

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY AND SOCIAL SERVICE IN PRIMARY CARE: EXPERIENCE REPORT

Kiara Kelly Barroso de Melo Amado **1**

Andrea Siqueira Montalvão **2**

Fernanda Carneiro M. Noleto **3**

Resumo: O objetivo desse trabalho é relatar a experiência da residente assistente social no programa de residência da Saúde da Família e Comunidade, realizado nos Centros de Saúde da Família e Comunidade do território Xambioá 1, em Palmas-TO. Em relação ao percurso metodológico, a residente pretende se dedicar à alguns tópicos específicos que chamaram a atenção em sua vivência profissional, como: os atendimentos de planejamento reprodutivo; os atendimentos para concessão de fórmula nutricional especial (elaboração de parecer social); e visitas domiciliares. As técnicas utilizadas para trazer tais informações, foram a observação direta, o diário de campo e anotações. Dessa forma, considera-se abordar também sobre o seu processo de ensino aprendizagem percorrido ao longo destes dois anos. Acredita-se que os resultados e discussões do relato de experiência vão contribuir para uma maior compreensão crítica sobre esta especialização vivenciada, como processo formativo e contínuo do profissional e os desafios presentes no programa.

Palavras-chave: Serviço Social. Residência Multiprofissional. Formação Profissional.

Abstract: The objective of this work is to report the experience of the resident social worker in the family and community health residency program, carried out in the Family health centers and community of the Xambioá 1 territory, in Palmas-TO. Regarding the methodological path, the resident intends to dedicate herself to some specific topics that drew attention in her professional experience, such as: reproductive planning services; the care for granting special nutritional formula (preparation of social opinion); and home visits. The techniques used to bring such information were direct observation, field diary and annotations. Thus, it is also considered to address its learning teaching process over these two years. It is believed that the results and discussions of the experience report will contribute to a greater critical understanding of this specialization experienced, as a formative and continuous process of the professional and the challenges present in the program.

Keywords: Social Service. Multiprofessional Residence. Professional Qualification.

-
- 1** Graduada em Serviço Social (UECE) e Especialista em Saúde da Família e Comunidade. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8263878362451197>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5556-778X>. E-mail: kiarakellybarroso@gmail.com.
 - 2** Graduada em Serviço Social (UFPE). Mestre em Saúde Coletiva (pela UFBA) e Especialista em Gestão em Saúde (UFT). Assistente Social, do quadro efetivo da Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, lotada na Escola Tocantinense do SUS-ETSUS. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3492797639019227> E-mail: andreamontalvao63@gmail.com
 - 3** Nutricionista da SEMUS Palmas. Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde Coletiva e da Família e Especialista em Preceptoría no SUS pelo Sírio Libanes. Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade - Programa Integrado de Residências em Saúde. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6371782171112603>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6661-3246>. E-mail: fernandacmnoleto@gmail.com

Introdução

Durante o período de estágio (2016) em um hospital enquanto realizava a graduação em Serviço Social, conheci a residência multiprofissional (explicado mais à frente) com ênfase em atenção hospitalar. Meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi sobre a residência, entrevistei seis residentes e ex-residentes do serviço social, o que me instigou mais ainda a conhecer esse processo de formação tão único e complexo do/a profissional assistente social. Assim, logo após me formar em 2019 ingressei na residência em 2020 no programa Saúde da Família e Comunidade, cujo campo de atuação é na atenção primária, ou seja, em unidades básicas de saúde¹.

Com a promulgação da constituição Federal de 1988 alegando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e com a Lei nº 8.080 de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), foi regulamentado o SUS. De acordo com o Art. 3º da referida lei, “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros [...]”. Deu-se início a uma Reforma Sanitária o que gerou demandas na saúde para o Serviço Social, tais como: trabalho interdisciplinar; democratização do acesso aos serviços de saúde; ênfase nas abordagens grupais; democratização ao acesso às informações, etc.

Dito isto, a residência contribui diretamente na formação do profissional para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), dessa forma Martins et al. (2010) discorrem sobre o conceito da RMS:

[...] parte da política nacional de educação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e constitui-se em uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada aos profissionais da área da Saúde, voltada para educação em serviço, na lógica da interdisciplinaridade, com a inclusão de diferentes categorias profissionais da área da Saúde, visando à formação coletiva, em serviço e em equipe, o que se espera que contribua na integralidade do cuidado ao usuário (MARTINS *et al.*, 2010, n. p.).

