multiprofissional contempla ações que vão para além da saúde biomédica, sendo percebida as nuances que perpassam a área social, política, sanitária e corpórea. Analisar e intervir "*in locus*" traz em si a singularidade de efetivamente produzir saúde no aspecto biopsicossocial.

A partir da lógica do trabalho entre saúde e educação, a residência multiprofissional pode desenvolver-se através de atividades que incluem os alunos da referida escola através de debates sobre os temas que fazem referência a realidade local. A percepção de que saúde faz-se não apenas tratando a doença, mas também as causas e seus possíveis desdobramentos, são de extrema importância para a promoção e prevenção da saúde da comunidade.

O olhar singular da equipe multiprofissional na ABS oportuniza aos indivíduos, famílias e a população uma integralidade do cuidado. A residência multiprofissional por intermédio da formação em serviço proporciona a efetivação dos princípios e diretrizes

previstos no SUS.

No artigo de Gomes *et al.* (2017), o mesmo traz como resultados a possibilidade de participação na gestão como forma de melhorar os serviços de saúde prestados junto a população. Em relação à atenção à saúde, os desfechos apontaram para um atendimento pautado no princípio da integralidade.

A experiência foi baseada pelo quadrilátero da formação para a área da saúde preconizado por Ceccim e Feuerwerker (2004), no qual pressupõe-se quatro eixos, a saber: gestão (a participação no processo de organização do trabalho na saúde); atenção à saúde (a integralidade nas práticas em saúde); ensino (a formação de profissionais para o SUS) e controle social (a modificação da realidade dos serviços de saúde).

Dessa forma, foi percebido a necessidade de trabalhar-se não somente voltado para contemplar o que vem proposto pela equipe de saúde, mas também priorizar ações que abarquem a demanda da população. A vivência experienciada na realidade da comunidade e mediada por conhecimentos que tragam uma visão crítica da sociedade formam as práticas de saúde oferecidas pelo estado.

Pensar esses quatro eixos é fomentar a integralidade do cuidado através de projetos e ações que visem suprir a necessidade dos serviços para aquela população, tendo em vista seu caráter multiprofissional encarado pela ABS ao dispor da equipe da residência.

A perspectiva clássica uniprofissional, orientada pelo atendimento assistencial e biomédico passa a ser substituído pela visão holística, observando que tudo está interligado e fazendo parte de um todo, abarcado pelo macro, de maneira que as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do indivíduo tem profunda conexão.

Araújo *et al.* (2018) evidencia a integralidade do cuidado voltado ao público infantil, relatando uma experiência em parceria com o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e uma unidade da Estratégia em Saúde da Família.

Inicialmente à consulta, era estimulado uma conversa informal com as mães/responsáveis, e posteriormente um dos profissionais explanava sobre sua expertise

na atenção à saúde infantil, abrindo para a colaboração interprofissional onde, para finalizar, eram tomadas as medidas de vigilância tradicionais às consultas de puericultura.

Partindo do pressuposto da integralidade do cuidado, a importância de cada categoria profissional é imprescindível para a realização das atividades da residência multiprofissional. A ABS é seminal para a promoção da saúde e suscita a potencialização da busca por melhorias nos determinantes sociais da saúde da população.

A interação entre as profissões, dentro de cada expertise, pode promover aspectos de prevenção e promoção de saúde, potencializando todas as áreas e fortalecendo o trabalho interprofissional e assim, modificar e melhorar a saúde dos indivíduos, família e comunidade.

A possibilidade de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, bem como a promoção do acesso à saúde e as informações referentes ao cuidado integral promovidos pelo trabalho realizado através da residência multiprofissional, aumentam a adesão da população às consultas e, conseqüentemente, o conceito ampliado de saúde é vivenciado e compreendido tanto pela equipe de referência quanto pela comunidade.

