



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

LORRAINE DIAS BRANDÃO

**O TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: A PERSPECTIVA DE UMA  
ENFERMEIRA RESIDENTE.**

PALMAS – TO  
2016

LORRAINE DIAS BRANDÃO

**O TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: A PERSPECTIVA DE UMA  
ENFERMEIRA RESIDENTE.**

Dissertação apresentada ao Mestrado  
Profissional em Ciências da Saúde da  
Universidade Federal do Tocantins para a  
obtenção do título de Mestre.

Orientador(a): José Gerley Díaz Castro  
Co-Orientador(a): Tales Alexandre Aversí-Ferreira

PALMAS – TO  
2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

B817t Brandão, Lorraine Dias.

O trabalho em equipe multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família:  
A perspectiva de uma enfermeira residente. / Lorraine Dias Brandão. –  
Palmas, TO, 2016.  
40 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins  
– Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em  
Ciências da Saúde, 2016.

Orientador: José Gerley Díaz Castro

Coorientador: Tales Alexandre Aversi-Ferreira

1. Especialização. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Educação Continuada.  
4. Enfermagem. I. Título

**CDD 610**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**TERMO DE APROVAÇÃO**

**LORRAINE DIAS BRANDÃO**

**O TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: A PERSPECTIVA DE UMA ENFERMEIRA RESIDENTE.**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Tocantins, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

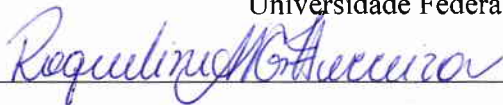
Aprovada em: 14/12/2015

Banca Examinadora:



Prof. Dr. José Gerley Diaz Castro (Orientador)

Universidade Federal do Tocantins



Prof. Dr<sup>a</sup>. Roqueline Ametila Gloria Martins de Freitas Aversi-Ferreira (Examinadora externa)

Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos /ITPAC Porto Nacional.



Prof. Dr<sup>a</sup>. Renata Junqueira Pereira (Examinadora interna)

Universidade Federal do Tocantins

## AGRADECIMENTOS

Ao professor Dr. Tales Alexandre Aversi-Ferreira por sua paciência orientação e persistência, que foram fundamentais para conclusão deste trabalho.

Ao professor Dr. José Gerley Díaz Castro pela orientação, compreensão e apoio.

A todos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas-TO, que colaboraram para minha experiência e aprendizado.

## EPÍGRAFE

Residência Multiprofissional em Saúde da família: uma contribuição para revisão do modelo assistencial e formação de profissionais de saúde com perfil humanizado e preparado para atuar frente as reais necessidades de saúde dos usuários, família e comunidade da área de abrangência.

## RESUMO

As residências garantem e fortalecem a Educação Permanente em Saúde, e as experiências vividas pelos profissionais de saúde que participam deste processo de formação devem ser usadas para aumentarem os dados sobre o andamento e qualidade dessas atividades de educação continuada. O objetivo deste trabalho é mostrar a visão de um desses profissionais frente aos desafios de sua formação continuada e inserção como membro da equipe de Estratégia de Saúde da Família como discente de uma residência multiprofissional implementada no interior do país, especificamente na região Norte. Este é um estudo de natureza descritiva tipo relato de experiência, e foi baseado na vivência de uma enfermeira residente como integrante de uma equipe multiprofissional da ESF, em uma Unidade Básica de Saúde localizada na cidade de Palmas – TO. Os residentes se apresentavam estimulados positivamente a cumprir as metas ensinadas nas aulas e mantiveram um comprometimento com as proposições legais para a implantação da qualidade em saúde, provavelmente devido à idade, a maioria jovens recém saídos das universidades, cheios de ideais ainda não mutilados pelas dificuldades sociais encontradas na profissão. Os integrantes das equipes de promoção à saúde, fazendo ou não parte do programa de residência, foram incentivados a melhorar suas ações. A partir da experiência vivida acreditamos que a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, apesar das dificuldades, é uma modalidade de ensino que tem muito a contribuir para a formação de profissionais generalistas, com visão crítica e integradora, capazes de atuar com qualidade e resolutividade no SUS.

Palavras chave: Especialização. Estratégia Saúde da Família. Educação Continuada.

## ABSTRACT

The experiences of the participants of residency programs should be used to increase the data on the progress and quality of these continuing education activities. The aim of this study was to show the perspective of one of these professionals of challenges and insertion as member of the Family Health Strategy team and students of a multi-professional residency program in Northern Brazil. To support this report, a literature search was conducted used indexes Pub med, Open access, Lilacs, Google Scholar and Virtual Health Library, giving priority to the most recent articles. The role of residents in Basic Health Units allowed higher number of receptions, residential visits, formation of health groups and incentives to health promotion practices. Residents were positively stimulated to meet the goals taught in classes and maintained a commitment to the legal proposals for the implementation of health quality. The implementation of the Multidisciplinary Residency Program in Family and Community Health in Palmas - TO faced some difficulties, however it allowed residents to reflect on their practices and the multidisciplinary integration in the production of actions and improve the quality of care, contributing to broadening the perspective on the health / disease process based on a realistic health situation in the country.

Keywords: Specialization. Family Health Strategy. Education Continuing.



## LISTA DE ABREVIACÕES

SUS – Sistema Único de Saúde

CAP – Caixas de Aposentadorias e Pensões

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social

PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

MS – Ministério da Saúde

RIS – Residência Integrada em Saúde

RMSF – Residência Multiprofissional em Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

EPS – Educação Permanente em Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

UFT – Universidade Federal do Tocantins

## SUMÁRIO

RESUMO.....	7
ABSTRACT.....	8
1.0 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
1.1.1 CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS SOBRE A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	11
1.1.2 POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA (PNAB) E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).....	13
1.1.3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SUS.....	14
1.1.4 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (RMSF).....	15
2.0 OBJETIVOS.....	18
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	18
3.0 METODOLOGIA.....	19
4.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
5.0 CONCLUSÃO.....	35
6.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
7.0 REFERÊNCIAS.....	36

## 1.0 INTRODUÇÃO

A prática profissional do enfermeiro na ESF é considerada de grande importância social, e neste programa, mesmo enfrentando as dificuldades rotineiras da profissão, há maior autonomia e seu trabalho possui maior visibilidade, principalmente em relação ao processo saúde doença da população, em que suas ações são de grande valia para o processo de reestruturação do modelo assistencial (VALERETTO, SOUZA e VORPAGEL, 2011; FREITAS e SANTOS, 2014; MOURA et al., 2015).

O enfermeiro integrante da ESF possui como atribuições além de prestar atendimento de enfermagem a população residente em sua área de abrangência e o gerenciamento da Unidade Básica de Saúde (UBS) a função de qualificar e supervisionar as ações desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem e os ACS (BRASIL, 2011). Em relação a comunidade o enfermeiro deve promover a saúde e prevenir doenças, necessitando de habilidades para viabilizar as intervenções cabíveis em cada situação (RABETTI e FREITAS, 2011; ARRUDA, MOREIRA e ARAGÃO, 2014; MOURA et al., 2015).

A preparação do enfermeiro para integrar a ESF é iniciada na formação acadêmica, que contém disciplinas com o objetivo de instrumentalizar o acadêmico a realizar o processo de enfermagem e estimular desenvolvimento de habilidades para atuação na atenção primária a saúde e intervir no processo saúde doença com o propósito de proteger e reabilitar a saúde sob a perspectiva da assistência integral (ARAUJO e OLIVEIRA, 2009; MATUMOTO et al., 2011; CASATE e CORRÊA, 2012). Assim por ser um profissional que agrega vários saberes e tem a facilidade de interagir com os demais profissionais o enfermeiro desempenha uma função estratégica na composição do sistema de cuidados (FREITAS e SANTOS, 2014; MOURA et al., 2015).

Para que seja possível a mudança do modelo assistencial a saúde também se faz necessária a presença de profissionais qualificados e que defendam estes valores, assim faz-se necessário um novo processo ensino aprendizagem que vá além da formação tradicional fragmentada e seja capaz de responder efetivamente as situações de saúde dos indivíduos, família e coletividade, e a RMSF tem se demonstrado como um método de grande eficácia nesta área (COSTA e MIRANDA, 2008; MORETTI-PIRES e BUENO, 2009; FERREIRA et al., 2010; BATISTA e GONÇALVES, 2011).