É importante explicar que em 2005, de acordo com a Lei Nº 11.129, conforme o artigo 13, foi instituído a Residência em Área Profissional da Saúde, estabelecida como modo de ensino de pós-graduação *lato sensu*, tendo como base a educação em serviço e destinadas às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a médica. A residência é uma especialização que se diferencia das demais por conta da prática no campo de atuação, e principalmente por estar relacionando à teoria à prática, o que fomenta a nossa capacidade crítica e que nos faz refletir constantemente sobre a nossa atuação, características estas fundamentais para a minha categoria profissional.

A importância do presente relato com esta temática, mostra e enfatiza que a residência é um importante processo para a especialização profissional, na medida em que vai preparando o profissional para a atuação na saúde e especificamente para o Sistema Único de Saúde, ao mesmo tempo em que contribui diretamente no enfrentamento das expressões das questões sociais, que se tornam determinantes sociais encontrados na área da saúde.

Cabe aqui dizer que antes de ingressar na residência em Saúde da Família e Comunidade, em minhas buscas não encontrei material que sanasse as dúvidas sobre o trabalho do assistente social na atenção básica.

Dessa forma, o objetivo deste artigo é compartilhar minhas experiências enquanto assistente social residente em Saúde da Família e Comunidade em Palmas -TO, considerando as potencialidades, fragilidades, obstáculos encontrados, assim como o percurso dessa especialização. Sem dúvidas a residência tem muito a contribuir com a formação profissional, considerando que

¹ As UBS são conhecidas popularmente como postinhos de saúde. Principal porta de entrada do SUS, que atende um território definido e presta serviços como clínica médica, enfermagem, odontologia, entre outros.

apenas a formação universitária é um dos espaços de construção. Pretendo colaborar e trazer diferentes visões e discussões sobre a residência, elencando as dificuldades encontradas nesse período da pandemia do Covid-19.

Percurso metodológico

De acordo com o site da Prefeitura de Palmas (2022) a cidade conta com 34 unidades básicas de saúde que são distribuídas pelos territórios chamados por: Xambioá, Apinajé, Krahô, Kanela, Karajá, Xerente, Javaé e Pankararu.

A residência com ênfase em Saúde da Família e Comunidade teve início em março de 2020 e seu término em fevereiro de 2022. O cenário de prática é nas unidades básicas de saúde de Palmas-Tocantins, onde os territórios de saúde são divididos por nomenclaturas de povos indígenas da região, dessa forma atuei na região da equipe multiprofissional Xambioá I, que atende à demanda das UBS Prof. Isabel Auler (207 sul), Loiane Moreno (210 sul) e Francisco Júnior (403 sul).

É importante deixar claro que cada UBS tem suas próprias características, assim como o local onde estas se localizam, o que possibilitou mais experiências por conta do contraste de territórios, já que estas atendiam territórios diferentes também.

O conteúdo deste trabalho foi coletado através de diários de campo, observação direta e anotações pessoais. Os residentes precisam entregar um relatório trimestral contendo as atividades realizadas nos três meses, assim como as dificuldades enfrentadas e sugestões de melhorias, o que faz com que o residente reflita e se questione sobre o que foi realizado naquele período e buscar meios de enfrentar as dificuldades encontradas, ou seja um ato de reflexão e crítica. A elaboração dos relatórios trimestrais também torna fundamental a realização de registros de atividades (agenda de trabalho, anotações sobre as aulas) para a coleta de dados posteriormente.

De acordo com Oliveira (1996, p. 22) “se o olhar e o ouvir podem ser considerados como atos cognitivos mais preliminares no trabalho de campo [...], é seguramente no ato de Escrever, portanto na configuração final do produto desse trabalho, que a questão do conhecimento se torna tanto ou mais crítica.”

A experiência nas Unidades Básicas de Saúde

Minha atuação ocorreu como membro da equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. Sendo a equipe composta por uma nutricionista (preceptora de campo), um profissional de Educação Física, uma psicóloga, uma farmacêutica, uma fisioterapeuta, e assistente social (a pesquisadora). Com exceção da nutricionista, os demais são residentes do mesmo programa de residência.