Carvalho *et al.* (2022), relata que a residência multiprofissional traz no seu bojo teórico-prático o incentivo à educação permanente, tendo em vista que esse processo de ensino e aprendizagem traduzem-se numa política com pilares e diretrizes firmados no contexto do SUS. Enfatizar a educação popular em saúde através da valorização dos saberes, do conhecimento prévio da população e não somente a produção acadêmica, são peças fundamentais na construção do conhecimento e do fazer saúde no território.

Os ACS são atores fundamentais para a promoção e prevenção da saúde na comunidade, pois são eles o elo entre a ABS e os indivíduos, dessa forma, a busca pela qualificação dessa força de trabalho garante a integralidade do cuidado junto aos indivíduos e famílias.

A construção de estratégias que visem a comunicação de forma acessível, orientações que alcancem toda a parcela da população e treinamento que supra a demanda daquela comunidade, através de supervisão e acompanhamento fazem dessa atividade uma educação em saúde eficaz e com caráter longitudinal.

Notou-se como principais desafios enfrentados por essa categoria a sua relação com a equipe de saúde da família da Unidade Básica de Saúde. A atividade também permitiu um espaço de reflexão sobre os impactos dessa interação entre a equipe e os ACS na comunidade.

Com isso, enfatizar o protagonismo dos ACS junto à comunidade por intermédio da educação permanente mediada pela equipe da residência multiprofissional, fortalece o que está preconizado nas primícias do SUS. Atuar de forma a contemplar a garantia da integralidade do cuidado, perpassando o eixo da qualificação e reconhecimento profissional são nuances que possuem extrema relevância no processo de saúde-doença de todos os envolvidos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa dissertação realizou-se uma investigação sobre compreensão da importância da residência multiprofissional para a efetivação da integralidade na Atenção Básica à Saúde, a partir da identificação da relação existente entre esse princípio do SUS e o fazer dos residentes no contexto da ABS.

Dessa forma, foi possível mensurar que a residência multiprofissional tem como essência os valores éticos e políticos do SUS, tendo como primazia a busca por mudar/melhorar o fazer saúde junto aos indivíduos, comunidade e a equipe de saúde. As ações inovadoras apresentadas trazem esse aspecto enquanto execução do trabalho multiprofissional junto a comunidade e o território de atuação da residência.

A ABS enquanto uma das portas de entrada dos serviços de saúde, é peça fundamental no desenvolvimento dessas ações, tendo em vista seu caráter singular de estar no território e ter a capacidade de conhecer e acompanhar as famílias adscritas. Poder promover saúde é também proporcionar qualidade de vida a essas pessoas, sendo assim, referência para todos os outros serviços de saúde.

Com isso, indica-se a fundamental necessidade de persistir com o trabalho da residência multiprofissional, através da sua manutenção, debate e contribuição para alterar o modelo biomédico vigente. O desenvolvimento de práticas e habilidades que ultrapassem o atendimento individualista e curativo estimulam e ampliam o serviço por meio da equipe multiprofissional.

A atuação de forma humanizada e integral complementam o desempenho da residência multiprofissional no território da ABS, criando e reforçando o vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde. O estímulo à produção de saúde perpassa o eixo da autonomia e singularidade presentes em cada indivíduo.

O princípio norteador do SUS vem contemplar a população com a integralidade, pois conhecer os modos de produzir saúde e doença, levando-se em consideração os aspectos políticos, sociais, espirituais, ambientais e, por fim, humanos, faz do paciente não apenas uma pessoa que apresenta sintomas, mas alguém que tem relação com o meio em que vive e que intervém diretamente nesse processo.

Abordar a intenção do trabalho interdisciplinar não é sinônimo de realizá-lo. É desuma importância que se busque não somente o conhecimento e realização dessas práticas na política de saúde e do contexto no qual a residência multiprofissional apresenta-se. Há também a necessidade de que essa conjuntura, formada a partir de uma construção histórica e antagônica, consiga sustentar-se a longo prazo.