## 1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1.1 CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS SOBRE A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O processo de urbanização no Brasil teve início no século XX, e foi desencadeado principalmente pelo processo de industrialização, que promoveu o deslocamento de grande parte da população rural para a área urbana. Neste contexto histórico foi criada em 24 de janeiro de 1923 a Lei Eloy Chaves, que consolidou a base do sistema previdenciário brasileiro através da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) (MANKIW, 2002; CUNHA, 2005). Esta iniciativa foi realizada com o intuito de garantir pensão em caso de acidente ou afastamento do trabalhador por doença ou a aposentadoria. Com este processo teve início as discussões sobre a necessidade de atender a demanda dos trabalhadores e a formação de relações entre os setores públicos e privados que futuramente favoreceram a criação do SUS (BATICH, 2004; JÚNIOR e JÚNIOR, 2006).

Em 1930 o atual presidente do Brasil, Getúlio Vargas, realizou a suspensão das CAPs por seis meses e promoveu uma reestruturação substituindo-as pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Neste serviço, a filiação se deu por categorias profissionais, diferenciando do modelo das CAPs, que se organizavam por empresas (ELIAS, 2004; JÚNIOR e JÚNIOR, 2006). Desta forma, acentua-se a atenção com assistência médica, em parte através de serviços próprios, mas, sobretudo pela compra de serviços do setor privado (BAHIA, 2001).

No contexto do regime autoritário de 1964 foi criada uma comissão para reformular o sistema previdenciário, fato que resultou na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) devido a unificação de todos IAPs (ROSA e LABATE, 2005; TAKAHASHI e IGUTTI, 2008). Este novo sistema veio para consolidar o componente assistencial que ainda persiste na compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado (JÚNIOR e JÚNIOR, 2006).

Houve um grande crescimento populacional no período de 1967 a 1977 e com isso uma grande demanda pela assistência médica e multiplicidade de tarefas que o INPS não era capaz de atender, com esta necessidade surge em 1977 o SINPAS e como parte dele o Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social (INAMPS) que passa a ser o órgão governamental responsável pela prestação da assistência médica, realizada ainda pela compra no setor privado de serviços médicos, hospitalares e também serviços especializados (WEYLAND, 1995).

Alguns anos mais tarde tem início, apesar de grande resistência, o processo de universalização da assistência médica, fato marcado pela aprovação em 1982 do Plano de Reorientação da previdência Social, que entre os seus projetos se destaca o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que trouxe muitos dos princípios que futuramente estariam presentes no SUS. Assim entre as características desta nova assistência estavam já presentes a ênfase na atenção primária como a “porta de entrada” do sistema, organização das instituições públicas de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada com sistemas de referência e contar-referência, tendo a rede pública como prioridade e a privada como complementar (PAIM, 1986).

O movimento de mudança do sistema de saúde vigente continuou, e após o fim da ditadura militar em 1986 foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde, que contou com intensa participação social e constituiu um marco para a nova concepção de saúde, tida a partir de então como um direito universal e dever do estado, princípios que também viriam a compor a Constituição de 1988 (DIAS e RUMIN, 2014).

Como continuidade e reflexo das discussões sobre a assistência a saúde foi criado em 1987 o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e entre suas principais diretrizes estavam à universalidade, equidade, descentralização das ações de saúde e a implementação dos distritos sanitários (CORDEIRO, 1988). Foi também nesta época que o Governo Federal iniciou o repasse de verbas aos estados e municípios, com o objetivo que estes ampliassem suas redes de serviços, prática que também foi reafirmada novamente na Constituição de 1988 (PIOVESAN, 2008).

A Constituição Cidadã foi aprovada em 1988 e estabeleceu a saúde como um “Direito de todos e dever do Estado”, sendo que entre seus pontos principais está a definição de que as necessidades individuais e coletivas são consideradas como interesse público e o seu atendimento é dever do Estado, o acesso garantido a assistência médica e sanitária de forma integral, a hierarquização dos serviços públicos e sua gestão descentralizada (FARIA e FRANÇILINO, 2014). Em relação ao financiamento do Sistema ficou definido que este será realizado essencialmente com recursos governamentais da União, estados e

municípios, e as ações governamentais devem ser submetidas aos Conselhos de Saúde, órgãos colegiados oficiais com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (MACHADO, 2008).

A partir dos princípios defendidos pela Constituição de 1988 foi criado em 19 de setembro de 1990 o SUS, uma organização administrativa que tem como objetivo a promoção da saúde pública brasileira, fornecendo acesso universal e igualitário a ações e serviços de saúde, através de uma rede regionalizada e hierarquizada (CORREIA et al., 2009). Desde então a construção do SUS tem avançado progressivamente nos últimos anos, sendo que grande parte desta evolução se deve ao fortalecimento da Atenção Básica, ação de grande valia para reorganização dos sistemas de saúde em nações que procuram ofertar acesso igualitário a um serviço de saúde com qualidade e resolutividade para todas as classes sociais (BRASIL, 2014).

### 1.1.2 POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA (PNAB) E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A principal característica da Atenção Básica é o foco nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, mas sem excluir as ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação das patologias, com o objetivo de desenvolver uma ação integral com impacto na autonomia das pessoas, sua situação de saúde e nos determinantes de saúde da coletividade (BRASIL, 2014; SILVA, 2014). A organização desse sistema é feita de forma descentralizada, e por ser o serviço mais próximo das pessoas deve ser a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde (MACERATA, SOARES e RAMOS, 2014).

Com o intuito de fortalecer a Atenção Básica, foi criada a Política Nacional da Atenção Básica, fato possível a partir da colaboração de várias pessoas, que ao longo dos anos contribuíram para a consolidação do SUS (BRASIL, 2014). A aprovação desta nova política ocorreu em 21 de outubro de 2011, através da portaria 2.488, que permitiu a atualização de vários conceitos na Atenção Básica e uma remodelagem das equipes de assistência para atender a necessidade das diferentes populações e realidades do Brasil (GOMES et al., 2014; PINTO, SOUSA e FERLA, 2014).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi a principal proposta encontrada pelo Ministério da Saúde para reorganizar o sistema de saúde vigente e fortalecer a Atenção Básica (TAKEMOTO e SILVA, 2007). Entre os princípios que regem essa modalidade estão a universalidade, acessibilidade, vínculo, integralidade da atenção, equidade e participação social. Suas ações e serviços vão além do modelo médico assistencialista, tendo como foco as necessidades da população local, que são detectadas através do vínculo entre profissionais e usuários e a construção do diagnóstico situacional (BRASIL, 2011; MACHADO, COLUMÉ e BECK, 2011; VITÓRIA et al., 2013).

A equipe de Saúde da Família deve ser composta por no mínimo 1 médico generalista ou especialista em Saúde da Família, 1 enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, 1 auxiliar ou técnico de enfermagem, e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em número suficiente para cobrir 100% da população, porém com um número máximo de 750 pessoas por ACS, 12 ACS por equipe e sem ultrapassar o número máximo de 4.000 pessoas. A esta equipe multiprofissional podem ser acrescentados quando necessário o cirurgião-dentista generalista ou especialista e o auxiliar ou técnico em saúde-bucal (BRASIL, 2012). A participação de várias classes de profissionais na ESF proporciona a complementação do saber e a oferta de um cuidado interdisciplinar e resolutivo voltado para as necessidades de saúde da população local (CAVALHEIRO e GUIMARÃES, 2011; FREITAS e SANTOS, 2014).

O foco de atenção da ESF é a família, pois ao compreender o ambiente físico e as interações sociais ocorridas nele o profissional amplia sua visão sobre o processo saúde doença e pode realizar intervenções mais efetivas para melhorar a qualidade de vida das pessoas (JUNIOR et al., 2015). Desta maneira a organização dos serviços é realizada priorizando as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, mas sem excluir a recuperação da saúde, promovendo um cuidado integral, continuado e que envolva não apenas o indivíduo, mas todos que convivem com ele e, portanto tem influência direta sobre sua condição de saúde (JUNQUEIRA e DUARTE, 2012).