O Caderno de Atenção Básica Nº39 aborda sobre o conceito do Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF):

Conforme a PNAB (BRASIL, 2011), os Núcleos Ampliados de Saúde da Família são **equipes multiprofissionais**, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira **integrada e apoiando** os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas (BRASIL, 2014, p. 17, **grifos do autor**).

Dessa forma, podemos afirmar que o NASF tem o papel de prestar apoio matricial, para as

equipes de saúde da atenção básica, e também é importante destacar aqui, que a Atenção Básica, é o eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), e porta de entrada para esse sistema que tem como princípios, a universalidade, equidade e integralidade. E são diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica, a regionalização e hierarquização; territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; e participação da comunidade (PNAB, 2017).

Assim que começamos nossa atividade em campo, em março de 2020, foi o início da pandemia do Covid-19 aqui no Brasil, o que trouxe diversos obstáculos para realização de atividades, e principalmente dificultou o conhecimento da população do nosso território, já que as visitas domiciliares foram suspensas, salvo em alguns casos. A realização de grupos de apoio também foi suspensa, e esse era um momento muito importante de troca entre profissionais e usuários do SUS.

Alguns atendimentos aos usuários foram realizados em conjunto com a própria equipe NASF e/ou equipe ESF, como por exemplo visitas domiciliares, atendimentos específicos como: atendimento para concessão de laudos e parecer social; atendimento sobre planejamento reprodutivo e encaminhamento para esterilização voluntária (laqueadura ou vasectomia); e atendimentos específicos geralmente com famílias em situação de vulnerabilidade ou mulheres com em situação de violência doméstica.

Outra atividade que exercemos enquanto equipe NASF foi acompanhar as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do território. No total foram quatro ILPIs que acompanhamos, geralmente de dois em dois meses fazíamos a visita, e avaliamos cada idoso, colhendo dados sobre sua saúde. Também foi realizada avaliação da Caderneta da Pessoa Idosa, contendo avaliações sobre humor, capacidade física do idoso, quedas, dor crônica, entre outros.

Esse acompanhamento é importante para avaliarmos como o paciente está, e se está recebendo os cuidados necessários. Então é preciso estar atento à saúde da pessoa idosa, e estar constantemente em contato com a equipe de saúde para alinhar as demandas destes pacientes.

Cabe aqui listar também as dificuldades que todos nós membros do NASF enfrentamos nesse período: falta de espaço físico, muitas vezes tivemos que compartilhar nosso espaço com outro membro da equipe, e muitas vezes também não tínhamos sala para realizar os atendimentos dos pacientes; falta de recursos, nem sempre tínhamos computadores para registro das informações nos sistemas E-SUS ou SISREG.

Enquanto assistente social que acabou de ingressar em um novo trabalho e em um novo território, também foi preciso buscar respostas para as expressões da questão social com apoio dos colegas de profissão.

Outras dificuldades encontradas foi quanto a realização de reuniões com a equipe de Saúde da Família principalmente com o início da pandemia. No segundo ano de residência com o retorno das atividades como o Programa Saúde na Escola e ações de educação em saúde temáticas a cada mês (outubro rosa, novembro azul, dezembro vermelho, etc) conseguimos estabelecer um cronograma de reuniões com as equipes ESF, e alinhamos as demandas e metas como são definidos pela proposta pedagógica.

No começo de 2020 foi lançada uma nota técnica que extinguiu o NASF, ou seja, deixou de ser obrigatória a vinculação entre equipe multidisciplinar e o NASF. Ficou a critério do gestor municipal a organização destes profissionais, o que deixou o futuro destas equipes incerto. Cabe ressaltar a importância que a equipe multiprofissional tem para um cuidado integral ao paciente na atenção primária, e o quanto é danoso ter uma unidade básica de saúde sem estes profissionais seja na qualificação dos profissionais que atuam, seja no cuidado integral dos usuários do SUS.