Buscar efetivar o trabalho multiprofissional na ABS almejando a integralidade do cuidado é um grande desafio atual, pois perpassa o eixo da inserção de profissionais de diferentes áreas e a garantia da sua efetivação enquanto proposta metodológica de trabalho, isso só é possível através de uma leitura crítica e contextual da realidade.

A constituição e implementação do SUS a partir da integralidade trouxe em seu cerne a possibilidade (e também a necessidade) de novas configurações e estratégias para sua efetivação. A residência multiprofissional é uma formação que se dá pelo e para o trabalho em saúde, contribuindo assim com o fortalecimento e efetivação do sistema de saúde.

Nesse sentido, a partir do trabalho desenvolvido, levantaram-se as evidências sobre a importância de uma formação que atenda não somente as demandas preconizadas no SUS, mas também contemple as necessidades da população que são usuárias desse serviço.

A formação da residência multiprofissional na ABS confirma a relevância da troca entre os princípios elencados pelo SUS e a realidade do contexto social na qual a população adscrita encontra-se inserida, de maneira que possibilite a implicação crítica frente às práticas de saúde oferecidas ao paciente, sua família e comunidade.

O atendimento assistencial ofertado pela ABS através da residência multiprofissional deixa de ser essencialmente curativo e pontual, passando a ser interpelado pela dimensão biopsicossocial, orientada para a integralidade do cuidado tanto de forma individual quanto coletiva.

A residência multiprofissional, tendo como proposta basilar seu Projeto Político Pedagógico, constituiu-se enquanto modalidade de formação vivenciada nos serviços do SUS. A potência que aí reside, orienta-se pela apreensão e atendimento ampliado frente às demandas de saúde da população.

Tal formação ocorre a partir da integração das atividades teórico e práticas, que se capilarizam no trabalho interdisciplinar e na permanente troca entre os núcleos profissionais, o serviço e a comunidade.

A contribuição científica apresentada nessa dissertação diz respeito a colaboração que a residência multiprofissional realiza frente à efetivação do princípio da integralidade proposta pelo SUS. A promoção da saúde através do trabalho interdisciplinar afirma-se enquanto metodologia extremamente importante para a busca por mudanças do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial.

Os resultados encontrados podem (e devem) ser usados na aplicação prática da Atenção Básica à Saúde, pois a promoção e melhoria da qualidade do acesso ao serviço a partir da atuação da residência multiprofissional contribuem significativamente para a adesão da comunidade às consultas na UBS e na Rede de Atenção à Saúde, bem como impulsiona o protagonismo exercido pelos pacientes em seu próprio processo de saúde-doença.

A colaboração social que o conhecimento adquirido nessa pesquisa traz, versa sobre a mudança cultural no que diz respeito aos usuários em buscar o cuidado em saúde, desvencilhando-se do modelo hegemônico centrado nas ações médico- curativas.

A formação profissional pautada na aprendizagem pelo trabalho em ato; produção da saúde em defesa da vida; educação permanente em saúde; promoção da saúde e a educação popular denotam a oportunidade de promover o cuidado na perspectiva da integralidade.

O olhar singular para as questões sociais, as situações de vida e saúde são diferentes e único em cada caso e para cada paciente. Ao relacionar essas necessidades ao contexto biopsicossocial no qual os usuários encontram-se inseridos, a ABS rompe de forma radical com o modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde.

Ademais, toda pesquisa diz respeito a um recorte da realidade, sendo apenas uma das formas de perceber determinado fenômeno. Assim sendo, essa dissertação traz como limitações a não abrangência da pesquisa a partir de um panorama que apresente a compreensão da importância da residência uniprofissional e multiprofissional do estado a

partir das duas Escolas de Saúde Pública existentes nele.

Outra lente teórica não aprofundada foi a identificação da relação entre os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade. Eles constituem a base para que a saúde funcione e organize-se, ratificando direitos conquistados historicamente de forma democrática e humanista.