### 1.1.3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SUS

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença como se acreditava anteriormente. A condição de saúde pode ser influenciada de forma positiva ou negativa por alguns fatores como renda, educação, emprego, cultura e condições ambientais, que são conhecidos como os determinantes socioeconômicos da saúde (RAMOS et al., 2014; SORATTO et al., 2015). O termo promoção da saúde se refere às ações sobre estes condicionantes, realizadas de forma a impactar favoravelmente a qualidade de vida (CAMPOS e NETO, 2008; SILVA et al., 2014).

A promoção da saúde passou a ser discutida como uma estratégia que merece prioridade a partir da Declaração de Alma Ata em 1978, documento que também estabeleceu a Atenção Primária como a chave para uma promoção de saúde em caráter universal e reafirmou a responsabilidade dos governos por esta promoção da saúde (ASSIS, ASSIS e CERQUEIRA, 2008).

Baseados nos progressos alcançados pela Declaração de Alma-Ata foi realizada em 1986 Ottawa Canadá, a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, uma resposta as crescentes expectativas mundiais por uma nova saúde pública. Então a promoção da saúde foi definida como:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (CARTA DE OTTAWA, 1986, p. 1).

Para realizar ações de acordo com este novo cenário, nas últimas décadas do século XX o setor saúde precisou modificar o seu foco para as ações de promoção da saúde, entretanto sem abandonar suas responsabilidades com os serviços clínicos e de urgência (FIGUEIREDO et al., 2012). No Brasil a 8ª Conferência Nacional de Saúde representou um grande progresso na luta pela universalização do sistema de saúde e a implantação de políticas públicas em defesa da vida, tornando a saúde um direito social irrevogável, como os demais direitos humanos e de cidadania que também podem influenciar na condição de saúde das pessoas (ASSIS, ALVES e SANTOS, 2008; SOUZA e CABRAL, 2014).

A lei 8.080/1990 incorporou o conceito ampliado de saúde como um resultado dos determinantes socioeconômicos e a partir de então o Brasil intensificou o investimento na formulação e concretização das políticas que propiciam a construção de um modelo de atenção à saúde com prioridade para as ações com impacto na qualidade de vida dos sujeitos e coletividade.

Em continuidade ao progresso no SUS a portaria N° 399/GM de 2006 divulgou o Pacto pela Saúde, um conjunto de reformas institucionais pactuado pelas 3 esferas de gestão, União, Estados e Municípios, com objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, e colaborar para a maior eficiência e qualidade das ações no SUS. Este pacto foi composto por 3 dimensões, o pacto em defesa do SUS, pacto pela gestão e o pacto pela vida, neste último uma das prioridades estabelecidas foi a promoção da saúde, com o objetivo de elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) com ênfase na adoção de hábitos saudáveis pela população brasileira.

A PNPS foi aprovada em 2006 pela Comissão Intergestores Tripartite, com o objetivo principal de ampliar as possibilidades de indivíduos e comunidades atuarem com maior participação sobre os fatores que afetam sua saúde e qualidade de vida, através da internalização da responsabilidade individual pela prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo (RIBEIRO, COTTA e RIBEIRO, 2012; ROCHA et al., 2014).

Para se operacionalizar a PNPS é necessário uma reorientação dos serviços em saúde para a realização de um trabalho multidisciplinar e integrado em redes de forma a considerar as necessidades em saúde da população e adotar uma postura abrangente que perceba e respeite as peculiaridades culturais, em uma ação articulada entre os diversos atores do território e abrindo canais entre a saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais (BRASIL, 2014; RAMOS et al., 2014).

Os profissionais de saúde da ESF são os principais responsáveis por estimular o processo de promoção da saúde, e para que isto ocorra de forma efetiva é necessário a realização de mudanças na formação dos recursos humanos para o SUS de forma a ampliar sua visão do processo saúde doença e das formas de promoção da saúde (ARRUDA, MOREIRA e ARAGÃO, 2014; BRASIL, 2014). Dessa forma desde 2003 o Ministério da Saúde (MS), tem estimulado a implantação da Residência Integrada em Saúde (RIS) como principal método para construção de novos saberes e fazeres que colaboram para uma atenção à saúde mais humanizada e integral, possível principalmente por meio do trabalho interdisciplinar (FRANCO, 2007; FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2009).

#### 1.1.4 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (RMSF)

A residência multiprofissional tem como propósito capacitar o profissional para o trabalho em equipe, e despertar sua visão ampliada em saúde para que possa enxergar as necessidades reais de saúde da população e assim prestar uma assistência mais humana e integral (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010; FREITAS et al., 2007). Como reflexo deste objetivo no conteúdo teórico da residência há várias disciplinas voltadas para o estímulo e compreensão do trabalho em equipe, porém mesmo trabalhando em conjunto cada profissão possui um núcleo de competência próprio que também precisa ser enfatizado e garantido, assim durante a especialização também são ofertadas disciplinas específicas para cada grupo de profissional (MELO, QUELUCI e GOUVÊA, 2014). O somatório do conhecimento adquirido e transformado durante o curso potencializa as habilidades pessoais, formando um trabalhador para atuar no sistema de saúde de forma crítica e

reflexiva, e não apenas repetir práticas, como frequentemente ocorre nos serviços (FREITAS et al., 2007; FERREIRA et al., 2010, MARIN et al., 2014).

Utilizando os princípios da Educação Permanente em Saúde, com metodologias dialógicas, problematizadoras, participativas e considerando os atores envolvidos como sujeitos no processo ensino aprendizagem a residência promove um espaço para debate e articulação, oportunizando a troca de experiências, transformação dos conhecimentos antigos e agregação de novos (GONZE e SILVA, 2011; MAIA et al., 2013). A metodologia ativa, principal ferramenta didática utilizada na residência potencializa o vínculo, a responsabilidade e o compromisso dos residentes nos diversos campos de práticas, preparando-os para construção da autonomia e estimulando a busca contínua por saberes que podem auxiliar a prática profissional e transformação da realidade local em que estão inseridos, possibilitando ambientes de trabalho saudáveis em que todos tem como objetivo comum a prestação do cuidado integral as pessoas (RAMOS e BEZERRA, 2013). Assim a residência promove não somente a qualificação dos residentes, mas também estimula a transformação do serviço de saúde que os acolhe, fomentando a reflexão sobre as práticas realizadas e as possibilidades e limites para transformá-la (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010; MELO, QUELUCI e GOUVÊA, 2014).

Desde que foram implantadas no Brasil vários relatos têm sido publicados sobre o sucesso e importância das residências na formação de profissionais para atuar com base nos princípios e diretrizes do SUS, com isto foi criada a modalidade residência multiprofissional em saúde família, e ela foi incluída como uma das estratégias para fortalecer a expansão e consolidação da ESF (FREITAS et al., 2007; CAVALHEIRO e GUIMARÃES, 2011; GUILHERME et al., 2012).

A RMSF além de proporcionar aos profissionais já inseridos na rede de atenção um momento para reflexão crítica sobre as práticas adotadas, também proporciona suporte teórico-prático aos recém-formados oferecendo uma modalidade de pós-graduação Iato sensu que é caracterizada pelo ensino em serviço e supervisionada por profissionais capacitados (RAMOS e BEZERRA, 2013).

Com o objetivo de promover a melhor qualificação aos profissionais para atuar na ESF, e realizar um cuidado integral a população através de um trabalho em equipe mais articulado a residência multiprofissional promove não somente a articulação dos conhecimentos adquiridos na formação inicial, que muitas vezes são fragmentados, mas também agrega novos conhecimentos, que são construídos em conjunto e a partir da nova concepção da importância do trabalho em equipe (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010; GUILHERME et al., 2012).

A RMSF tem como foco a formação de profissionais para atuar na ESF, pessoas centradas na atenção primária e na promoção da saúde familiar. Esta modalidade de ensino apresenta-se como uma das estratégias para impulsionar a mudança da prática assistencial curativa, reabilitadora e individual, para a preventiva, promotora de saúde e coletiva. A interdisciplinaridade é o principal instrumento utilizado para favorecer o trabalho em equipe, as trocas de saberes e a implementação do novo modelo de atenção a saúde voltado para o cuidado direto aos indivíduos e famílias, que são considerados em toda sua complexidade e como pessoas inseridas em seu ambiente familiar e social (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010; JUNIOR et al., 2015).