Outro ponto que merece destaque é a questão da preceptoria em campo, no caso a preceptora da minha turma era a nutricionista, o que me gerou algumas inseguranças antes mesmo de ingressar na residência, pois não teria o suporte de ter um preceptor da mesma profissão. E de fato isso se mostrou uma dificuldade no início da residência pois muito do que concerne à profissão eu tinha que perguntar para colegas que atuavam em outros territórios. Mas ressalta-se o suporte que foi recebido da preceptora, que sempre guiou a equipe sobre a atuação enquanto profissionais de saúde da atenção primária, sempre buscando o melhor caminho.

A comunicação e a convivência são fundamentais para a união e adequação dos objetivos, focando principalmente no cuidado integral do paciente, por isso é de extrema importância o

alinhamento da equipe para ter êxito no cuidado integral.

O processo de trabalho do assistente social na atenção básica

É importante destacar que no Código de Ética do/a Assistente Social (Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993) é um princípio fundamental da profissão a “defesa intransigente dos direitos humanos” (CFESS, 1993, n. p.) assim como a “ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras” (CFESS, 1993, n. p.). A categoria profissional, tem como norte o Código de Ética da profissão, as Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e a Lei de Regulamentação da Profissão.

Concomitante a estes princípios, podemos aqui elencar o famoso artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que institui a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos” (BRASIL, 1988, n. p.).

De acordo com o “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” documento do Conselho Federal de Serviço Social, as principais ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde são (cita-se algumas):

[...] democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária; construir o perfil socioeconômico dos usuários; enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários; facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços; conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares; entre outros (CFESS, 2010, p. 45).

Para o encaminhamento do paciente que deseja realizar a esterilização voluntária, seja ela a laqueadura ou a vasectomia, o paciente precisa passar pela avaliação na atenção básica e coletar a assinatura de quatro profissionais do centro de saúde do seu território: o médico, o enfermeiro, o psicólogo e o assistente social. Em relação ao atendimento enquanto assistente social, é importante avaliar seu contexto sócio familiar para realização do procedimento de esterilização, assim como fazer o paciente se questionar se pode ser uma decisão que ele possa vir a se arrepender no futuro, buscando que o paciente evite fazer um procedimento que é praticamente irreversível sem pensar nas consequências e nos seus desejos futuros.

O planejamento reprodutivo também consiste em acolher, escutar e avaliar os métodos contraceptivos escolhidos pelo casal. Também questiona-se sobre a renda familiar, número de pessoas morando na mesma casa, quantidade de filhos, etc. De acordo com a lei nº 9.263/96 o planejamento reprodutivo é um “conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”. Portanto, é direito da família escolher quantos filhos ter e quando ter garantido assistência integral.

É importante ressaltar que devemos continuar recomendando o uso do preservativo masculino para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, já que este é o único meio eficaz para a prevenção de ISTs.

A lei também estabelece critérios para a realização da esterilização voluntária, tais como, ter capacidade civil plena, ser maior de 25 anos ou ter pelo menos dois filhos vivos. E há uma parte na lei que a população não tem conhecimento, onde diz “§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.” Ou seja, muitas mulheres grávidas procuram as unidades básicas em seu período gestacional para realizar a laqueadura durante o parto, mas como consta na lei, isso é vedado, o que gera frustração nas gestantes.

Pois de fato, não faz sentido a mulher ter que realizar um outro procedimento cirúrgico invasivo, dias após de realizar uma cesárea. E este tem sido um problema para os(as) assistentes sociais de Palmas-TO, pois durante todo o meu período de residência foi discutido o fluxo de laqueadura para as gestantes, principalmente porque a fila para a realização da laqueadura estava praticamente estagnada.

Isso gerou um movimento interessante, mais homens começaram a aderir a vasectomia, pois para o homem o procedimento é muito mais fácil do que para a mulher, considerando a realização da cirurgia que é bem menos invasiva, o homem não precisa ficar internado e o procedimento pode ser realizado em um ambulatório, diferentemente pra laqueadura que precisa de uma sala cirúrgica. A recuperação do homem também é bem mais rápida. Concluindo, ficou mais vantajoso para as famílias optarem pela vasectomia.

Outra demanda do Serviço Social nas UBS é o atendimento para concessão de fórmula nutricional especial (FNE) para crianças com alergia à proteína do leite de vaca (APLV) ou idosos fazendo uso de dieta enteral. O Estado é responsável pela concessão da fórmula, e fica a dever do município o acompanhamento e encaminhamento do paciente com os devidos documentos, tais como: laudo médico (alergista e pediatra), laudo nutricional e o parecer do assistente social. Para a elaboração do parecer social é realizada uma entrevista social com o responsável pelo paciente.