Dessa forma, sugere-se enquanto pesquisas futuras, o aprofundamento sobre a compreensão do funcionamento e efetivação tanto da residência multiprofissional, quanto da residência uniprofissional para a materialização dos princípios da universalidade, integralidade e equidade no SUS.

A residência uniprofissional enquanto caráter de atuação de uma categoria profissional apenas, visa a formação em serviço de forma especializada de profissionais através das atividades em diversos cenários de práticas. A associação entre as bases conceituais e científicas somada a esse trabalho, tem como resultado a busca pela qualificação de especialistas para o trabalho no SUS.

A residência multiprofissional, por sua vez, apresenta-se enquanto formação em serviço baseada pela dimensão do trabalho interdisciplinar. Em seu bojo está a busca pelo atendimento e fortalecimento da clínica ampliada, pautada nas demandas biopsicossociais do usuário, da família e da comunidade.

Os princípios do SUS a partir da Constituição Federal (1988) e da Lei Orgânica da Saúde (1990) representam uma conquista democrática que transformou o modo de produzir saúde no país. A universalidade enquanto princípio fundamental defende que o acesso ao SUS deve ser para todos e todas, sem discriminação de cor, credo ou classe social.

A integralidade, explorada nesse trabalho, apresenta-se enquanto princípio que garante a integração de ações, programas e serviços, através da promoção da saúde, prevenção, tratamento e a reabilitação de doenças. Através da ampliação dos atendimentos e da visão integral do ser humano foi que esse princípio firmou-se, fazendo parte da estrutura e organização do SUS.

Por fim, a abordagem da equidade a partir da ótica de que as demandas de cada paciente são únicas e singulares, sendo necessário desprender mais para alguns e menos para outros. Esse princípio tem relação direta com os conceitos de igualdade e justiça, dessa forma compreendê-lo enquanto princípio fundamental para a atuação profissional da residência e, conseqüentemente, efetivação da saúde, são de suma importância para a comunidade acadêmica e a sociedade.

9 REFERÊNCIAS

ALVES, Pedro Henrique Melo *et al.* **Reflexões sobre o cuidado integral no contexto étnico-racial: uma revisão integrativa.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online].2020, v. 25, n. 6, pp. 2227-2236. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.23842018> . Acesso em: 14 jan. 2023.

ARAÚJO, Denísio Caio; LUCENA, Eudes Euler de Souza; TAVARES, Thais RaquelPires *et al.* **Promoção de saúde bucal nas consultas de crescimento e desenvolvimento na Atenção Primária: um relato de colaboração interprofissional.** *Revista Ciência Plural.* 2018;4(2):87-101. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/16841/11269>. Acesso em: 06 nov. 2022.

ARRUDA, Gisele Maria Melo Soares *et al.* **O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família.** *Interface - Comunic., Saúde, Educ, Botucatu*, v. 22, p. 1309-1323.2017. Supl.1. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0859>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/zPzhcPPr9Ghym9yzjvZQLvk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 jan. 2023.

BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; OLIVEIRA, Eliany Nazaré de; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de *et al.* **A Residência em Saúde da Família em Sobral: um ano formando especialistas em larga escala.** *SANARE – Revista Sobralense de Políticas Públicas*, Ano II, n.o 3, out./nov/dez.2000.

BARROSO, Julie; GOLLOP, Claudia; SANDELOWSKI Margarete; MEYNELL Janet; PEARCE, Patricia *et al.* **The Challenges of Searching for and Retrieving Qualitative Studies.** *West J Nurs Res.* mar. 2003 v.25, n.2, p. 153-178. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0193945902250034>. Acesso em:25 mar. 2022.

BASILE, Gonzalo. **El gobierno de la microbiología en la respuesta al SARS-CoV-2.** *Salud Problema*, n. 27, p. 14-35, 2020. Disponível em: <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2020/11/Revista-SaludProblema-2020-El-Gobierno-de-la->

[microbiologi%CC%81a-en-la-respuesta-SARS-CoV-2.pdf](#). Acesso em: 05 jan. 2023.