O trabalho de forma conjunta e sob a ótica da interdisciplinaridade que é estimulado na RMSF permite a equipe multiprofissional a articulação do conhecimento de várias áreas e a visão ampliada do paciente em sua integralidade, gerando uma melhora na qualidade e efetividade do cuidado prestado (MARIN et al., 2010; MELO, QUELUCI e GOUVÊA, 2014). Neste contexto a equipe multiprofissional constitui uma importante ferramenta para



abordagem das várias dimensões que devem ser consideradas no planejamento das ações de saúde para as pessoas, famílias e comunidade (MARIN et al., 2010; RAMOS e BEZERRA, 2013).

## 2.0 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar como o profissional enfermeiro está se enquadrando dentro dos programas de residência multiprofissional.

### 2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Descrever a visão de um profissional enfermeiro frente aos desafios de sua formação continuada e inserção como membro da equipe de ESF e discente de uma residência multiprofissional implementada na região Norte do Brasil.

### 3.0 METODOLOGIA

Este é um estudo de natureza descritiva tipo relato de experiência, que foi baseado na vivência de uma enfermeira residente, como integrante de uma equipe multiprofissional da ESF, em uma Unidade Básica de Saúde localizada na cidade de Palmas – TO.

O Programa Integrado de Residências em Saúde na cidade de Palmas foi instituído pela Lei Nº. 2010 de 12 de dezembro de 2013, com o objetivo principal de preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira, além de fomentar a articulação entre ensino serviço e comunidade.

No processo seletivo para o programa Saúde da Família e Comunidade foram ofertadas 24 vagas, distribuídas para graduados nos cursos enfermagem, fisioterapia, psicologia, nutrição, odontologia e serviço social, sendo que dos profissionais aprovados os enfermeiros foram encaminhados a ESF e os demais profissionais ao NASF.

A grade curricular do programa foi elaborada contemplando além da prática profissional na unidade de lotação, aulas teóricas com disciplinas relevantes a prática de cada grupo profissional, tutorias e estágio nos diversos serviços da rede de atenção à saúde do município, totalizando uma carga horária de 60 horas semanais.

Para subsidiar esse relato, foi efetuada uma busca na literatura especializada contendo as seguintes palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde, Residência Multiprofissional em Saúde, Educação Continuada, Educação continuada do profissional enfermeiro, relatos de experiência em enfermagem, pedagogia no ensino de enfermagem.

Os indexadores usados foram principalmente o Pub med, Open access, Lilacs, Google acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde.

Os artigos encontrados foram divididos de acordo com os temas derivados das palavras-chaves, com prioridade para os mais recentes, últimos 10 anos.

#### 4.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados no formato de artigo, o qual foi submetido para publicação na revista *Acta Scientiarum Health Science* no dia 29 de agosto de 2015.

## **The experience of a nurse in the Residency Multidisciplinary deployed in Palmas-TO.**

\* Experience of a nurse in residence.

## **A experiência de um enfermeiro em uma Residência Multiprofissional implantada em Palmas-TO.**

\*Experiência de um enfermeiro na Residência.

**RESUMO:** As residências fortalecem a Educação Permanente em Saúde, e as experiências vividas pelos profissionais de saúde participantes deste processo devem ser usadas para aumentarem os dados sobre o andamento e qualidade dessas atividades de educação continuada. O objetivo deste trabalho é mostrar a visão de um desses profissionais frente aos desafios e inserção como membro da equipe de Estratégia de Saúde da Família e discente de uma residência multiprofissional na região Norte. A atuação dos residentes nos grupos das Unidades Básicas de Saúde permitiu maior número de acolhimentos, visitas residenciais, formação de grupos em saúde e estímulos às práticas de promoção à saúde. Os residentes se apresentavam estimulados positivamente a cumprir as metas ensinadas nas aulas e mantiveram um comprometimento com as proposições legais para a implantação da qualidade em saúde, provavelmente devido à idade, a maioria jovens recém saídos das universidades, cheios de ideais ainda não mutilados pelas dificuldades encontradas na profissão. A implantação da Residência Multidisciplinar em Saúde da Família e Comunidade em Palmas – TO possibilitou aos residentes refletir sobre suas práticas e a integração multiprofissional na produção das ações e melhoria da qualidade do cuidado, contribuindo para ampliação do olhar sobre o processo saúde doença.

**PALAVRAS CHAVE:** Especialização. Estratégia Saúde da Família. Educação Continuada.

**ABSTRACT:** Residency programs strengthen the Continuing Education in Health, and the experiences of health professionals involved in this process should be used to increase data on the progress and quality of these continuing education activities. The aim of this study was to show the perspective of one of these professionals of challenges and insertion as member of the Family Health Strategy team and students of a multi-professional residency program in Northern Brazil.

The role of residents in Basic Health Units allowed higher number of receptions, residential visits, formation of health groups and incentives to health promotion practices. Residents were positively stimulated to meet the goals taught in classes and maintained a commitment to the legal proposals for the implementation of health quality, probably due to their age, mostly young people freshly out of university, full of ideals still not mutilated by the difficulties found in the profession. The implementation of the Multidisciplinary Residency Program in Family and Community Health in Palmas - TO enabled residents to reflect on their practices and multidisciplinary integration in the production of actions and improvement of the care quality, contributing to broadening the perspective on the health /disease process.

**KEYWORDS:** Specialization. Family Health Strategy. Education Continuing.

## **INTRODUCTION**

Primary Health Care (PHC) in Brazilian cities via Basic Health Units (BHU) and Family Health Strategy teams (FHS) have not provided, at least so far, adequate care to the general population, according to the final report of the XIV National Health Conference (Brazil, 2012) and authors (Puccini & Cornetta, 2008; Brehmer & Verdi 2010; Machado, Colomé & Berck, 2011; Rabetti & Freitas, 2011; Junqueira & Duarte, 2012).

In fact, most patients who are received in BHU seek care in the Emergency Medical Unit (EMU) (Calderero, Miasso & Corradi-Webster, 2008; Oliveira, Cunha, Silva & Thomaz, 2013), which are not the priority door of access to the Unified Health System (UHS), overloading these units and compromising the quality of care to the population (Randow et al., 2011; Oliveira et al., 2015).

One must keep in mind that the Family Health Strategy (FHS) should at least facilitate access to health care and contribute to improving the quality of public services (Takemoto & Silva, 2007; Taddeo et al., 2012).

This non implementation of projects linked to the organization of health services proposed by the Ministry of Health may be occurring for reasons such as the small amount of health centers (Pedrosa, Correa & Mandú, 2011; Vitoria, Harzheim, Takeda & Hauser, 2013; Casanova & Rego, 2014) due to bureaucratic problems caused by the inadequacy of public administration to prioritize the basic

needs of the population (Medeiros et al., 2010; Schwartz, Ferreira, Maciel & Lima, 2010), and, among other factors, to the lack of health professionals with little or no adequate profile to implement care activities at Basic Health Units (Moretti-Pires & Bueno, 2009; Batista & Gonçalves, 2011; Gonze & Silva, 2011; Silva, Fracolli & Chiesa, 2011; Valeretto, Souza & Vorpapel, 2011; Marques et al., 2014)

One of the several options to improve the profile of health professionals is the implementation of training centers to generate strategies to maintain health professional in the inland of the country (Ramalho & Madeira, 2005; Cavaleiro & Guimarães, 2011; Brasil, 2012b) and in areas of difficult access and provision such as the Northern and Northeastern regions of Brazil (Campos, Machado & Girardi, 2009; Oliveira et al., 2013; Pinheiro & Silveira, 2014), thus expanding health residency spaces (medical and multidisciplinary), with priority on family health and other areas where there is lack of UHS professionals linked to health internalization policies such as professional training and salary and career incentives (Brasil, 2012b).

Considering the various strategies to train health professionals, residency encourages them to obtain a critical-reflective look to transform health practices in terms of resolution and implementation of quality of health services, with a humanistic, critical and integrating perception that meets demands via the execution of concrete actions aimed at the health of the population (Nascimento & Oliveira, 2006; Fernandes & Backes, 2010; Ferreira, Cotta, Lugarinho & Oliveira, 2010; Maia et al., 2013).