É preciso deixar claro a importância dos instrumentos técnicos utilizados no cotidiano profissional enquanto assistente social. É através dos instrumentos que fazemos nossa mediação, damos nossas respostas profissionais, e principalmente valorizamos o exercício da profissão. De acordo com Lewgoy e Silveira (2007, p. 235)

[...] a entrevista é um dos instrumentos que possibilita a tomada de consciência pelos assistentes sociais das relações e interações que se estabelecem entre a realidade e os sujeitos, sendo eles individuais ou coletivos (LEWGOY; SILVEIRA, 2007, p. 235).

Foi através dos instrumentos técnicos operacionais que foi possível dar embasamento às práticas profissionais. Os mais utilizados na atenção básica foram o parecer social para aquisição de fórmula nutricional especial e a entrevista social para conhecimento da realidade social dos pacientes que desejam realizar a cirurgia de esterilização voluntária.

Unidades educacionais da residência

A maior parte da residência o profissional dedica-se à atuação em campo, ou seja, à carga horária prática, mas não podemos deixar de enfatizar a importância dos encontros, que compõem a carga horária teórica. As Unidades Educacionais estão dentro do currículo proposto no projeto político pedagógico da residência em Saúde da Família e Comunidade. Tivemos diversas Unidades Educacionais (disciplinas), algumas me motivaram ao exercício do trabalho de forma efetiva e compreender melhor sobre o cuidado à pessoa. Ou seja, sobre a formação de profissionais para atuar no Sistema Único de Saúde.

A Unidade Educacional Gestão do Cuidado focou para além do âmbito profissional, direcionando a interdisciplinaridade do cuidado, enxergando o paciente em sua totalidade, atuando em equipe para atingir o cuidado integral ao paciente. Essas disciplinas tinham o intuito de nos fazer relacionar a reflexão com a prática, e também refletir sobre o nosso trabalho.

Outra Unidade Educacional que merece destaque é a Integralidade do Cuidado Individual, onde reunia-se apenas assistentes sociais para discussões de casos na abordagem da espiral construtivista, o que nos permitiu buscar respostas para nossos problemas em textos científicos. A troca com as colegas nesse momento foi fundamental, pois proporcionou maior aprendizado com a experiência dos colegas de profissão e métodos de abordagem diferentes.

Considerações Finais

Concluo este trabalho enfatizando o quanto a residência contribuiu na minha formação profissional, pois esta me possibilitou experiências únicas e me fez ter contatos com diversos setores que perpassam a área da saúde, como a previdência, assistência, habitação, entre outros. O convívio com as diversas categorias profissionais também se mostrou um diferencial, pois nos fez atuar enquanto equipe multiprofissional e aprendemos a nos complementar em nossos trabalhos. Deixo aqui claro a importância do Núcleo Ampliado de Saúde na Atenção Básica, pois assim constitui-se um vínculo mais próximo com os pacientes.

Apesar da pandemia ter trazido limitações para o aproveitamento total da residência por muitas atividades terem sido suspensas e o foco ter voltado para o enfrentamento à Covid-19, a residência trouxe aprendizados para a vida. Viver intensamente o programa saúde da família e comunidade enriqueceu principalmente a prática, o lidar com família e vê-las em sua totalidade. Sem dúvidas a unidade educacional Gestão do Cuidado também foi um diferencial para enxergar melhor o paciente, o SUS e os profissionais de saúde.

Referências

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

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, DF: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 11 jan. 2022

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 9.263/96, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Casa Civil, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 24 out. 2021

CFESS – CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2010.

LEWGOY, A. M. B.; SILVEIRA, E. M. C. A entrevista nos processos de trabalho do assistente social. **Revista Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 233-251, jul./dez. 2007.

MARTINS, A. R. et al. Residência Multiprofissional em Saúde: o que há de novo naquilo que já está posto. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (org.). **Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 75-90.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. **Revista de Antropologia**, v. 39, n. 1, p. 13-37, 1996.

Recebido em: 24 de janeiro de 2022.
Aceito em: 05 de dezembro de 2022.