BENEFIELD, Lazelle Elsevier. **Implementing evidence-based practice in homecare.**

Home Healthc Nurse 2003 Dec; 21(12):804-11.

BERNARDO, Mariana da Silva; FABRIZIO, Greici Capellari; SOUZA, Marina Leite; SANTOS, Thiago Oliveira dos; ANDRADE, Selma Regina de. **A formação e o processo de trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia inovadora.**

Revista Brasileira de Enfermagem. 2020;73(6):e20190635. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/DgtKYSzzJxLvkwg5PWdcS6z/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 01 mar. 2023.

BONES, Ana Amélia Nascimento da Silva; WEBER, Silvio César Cazella, Lara Susane;

COSTA, Maira Rafaela Röhrig; SARAIVA, Márcia Pereira; BOPSIN, Marina Ramos.

Residência multiprofissional tecendo práticas interdisciplinares na prevenção da violência. ABCS Health Sci. 2015; 40(3):343-347. Disponível em:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/06/6064/819-texto-do-artigo.pdf>. Acesso em: 07 nov.

2022.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo.

O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. Gestão e Sociedade.

Belo Horizonte, v.5, n. 11, p. 121-136 · maio-ago. 2011 · ISSN 1980- 5756. Disponível em:

<http://www.spell.org.br/documentos/ver/10515/o-metodo-da-revisao-integrativa-nos-estudos-org--->. Acesso em: 25 abr. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de**

1988. Brasília, DF: Presidente da República, 2016. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 02 fev. 2021.

BRASIL. **Lei nº 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.** Brasília:Ministério da Saúde; 1990.

BRASIL. **Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências.** Brasília (DF):1998a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19610.htm . Acesso em: 25 mar. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 out. 1998b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html>Acesso em: 28 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS (Departamento de Informática do SUS).** Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 16 jul. 2023.

BRASIL. **Lei nº 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 União, Brasília, DF, 01 jul. 2005a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf. Acesso em: 28 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Portaria n.º 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui o programa de bolsas para Educação pelo Trabalho e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005b. Seção 1, p. 112.

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de

Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. FARJADO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lúcia, organizadores. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 16 jul. 2023.

BRASIL. **Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Brasília: ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 08 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Regionalização da Saúde – O Decreto nº 7.508/11 e os desafios da gestão do SUS**. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/regionalizacao_saude_decreto_7508.pdf Acesso em 13 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (Ciênc. Saúde coletiva, 2000 5(2)), 219-230. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/mvLNphZL64hdTPL4VBjnrLh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2022.

CARVALHO, Daniel Jackson Gonçalves; OLIVEIRA, Pâmela Soares; SILVA, Amanda Oliveira; CORDEIRO, Magali Carla; SOUZA, Thalyta Nogueira; NETO, Eliana Custódio; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. **Atuação dos residentes multiprofissionais em saúde da família na capacitação de Agentes Comunitários de Saúde: relato de experiência**. *Revista Ciência Plural*. 2022; 8(1): e25324. Disponível em:

<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/25324/14894>. Acesso em: 05 nov. 2022.

CASANOVA, Isis Alexandrina; BATISTA, Nildo Alves; RUIZ-MORENO, Lídia Ruiz-Moreno. **Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde**. *ABCS Health Sci*. 2015; 40(3):229-233. Disponível em:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/6045/a5351.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2022.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. *Physis*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41- 65, 2004.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde**. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(37):589-99.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética do Profissional Assistente Social**. Brasília, 1993.

CRUZ, Márcia Cristine Carvalho. **O conceito de cuidado à saúde [dissertação]**. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2009.