In addition to factors mentioned above, residency programs guarantee and strengthen the Continuing Health Education (CHE) and continuing education proposed by the Law of Guidelines and Bases of National Education (Brasil, 1996), the states of the Federation at primary, secondary and tertiary levels of Health Care, qualify health professionals and NHS managers, and promote improvements in the service to users, *inter alia*, especially if partnerships are established with public education institutions (Brasil, 2012b); however, this has been done form only in a punctual way, fragmented, discontinuous and without the importance of comprehensive care (Barsaglini, Paz & Lemos, 2015; Ibiapina et al., 2015).

The experiences of health professionals who participate and are part of continuing education activities in residency programs must be used to increase data on the progress and quality of these continuing education activities, enabling these professionals to observe whether or not they are being only receptacles or accumulators of knowledge, which, according to Paulo Freire (1996), reduces the critical view of these subjects. In fact, the implementation of multidisciplinary residency programs should also encourage research on priority issues for the health of the population that if performed in a timely manner, will contribute to the improvement of UHS (Celino & Costa, 2013).

However, it is important to hypothetically verify if residency programs meet the commitment of preparing health professionals for care directed at patients and provides an option for continuing education.

The nurse is an important member within the multidisciplinary team that composes the FHS (Alvim & Ferreira, 2007; Matumoto, Fortuna, Kawata, Mishima & Pereira, 2011) and is an active component in the process of consolidation of this strategy, enabling an integrative and humanized health policy that, among other advantages, has represented to this professional, a field of growth and social recognition (Amorim & Andrade, 2009; Arruda, Moreira & Aragão, 2014; Freitas & Santos, 2014; Mazzuchello, Cereta, Schwalm, Dagostim, Soratto, 2014; Moura et al., 2015), allowing the fulfillment of this professional according to the National Primary Care Policy (Brasil, 2012a).

To show how the nurse suits within multi-professional residency programs, this descriptive-qualitative report aims to show the perspective of one of these professionals of challenges and insertion as member of the Family Health Strategy team and students of a multi-professional residency program in Northern Brazil.

Factors like humanization, completeness and appropriateness to the purpose for which multi-professional residency programs are proposed will be critically examined, with emphasis on advantages and disadvantages, even though subject to the inherent subjectivity as a component of this system in order to strengthen the foundations to support a better implementation of public health policies, and the nurse is one of the health care professionals included in these programs.

## **MATERIAL AND METHODS**



To support this report, a literature search was conducted with the following keywords: public health policies, multi-professional residency programs, Continuing Education, Continuing education, nursing experience reports, pedagogy in nursing education.

Indexes used were Pub med, Open access, Lilacs, Google Scholar and Virtual Health Library.

The articles found were divided according to themes derived from keywords, giving priority to the most recent, the last 10 years.

## RESULTS

Articles found based on keywords were divided into the following themes 1] attention, actions, practices and health strategies, 2] duties of the nurse professional, 3] fixation of health professionals, 4] public policies for health, 5] qualification and continuing education in health, 6] legal provisions aimed at health, 7] educational philosophies focused on health (Figure 1). Of these articles, only those that referred more specifically to the current subject and more recent articles were selected. Various articles have intersection with the topics of interest, and then those who referred specifically to the proposed topics were selected.



## DISCUSSION

The City of Palms has 36 BHU, 2 EMU and 3 public hospitals for free treatment of the population, and is in quantitative terms, one of the largest Brazilian capitals

in number of public health care centers of northern Brazil. However, these health centers, in terms of quality of physical infrastructure, are not uniform. Indeed, only a few have adequate facilities and necessary inputs, which can hinder the performance of health professionals, being also source of stress (Pedrosa et al., 2011).

In order to promote the inclusion of qualified health professionals into the labor market and especially in the priority areas of UHS, as recommended by Ordinance No. 11.129 (2005), the Multidisciplinary Residency in Family and Community Health was implemented by the city of Palmas. The support from the Ministry of Health and Municipal Health Fund has provided Research scholarships for Education through Work-PET / Palmas with objectives, among others, to encourage further research applied to UHS (Palmas, 2014).

For the implementation of the Multidisciplinary Residency Program in Family and Community Health, lectures, tutorials, preceptorias and practical work at the BHU, EMU were offered in specialized centers and management. This type of education characterized by in-service training has been widely used in order to train skilled professionals to work in this new care model, and the reports already available proved that the proposal is successful (Guilherme et al., 2012; Melo, Queluci & Gouvêa, 2014; Silva, Contim, Ohi, Chavaglia & Amaral, 2015), a result that demonstrates the importance of the association between theory and practice in professional instrumentation to properly develop actions in the community (Ferreira, Fiorini & Crivelaro, 2010; Silva et al., 2015).

Specifically for works in BHU, teams were formed according to classification in the selection process to join the residency program and spaces were offered by the board of primary health care units. Teams were composed of resident physicians and nurses or mixing a category of residents with others from the municipal health department already working at BHU. Residents then fill the spaces of work teams at BHU. There were at least two cases where multidisciplinary teams were composed only of residents. The approach of residents with Primary Care servers favors professional practice and work organization changes, enabling improved quality of care (González & Almeida, 2010; Marin et al., 2014).

According to Ordinance 2448/2011, the multidisciplinary team of the family health strategy must be composed at least of "generalist physician or specialist in family health or family and community doctor, generalist nurse or specialist in family health, auxiliary or technician and Community Health Agents (CHA), which may also include oral health professional as part of the multidisciplinary team: generalist dentist or specialist in family health, assistant and / or technician in Oral Health" and "the number of CHA should be sufficient to cover 100% of the registered population, with up to 750 people per CHA and 12 CHA per Family Health team, not exceeding the maximum recommended of people per team".

The teams composed of residents contained the minimum number of professionals recommended by Ordinance 2448/2011; however, additional professionals who joined the residency program, psychologists, nutritionists, physiotherapists and social workers, and those that formed the Center for Family Health Support (CFHS) were not sufficient to provide support for all BHU, thus, interdisciplinary training proposed by the Multidisciplinary Residency was not completely satisfied, thus reducing the comprehensiveness of the health care service. In fact, the multidisciplinary work in Primary Care is of paramount importance as it provides knowledge exchange and interdisciplinary care, contributing to humanization and comprehensive care, actions consistent with the principles of UHS (Casate & Corrêa, 2012; Guilherme et al., 2012; Maia et al., 2013; Junior et al., 2015).

In general, the actions of residents in BHU groups allowed higher number of receptions, residential visits and community served, formation of health groups and incentives to health promotion practices and disease prevention, as they increase the components of existing groups and at least two other health groups have been created. These actions collaborate in preventing hospitalizations, injuries and early deaths, improving health indicators and reducing costs (Junqueira & Duarte, 2012; Ramos, Bezerra & Paiva, 2013).

One fact to consider is the relationship between quantity and quality in the health care provided to the population. The aforementioned quantitative data were recorded at the end of the day when the number of attendances was cited by receptionists, not always on a daily basis. In cases where the multidisciplinary team was composed only of residents, these were composed of two doctors, two

nurses, one nursing technician and health workers, which means twice as many nurses and doctors as in the other groups.

However, even with twice as the number of health professionals in teams of residents, the number of receptions did not double compared to the other groups, because priority was given to quality of care along with health promotion and disease prevention. This probably occurred due to the theoretical focus given to residents in classes held on Saturdays, Fridays afternoon and Thursdays with night teachers. In these classes, teachers always focused on quality of care, disease prevention and reception optimization, according to recommendations of the Ministry of Health (Brasil, 2012b).

Thus, the residency program fulfilled the expectations of the federal government to prioritize quality of health promotion and disease prevention (Brasil, 2012b) with increased number of home visits and creation of support groups of health promotion and disease prevention carried out by the group of residents. It also allowed, with the increased number of receptions at BHU, reducing overload at EMUs, and providing a comprehensive and humane care (Nobrega & Arruda, 2012; Junior et al., 2015).