DIERCKS, Margarita Silva *et al.* **O currículo integrado como estratégia de formação teórica em atenção primária à saúde para residentes dos programas de saúde da família e comunidade**. In: FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer.; PASINI, Vera Lúcia (orgs). Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 173-189.

FIOMARI, Kelly Karina; GODOI, Sabrina Silva ; CAMPOI, Ana Laura; CAMARGO, Fernanda Carolina; DE WALSH, Isabel Aparecida Porcat. **A utilização da abordagem familiar por residentes multiprofissionais em saúde: estudo de caso**. Revista APS, jul./set. 2020; 23 (3): 656 – 671. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16722/22915>. Acesso em: 07 nov.2022.

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

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano MMendes; ALMEIDA, Patty Fidelis. **Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1.475-1.482, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.01842020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJqxYdjYG/?lang=pt> . Acesso em: 05 jan. 2023.

GOMES, Eliza Regina; HEBERLE, Aline Mariana; MAXIMO, Carlos Eduardo; MANSKE, George Saliba. **Psicólogos na residência multiprofissional em Atenção Básica: estudo a partir de documentos e sujeitos**. Revista Saúde e Pesquisa, v.10, n. 2, p. 271-282, maio/agosto 2017 - ISSN 1983-1870 - e-ISSN 2176-9206. Disponível em:

<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5817/3053>. Acesso em: 05 nov. 2022.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. **Projeto Político Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Informações político-pedagógicas.** Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues, 2012. Plataforma “ESP Virtual”. Disponível em: [PPP PROGRAMA DE RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAUDE DA FAMILIA .pdf](#). Acesso em: 04 fev. 2022.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Residência Integrada em Saúde – RIS ESP/CE. Regimento. **A Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da Residência Integrada em Saúde (RIS-ESP/CE) vinculadas à Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues (ESP/CE) vem estabelecer as seguintes normas gerais para constituir o Regimento Interno da Residência Integrada em Saúde (RIS-ESP/CE), orientadas segundo as orientações da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e em área profissional de Saúde (CNRMS).** Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues, 2013. Plataforma “ESP Virtual”. Disponível em: [REGIMENTO RMSFC VERSAO 29 ABRIL .pdf](#). Acesso em: 31 mar. 2023.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Regionalização. Ceará, 2017. **Mapa completo das superintendências regionais e os consórcios públicos do Ceará.** Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/#:~:text=As%20Superintend%C3%A2ncias%20est%C3%A3o%20distribu%C3%ADdas%20em,um%20modelo%20de%20governan%C3%A7a%20compartilhada>>. Acesso em: 20 set. 2022.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Residência Integrada em Saúde – RIS ESP/CE. **Manual do Profissional Residente. Informações ético-político- pedagógicas.** Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues, 2020. Plataforma “ESP Virtual”. Turma VII (2020-2022). Disponível em: <https://www.resmedceara.ufc.br/ares/wp-content/uploads/2020/02/MANUAL-DO-CANDIDATO-TURMA-VII-REVIS%C3%83O-1.pdf>. Acesso em: 22 out. 2022.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. **Tutorial de Percurso de Rede (Turma IX). Orientações Técnicas.** Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues, 2023. Plataforma “ESP Virtual”. Disponível em: <https://cursos.espvirtual.esp.ce.gov.br/mod/folder/view.php?id=21005>. Acesso em: 31 mar. 2023.

GUERRA, Tamarina Monique Silva; COSTA, Maria Dalva Horácio da. **Formação profissional da equipe multiprofissional em saúde: a compreensão da intersectorialidade no contexto do SUS.** Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 16, n.2, p. 454 - 469, ago./dez. 2017. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/27353/16424>. Acesso em: 05 nov. 2022.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2020.** Disponível em: <html: www.ibge.gov.br >. Acesso em: 15 fev. 2022.

LAMANTE, Márcia Parente Silva. **A educação permanente e as práticas em saúde: concepções de uma equipe multiprofissional.** Revista Pesquisa Qualitativa, 2019, v.7, n.14. Disponível em: < <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/268>>. Acesso em: 15 mar. 2022.

LIMA, Margarete Maria de; KLOH, Daiana; REIBNITZ, Kenya Schmidt. **Integralidade na relação pedagógica: um novo olhar para a formação do enfermeiro.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 10(8):3130-6, ago., 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11385>>. Acesso em: 19 mar. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça Mendes. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça Mendes. **Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 23(2):431-435, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>. Acesso em: 04 set. 2022.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, dez. 2008. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tiWs4wHNqNjKJLkXQ/?format=pdf&lang=pt> .Acesso em: 25 abr. 2022.

MENEZES, Katiucha Mendes DE; POMPILIO, Maurício Antonio; ANDRADE, Sônia Maria de Oliveira. **A integração do cuidado: dificuldades e perspectivas.** Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Recife-PE, 13(4):1052-63, abr., 2019. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238305/31811> .Acesso em: 28 mar. 2022.

MERHY, Emerson Elias; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; RIMOLI, Josely; FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva, organizadores. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** Hucitec, São Paulo, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely; GOMES, Romeu (Orgs.). **Pesquisa social: Teoria, métodos e criatividade.** 25^o ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, Jan./Mar. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?lang=pt> . Acesso em: 14 jan. 2023.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, e00040220, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00040220. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6t_Gzq6p/?lang=pt&format=html. Acesso em: 05 jan. 2023.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira. **Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1. 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00206316. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xQJV3bsq88NmRJxrCm45LDK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 jan. 2023.

MOURA, Raul Franklin Sarabando; SILVA, Carlos Roberto de Castro. **Saúde Mental na Atenção Básica: Sentidos Atribuídos pelos Agentes Comunitários de Saúde.** Psicologia: ciência e profissão, 2015, 35(1),199-210. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/LkdPLKwt35ZdSj7kLbYs8wc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2022.

MOURA, Clara Wirgínia de Queiroz. **Aproximação entre a formação em residências multiprofissionais em saúde da família e política nacional de atenção básica.** 2020. 96 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Família) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Campus Sobral, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2020.

NAKATA, Liliane Cristina; FELTRIN, Aline Fiori dos Santos; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi; FERREIRA, Janise Braga Barros. **Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo.** Escola Anna Nery, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154>. Acesso em: 22 set. 2022.

OLIVEIRA, Inajara Carla; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. **Integralidade: algumas reflexões.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 42, p. 146-152, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/8tH7ktMLYjTxKQyqMJsQPMm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2022.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família.** Revista Brasileira de Enfermagem. V. 66 (esp.). set. 2013. p.158-164. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?lang=pt>. Acesso em: 09 set. 2022.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata: primeira conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. Genebra, 1978.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate [Internet]**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [citado 2019 Fev 28]. 113 p. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1366-aatencao-a-saude-coordenada-pela-aps-construindo-as-redes-atencao-no-sus-serie-navegadorsus-n-2-6&category_slug=serie-navegadorsus239&Itemid=96. Acesso em: 18 abr. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books . Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. Saúde no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa/Brasil**. Brasília:Ministério da Saúde; 2004.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. Boletim do Instituto Saúde, v.12, n.2 São Paulo, ago. 2010. Disponível em:<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/5975/1/Paim%20JS.%202010%20Artigo2.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2022.

PARENTE, José Reginaldo Feijão *et al.* **A trajetória da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral**. In: BRASIL. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério daSaúde, 2006. p. 81-96.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francine Lube. **Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano**. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco; IMS/Uerj, 2004.

p. 21-36.

PUCCI, Vanessa Rodrigues *et al.* **Profissionais de saúde em serviços de APS: integralidade na saúde.** Revista de APS, 2019, v.22, n.3. Disponível em: <
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16774>>. Acesso em: 15 mar. 2022.