It was observed that residents were positively stimulated to meet the goals taught in classes and maintained themselves committed to the legal propositions for quality implementation in health care. A plausible explanation of these positive stimuli may be associated with the age of residents, mostly young people freshly out of university, full of ideals still not mutilated by social difficulties found in the profession (Colenci & Berti, 2012), who joined a Multidisciplinary Residency program focused on family and community health. It could be inferred that this choice is accompanied by a great humanitarian ideal, an inner motivation that enabled greater workforce.

Residents have not yet experienced the stress of daily work in health units caused by various factors such as low wages (Junior et al., 2015), stress due to lack of materials (Pedrosa et al., 2011), continuous care to the population (Sá, Martins-Silva & Funchal, 2014), among other of personal aspects.

However, it was found that the participation of residents in new or operating groups generated an increase in production in terms of receptions and motivation in groups without residents that were already in operation. It could be inferred that,

somehow, members of the health promotion teams, being or not part of the residency program, were encouraged to improve their actions. The causes can be various, from the building of a new environment with the coming of residents up to motivational of social factors and those of personal origin. Since it is a complex foundation behavior, studies aimed at changing the behavior of health professionals in relation to new members and environmental changes should be considered, as stimulating factors should be developed by health managers to improve the actions of these professionals within a humanitarian context and minimizing the constant stress observed in these professionals (Pedrosa et al., 2011; Sá et al., 2014; Junior et al., 2015).

Another aspect is that most experienced professionals shared their knowledge and experiences with residents (Melo, et al., 2014) and this knowledge exchange can be an indicator of improved self-esteem through the act of teaching.

## **CONCLUSION**

It could be concluded that the implementation of the Multidisciplinary Residency Program in Family and Community Health in Palmas - TO faced some difficulties such as insufficient number of professionals at CFHS to support all BHUs; however it allowed residents to reflect on their practices and the multidisciplinary integration in the production of actions and improve the quality of care, contributing to broadening the perspective on the health / disease process based on a realistic health situation in the country and on the wisdom of more experienced professionals and skilled teachers.

## **REFERENCES**

- Alvim, N. A. T., & Ferreira, M. A. (2007). Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 16(2), 315-319.
- Amorim, M. M., & Andrade, E. R. (2009). Atuação do enfermeiro no PSF sobre aleitamento materno. *Perspectivas online*, 3(9), 93-110.
- Arruda, L. P., Moreira, A. C. A., & Aragão, A. E. A. (2014). Promoção da saúde: atribuições do enfermeiro como educador na estratégia saúde da família. *Essentia*, 16(1), 183-203.
- Barsaglini, R. A., Paz, K. M., & Lemos, P. L. (2015). Qualidade de vida e cuidado á pessoas com doença falciforme. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, 19(52), 195-199.

Batista, K. B. C., & Gonçalves, O. S. J. (2011). Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. *Revista Saúde e Sociedade*, 20(4), 884-899.

Brasil. (1996). *Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. Brasília. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9394.htm)>. Acesso em: 01 jun., 2015.

Brasil. (2005). *Lei n.º 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*. Palmas. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm)>. Acesso em: 01 jun., 2015.

Brasil. (2011). *Portaria n.º2448, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 01 jun, 2015.

Brasil. (2012a). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília.

Brasil. (2012b). *Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro*. Brasília.

Brehmer, L. C. F., & Verdi, M. (2010). Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 3569-3578.

Calderero, A. R. L., Miasso, A. I., & Corradi-Webster, C. M. (2008). Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(1), 51-62.

Campos, F. E., Machado, M. H., & Girardi, S. N. (2009). A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, 1(44), 13-24.

Casanova, M. R. R. (2014). Qualidade no atendimento no Pronto Socorro municipal de Pelota/RS. *Revista Eletrônica Acadêmicus*, 2(2), 49-63.

Casate, J. C., & Corrêa, A. K. (2012). The humanization of care in the education of health professionals in undergraduate courses. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 46(1), 212-218.

- Cavalheiro, M. T. P., & Guimarães, A. L. (2011). Formação para o SUS e os desafios da Integração Ensino e Serviço. *Caderno do Forum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde*, 1, 19-27, 2011.
- Celino, S. D. M., & Costa, G. M. C. (2013). Pesquisa para o sistema único de saúde na Paraíba: operacionalização e gestão de recursos financeiros. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 37(3), 757-774.
- Colenci, R., & Berti, H. W. (2012). Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de graduação em enfermagem. *Revista Escola Enfermagem Universidade São Paulo*, 46(1), 158-166.
- Fernandes, M. C. P., & Backes, V. M. S. (2010). Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(4), 567-573.
- Ferreira, M. L. S. M., Cotta, R. M. M., Lugarinho, R., & Oliveira, M. S. (2010). Construção de Espaço Social Unificado para Formação de Profissionais da Saúde no Contexto do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(2), 304-309.
- Ferreira, R. C., Fiorini, V. M. L., & Crivelaro, E. (2010). Formação Profissional no SUS: o Papel da Atenção Básica em Saúde na Perspectiva Docente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(2), 207-215.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia do Oprimido*. São Paulo: São Paulo. Freitas, G. M., & Santos, N. S. S. (2014). Atuação do enfermeiro na Atenção Básica de Saúde: Revisão integrativa de Literatura. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 4(2), 1194-1203.
- González, A. D., & Almeida, M. J. (2010). Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 757-762.
- Gonze, G. G., & Silva, G. A. (2011). A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 21(1), 129-146.
- Guilherme, F., Callegari, D., Carvalho, B. G., Iglecias, V. A., Santos, E. R., & Camprenguer, E. S. (2012). Reflexões de uma equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família sobre o processo de reativação de um Conselho Local de Saúde. *Revista brasileira medicina da família e comunidade*, 7(25), 265-271.
- Ibiapina, A. R. L., Freire, A. L. L., Matos, C. V., Vieira, N. H., Carvalho, P. I. N., & Moura, T. N. (2015). Educação popular na Atenção Básica: um enfoque na integralidade. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 6(1), 785-792.
- Junior, S. O. S., Fortunato, M. M., Pessoa, G. R., Pereira, A. K. A. M., Nascimento, E. G. C., & Alchieri, J. C. (2015). Expressão da humanização no

campo da atenção básica à saúde. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 9(1), 1-13.

Junqueira, R. M. P., & Duarte, E. C. (2012). Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. *Revista saúde Pública*, 46(5), 761-768.

Machado, L. M., Colomé, J. S., & Beck, C. L. C. (2011). Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e de contrarreferência: um desafio a ser enfrentado. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria*, 1(1), 31-40.

Maia, D. B., Souza, E. T. G., Gama, R. M., Lima, J. C., Rocha, P. C. F., & Saaki, Y. (2013). Atuação interdisciplinar na Atenção Básica de Saúde: a inserção da Residência Multiprofissional. *Saúde & Transformação Social*, 4(1), 103-110.

Marin, M. J. S., Oliveira, M. A. C., Otani, M. A. P., Cardoso, C. P., Moravcik, M. Y. A. D., Conterno, L. O., ... Junior, A. C. S. (2014). A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 967-974.

Marques, A. S., Freitas, D. A., Leão, C. D. A., Oliveira, S. K. M., Pereira, M. M., & Caldeira, A. P. (2014). Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 365-371.

Matos, F. V., Cerqueira, M. B. R., Silva, A. W. M., Veloso, J. C. V., Morais, K. V. A., & Caldeira, A. P. (2014). Egressos da Residência de Medicina de Família e Comunidade em Minas Gerais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(2), 198-204.

Matumoto, S., Fortuna, C. M., Kawata, L. S., Mishima, S. M., & Pereira, M. J. B. (2011). A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(1), 1-8.

Mazzuchello, F. R., Ceretta, L. B., Schwalm, M. T., Dagostim, V. S., & Soratto, M. T. (2014). A atuação dos enfermeiros nos Grupos Operativos Terapêuticos na Estratégia Saúde da Família. *O mundo da Saúde*, 38(4), 467-472.

Medeiros, C. R. G., Junqueira, A. G. W., Schwingel, G., Carreno, I., Jungles, L. A. P., & Saldanha, O. M. F. L. (2010). A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 1521-1531.

Melo, M. C., Queluci, G. C., & Gouvêa, M. V. (2014). Problematizando a residência multiprofissional em oncologia: protocolo de ensino prático na perspectiva de residentes de enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 48(4), 706-714.



- Moretti-Pires, R. O., & Bueno, S. M. V. (2009). Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(4), 439-444.
- Moura, L. K. M., Lima, C. H. R., Sousa, F. D. L., Honorato, D. Z. S., Neta, A. S. R., & Costa, K. R. F. (2015). O profissional enfermeiro como educador: um olhar para atenção primária à saúde e o NASF. *Revista Interdisciplinar*, 8(1), 211-219.
- Nascimento, D. D. G., & Oliveira, M. A. C. (2006). A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. *Revista Mineira de Enfermagem*, 10(4), 435-439.
- Nóbrega, I. R. A. P., & Arruda, F. G. (2012). Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso: relatando experiências à luz da Política Nacional de Humanização. *Revista Portal de Divulgação*, (27), 33-42.
- Oliveira, B. L. C. A., Silva, A. M., Cunha, C. L. F., & Thomaz, E. B. A. F. (2013). Desigualdades socioeconômicas, demográficas e em saúde no nordeste brasileiro. *Revista Pesquisa Saúde*, 14(3), 150-155.
- Oliveira, K. K. D., Amorim, K. K. P. S., Fernandes, A. P. N. L., & Monteiro, A. I. (2013). Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma Unidade de Pronto Atendimento. *Revista Mineira de Enfermagem*, 17(1), 148-156.
- Oliveira, S. N., Ramos, B. J., Piazza, M., Prado, M. L., Reibnitz, S. K., & Souza, A. C. (2015). Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: percepção da enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 24(1), 238-244.
- Palmas (2014). *Decreto n.º 756, de 15 de abril de 2014. Regulamenta o Programa Municipal de Bolsas de Estudo e Pesquisa para a Educação pelo Trabalho, e adota outras providências*, Palmas. Disponível em: <<http://legislativo.palmas.to.gov.br/media/leis/DECRETO%20N%C2%BA%20756-2014%20de%2015-04-2014%2016-0-20.pdf>> . Acesso em: 01 jun., 2015.
- Pedrosa, I. C. F., Corrêa, A. C. P., & Mandú, E. N. T. (2011). Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. *Revista Ciencia Cuidado e Saúde*, 10(1), 058-065.
- Puccini, P. T., Cornetta, V. K. (2008). Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(9), 2032-2042.
- Rabetti, A. C., & Freitas, S. F. T. (2011). Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. *Revista Saúde Pública*, 45(2), 258-268.

- Ramalho, B. L., & Madeira, V. P. C. (2005). A pós-graduação em educação no Norte e Nordeste: desafios, avanços e perspectivas. *Revista Brasileira de Educação*, (30), 70-81.
- Ramos, M. J. M., Bezerra, M. I. C., & Paiva, G. M. (2013). Saúde, ambiente e qualidade de vida: reflexões da experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza-CE. *Cadernos Escola de Saúde Pública do Ceará*, 7(2), 53-65.
- Randow, R. M. V., Brito, M. J. M., Silva, K. L., Andrade, A. M., Caçador, B. S., & Siman, A. G. (2011). Articulação com atenção primária à saúde na perspectiva de gerentes de Unidade de Pronto Atendimento. *Revista Rede de Enfermagem do Nordeste*, 12, 904-912.
- Sá, A. M. S., Martins-Silva, P. O., & Funchal, B. (2014). Burnout: o impacto da satisfação no trabalho em profissionais de enfermagem. *Psicologia & Sociedade*, 26(3), 667-674.
- Schwartz, T. D., Ferreira, J. T. B., Maciel, E. L. N., Lima, R. C. D. (2010). Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4), 2145-2154.
- Silva, J. C., Contim, D., Ohl, R. I. B., Chavaglia, S. R. R., & Amaral, E. M. S. (2015). Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(2), 132-138.
- Silva, T. A. M., Fracolli, L. A., & Chiesa, A. M. (2011). Trajetória profissional na Estratégia Saúde da Família: em foco a contribuição dos cursos de especialização. *Revista Latino-Americana de enfermagem*, 19(1), 1-8.
- Silveira, R. P., & Pinheiro, R. (2014). Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia – Brasil. *Revista Brasileira de educação Médica*, 38(4), 451-459.
- Taddeo, P. S., Gomes, K. W. L., Caprara, A., Gomes, A. M. A., Oliveira, G. C., & Moreira, T. M. M. (2012). Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 2923-2930.
- Takemoto, M. L. S., & Silva, E. M. (2007). Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Caderno Saúde Pública*, 23(2), 331-340.
- Valeretto, F. A., Souza, M. C., & Vorpapel, M. G. B. (2011). O Papel do Enfermeiro Integrante da Equipe da Estratégia de Saúde da Família em um município do interior paulista. *Brazilian Journal of Health*, 2(2/3), 97-103.
- Vitoria, A. M. Harzheim, E., Takeda, S. P., & Hauser, L. (2013). Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*, 8(29), 285-293.

## 5.0 CONCLUSÃO

As experiências fomentadas na residência oportunizam momentos de reflexão em relação a prática profissional e organização dos serviços ofertados, colaborando para a formação de profissionais com perfil mais adequado ao trabalho na ESF.

Ao atuar em uma equipe multiprofissional os residentes constroem um processo de trabalho voltado ao cuidado integral da saúde da população, e elaboram estratégias de intervenção voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças, práticas que colaboram para melhoria da qualidade de vida da população.

A implantação da Residência Multidisciplinar em Saúde da Família e Comunidade em Palmas – TO enfrentou algumas dificuldades como a insuficiência de profissionais do NASF para apoiar todas UBS, entretanto possibilitou aos residentes refletir sobre suas práticas e a integração multiprofissional na produção das ações e melhoria da qualidade do cuidado, contribuindo para ampliação do olhar sobre o processo saúde doença, tendo como pano de fundo a situação realística da saúde no país e a sabedoria de profissionais mais experientes e professores formadores.

## 6.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da experiência vivida acreditamos que a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, apesar das dificuldades, é uma modalidade de ensino que tem muito a contribuir para a formação de profissionais generalistas, com visão crítica e integradora, capazes de atuar com qualidade e resolutividade no SUS, contribuindo para a reestruturação dos serviços de saúde.

Neste contexto também identificamos a necessidade de estudos posteriores sobre a forma de atuação dos profissionais anos após a conclusão da residência.

## 7.0 REFERÊNCIAS

ARRUDA, L. P.; MOREIRA, A. C. A.; ARAGÃO, A. E. A. Promoção da saúde: atribuições do enfermeiro como educador na estratégia saúde da família. **Essentia**, v. 16, n. 1, p. 183-203, 2014.

ASSIS, M. M. A.; ALVES, J. S.; SANTOS, A. M. POLITICAS DE Recursos humanos e a (re)significação das práticas dos trabalhadores no Sistema Unico de Saúde (SUS): Apontamentos para o debate. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 32, p. 7-15, 2008.

ASSIS, M. M. A.; ASSIS, A. A.; CERQUEIRA, E. M. Atenção Primária e o direito a saúde: algumas reflexões. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 297-303, 2008.

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.

BATICH, M. Previdência do trabalhador, uma trajetória inesperada. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 3, p. 33-40, 2004.

BRASIL, LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Brasília: DF, 1990.  
BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2014. 110p.

BRASIL. Portaria n.º2448, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Ministério da Saúde**, Brasília, DF.

BRASIL. Portaria n° 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 Pacto pela Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2006.

CAMPOS, M. O.; NETO, J. F. R. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista baiana de saúde pública**, v. 32, n. 2, p. 232-240, 2008.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde**. Ottawa, 1986.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. The humanization of care in the education of health professionals in undergraduate courses. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 46, n. 1, p. 212-218, 2012.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os desafios da Integração Ensino e Serviço. **Caderno do Forum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde**, v. 1, n. 19-27, 2011.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os desafios da Integração Ensino e Serviço. **Caderno do Forum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde**, v. 1, p. 19-27, 2011.

CORDEIRO, H. A. A política de saúde na nova república: das ações integradas de saúde ao sistema unificado e descentralizado. **Revista baiana de saúde pública**, v. 15, n.1, p. 56-60,1988.