SAMPAIO, Rosana Ferreira; MANCINI, Marisa Cotta. **Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica.** Revista Brasileira de Fisioterapia, v. 11, n. 1, p. 83–89, 2007. Disponível em: <https://url.gratis/a1qeGR>. Acesso em: 12 jul. 2022.

SHORTELL, Stephen. M. *et al.* **Remaking health care in America: building organized delivery systems.** San Francisco, Jossey-Bass, 1996.

SILVA, Letícia Batista. **Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica.** Rev. katálysis 21 (01), Jan-Apr 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>. Acesso em: 18 fev. 2022.

SILVA, Letícia Batista. **Residência Multiprofissional em saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica.** Revista Katál., Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan./abr. 2018 ISSN 1982-0259. Disponível em:
https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/43984/Artigo_Residencia_Let%c3%adicia_Rev%20Katalysis%202018.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 06 nov. 2022.

SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana (org.) **Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social. Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional.** São Paulo: Papel Social, 2013. p. 183-200.

SILVA, Quelen Tanize Alves; CABALLERO, Raphael Maciel da Silva. **A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência.** FARJADO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lúcia., organizadores. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

SILVA, Wagner Ramedlav de Santana *et al.* **A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de Covid-19.** Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 19, e00330161, 2021. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00330.

SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira. **O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências [dissertação].** Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

SOUSA, Francisca Lopes *et al.* **A Política Municipal de Educação Permanente em Sobral- Ce.** SANARE, Sobral, v.7, n. 2, p.14-22, jul./dez. 2008. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/27> . Acesso em: 14 jan. 2023.

SOUZA, Aline Pereira; REZENDE, Katia.; MARIN, Maria José; TONHOM, Silvia. **Estratégia saúde da família e a integralidade do cuidado: percepção dos profissionais.** Revista Baiana de Enfermagem, [S. l.], v. 34, 2020. DOI: 10.18471/rbe.v34.34935. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/34935>. Acesso em: 07 mar. 2023.

SOUZA, Wayner Vieira *et al.* **Cem dias de Covid-19 em Pernambuco, Brasil: a epidemiologia em contexto histórico.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, e00228220, 2020. DOI: 10.1590/0102- 311X00228220. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9fftqsXHZwBPhCZs6jf448q/?format=html&lang=pt> . Acesso em: 14 jan. 2023.

STARFELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

STILLWELL, Susan B.; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen; MELNYK, Bernadette Mazurek; WILLIAMSON, Kathleen M. **Searching for the Evidence: Strategies to help you conduct a successful search.** American Journal of Nursing (AJN), jan.2010, v. 110,n.1. p. 51-53. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20520115/> . Acesso em:25 abr. 2022.

SUCUPIRA, Ana Cecília; MENDES, Rosilda. **Promoção da Saúde: conceitos e definições**. SANARE - Revista de Políticas Públicas, [S. l.], v. 4, n. 1, 2013. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/107>. Acesso em: 07 abr. 2023.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2014: the Systematic Review of Economic Evaluation Evidence**. Austrália: 2014. p. 40. Disponível em: <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Economic.pdf>. Acesso em: 03set. 2022.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira *et al.* **Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2021, v. 26, n. 10 [Acessado 24 Abril 2022] , pp. 4769-4782. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>. Acesso em: 13 mar. 2022.

VASCONCELOS, Celso dos Santos. **Projeto Político-Pedagógico: Educação Superior**. Campinas, SP; Papyrus, 2004.

VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa *et. al.* **Implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Estado do Ceará: um estudo de avaliabilidade**. Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde, Rio de Janeiro, v.7, n. 4, Dez. 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/17225/2/13.pdf> .Acesso em: 14 jan. 2023.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. **A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família**. Esc Anna Nery. 2013 jan/mar;17(1):133-41. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ean/a/Mvw7qhGmg83v7x4bCFxhcsz/?lang=pt> >. Acesso em: 25 maio 2022.