CORREIA, I. C. M.; COSTA, D. A.; MARTINS, M. M. R.; VOLPATO, L. M. B. Apolítica de saúde e sua relação com as organizações privadas que prestam serviços públicos de saúde: a participação estratégica do serviço social nessas organizações. **Seminário Integrado**, v. 3, p. 95-105, 2009.

CUNHA, J. M. P. Migração e urbanização no Brasil: alguns desafios metodológicos para análise. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 3-20, 2005.

DIAS, E. C.; RUMIN, C. R. A saúde do trabalhador no Brasil: contribuições de Elizabeth Costa Dias para o fortalecimento no SUS. **Revista Laborativa**, v. 3, n. 2, p. 53-63, 2014.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.

FARIA, L. M. D.; FRANCILINO, M. G. A. Direitos fundamentais: dimensões e incidência na constituição da república federativa do Brasil de 1988. **Faculdades Integradas Antonio Eufrasio de Toledo**, v. 10 n. 10, p. 1-7, 2014.

FERREIRA, M.L.S.M.; COTTA, R.M.M.; LUGARINHO, R.; OLIVEIRA, M.S. Construção de Espaço Social Unificado para Formação de Profissionais da Saúde no Contexto do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 304-309, 2010.

FIGUEIREDO, M. F. S.; LEITE, M. T. S.; NETO, J. F. R.; REIS, T. C. Modelos Educacionais Não Críticos e Críticos aplicados à Educação em Saúde. **Rev Norte Min Enferm.** v. 1, n. 1, p. 79-91, 2012.

FRANCO, T. B. Produção de cuidado e produção pedagógica: Integração de cenários do sistema de saúde. **Interface Comunicação, Saúde, Educ**, v. 11, n. 23, p. 427-438, 2007.

FREITAS, A. C.; SILVA, L. C. P.; JESUS, M. B.; KUMANAYA, M. F.; SILVA, G. T. R. Desvelando a vivência de uma equipe multiprofissional de Residentes em Saúde da Família com o Agente Comunitário de Saúde. **Revista APS**, v. 10, n. 2, p. 143-155, 2007.

FREITAS, G. M.; SANTOS, N. S. S. Atuação do enfermeiro na Atenção Básica de Saúde: Revisão integrativa de Literatura. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 4, n. 2, p. 1194-1203, 2014.

FREITAS, G. M.; SANTOS, N. S. S. Atuação do enfermeiro na Atenção Básica de Saúde: Revisão integrativa de Literatura. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 4, p. 1194-1203, 2014.

GOMES, A. L. M.; SOARES, A. C. M.; ANTUNES, M. A.; SILVA, L. O. G.; LUGÃO, N. C. S.; TYRRELL, M. A. R. A política nacional de atenção básica nos centros municipais de saúde da área programática 1.0. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, v. 6, n. 4, p. 1335-1348, 2014.

GONZE, G. G.; SILVA, G. A. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, p.129-146, 2011.

GUILHERME, F.; CALLEGARI, D.; CARVALHO, B. G.; IGLECIAS, V. A.; SANTOS, E. R.; CAMPREGUER, E. S. Reflexões de uma equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família sobre o processo de reativação de um Conselho Local de Saúde. **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 25, p. 265-271, 2012.

JÚNIOR, A. P.; JÚNIOR, L. C. Políticas Públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2006.

JUNIOR, S. O. S.; FORTUNATO, M. M.; PESSOA, G. R.; PEREIRA, A. K. A. M.; NASCIMENTO, E. G. C.; ALCHIERI, J. C. Expressão da humanização no campo da atenção básica à saúde. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 9, p. 1-13, 2015.

JUNIOR, S. O. S.; FORTUNATO, M. M.; PESSOA, G. R.; PEREIRA, A. K. A. M.; NASCIMENTO, E. G. C.; ALCHIERI, J. C. Expressão da humanização no campo da atenção básica à saúde. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 9, p. 1-13, 2015.

JUNQUEIRA, R. M. P.; DUARTE, E. C. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. **Revista saúde Pública**, v. 46, p. 761-768, 2012.

MACHADO, L. A carta de 1988 e a educação profissional e tecnológica: interpretação de um direito e balanço aos 20 anos de vigência. **Competência** v. 1, n. 1, 2008.

MACHADO, L. M.; COLUMÉ, J. S.; BECK, C. L. C. Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e de contrarreferência: um desafio a ser enfrentado. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, v. 1, p. 31-40, 2011.

MAIA, D. B.; SOUSA, E. T. G.; GAMA, R. M.; LIMA, J. C.; ROCHAS, P. C. F.; SASSAKI, Y. Atuação interdisciplinar na Atenção Básica de Saúde: a inserção da Residência Multiprofissional. **Saúde & Transformação Social**, v. 4, p. 103-110, 2013.

MANKIW, N. G. Introdução à Economia: Princípios de Micro e macroeconomia. **Revista de Economia Política**, v. 22, n. 1, p. 186-191, 2002.

MARIN, M. J. S.; GOMES, R.; MARVULO, M. M. L.; PRIMO, E. M.; BARBOSA, P. M. K.; DRUZIAN, S. Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 14, n. 33, p. 331-344, 2010.

MARIN, M. J. S.; OLIVEIRA, M. A. C.; OTANI, M. A. P.; CARDOSO, C. P.; MORAVCK, M. Y. A. D.; CONTERNO, L. O.; BRACCIALLI, L. A. D.; NUNES, C. R. R.; JUNIOR, A. C. S. A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19 p. 967-974, 2014.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; KAWATA, L. S.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2011.

MELO, M. C.; QUELUCI, G. C.; GOUVÊA, M. V. Problematizando a residência multiprofissional em oncologia: protocolo de ensino prático na perspectiva de residentes de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 48, p. 706-714, 2014.

MORETTI-PIRES, R. O.; BUENO, S. M. V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 439-444, 2009.

MOURA, L. K. M.; LIMA, C. H. R.; SOUSA, F. D. L.; HONORATO, D. Z. S.; NETA, A. S. R.; COSTA, K. R. F. O profissional enfermeiro como educador: um olhar para atenção primária à saúde e o NASF. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 1, p. 211-219, 2015.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

PAIM, J. S. Ações Integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Caderno de saúde pública**. v. 2, n. 2, p. 167- 184, 1986.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do PIOVESAN, A.; LIMA, L. D.; OTTOBELLI, C.; GERMANI, A. R. M. Controle social: ferramenta no processo de construção do sistema único de saúde. **Revista de Enfermagem**, v. 4, n.4, p. 1-17, 2008.

RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 258-268, 2011.

RAMOS, L. R.; MALTA, D. C.; GOMES, G. A. O.; BRACCO, M. M.; FLORINDO, A. A.; MIELKE, G. I.; PARRA, D. C.; LOBELO, F.; SIMOES, E. J.; HALLAL, P. C. Prevalência de programas de promoção da saúde em unidades básicas de saúde no Brasil. **Revista de Saúde pública**. v. 48, n. 5, p. 837-844, 2014.

RAMOS, M. J. M.; BEZERRA, M. I. C.; PAIVA, G. M. Saúde, ambiente e qualidade de vida: reflexões da experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza-CE. **Cadernos Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 7, p. 53-65, 2013.

- RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 07-17, 2012.
- ROCHA, D. G.; ALEXANDRE, V. P.; REZENDE, R.; NOGUEIRA, J. D.; SÁ, R. F. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4313-4322, 2014.
- ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de Assistência. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.
- SILVA, M. V.; MONTEIRO, C. F. S.; LANDIM, C. A. P.; MELO, T. M. T. C.; ROCHA, F. C. V. Assistência de enfermagem ao portador de hipertensão na atenção básica: revisão integrativa da literatura. **Revista Interdisciplinar**, v. 7, n. 2, p. 156-164, 2014.
- SILVA, N.; BRASIL, C.; FURTADO, H.; COSTA, J. FARINATTI, P. Exercício físico e envelhecimento: benefícios á saúde e características de programas desenvolvidos pelo LABSAU/IEFD/UERJ. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 75-85, 2014.
- SORATTO, J.; WITT, R. R.; PIRES, D. E. P.; SCHOELLER, C. A. S. Percepções dos profissionais de saúde sobre a Estratégia Saúde da Família: equidade, universalidade, trabalho em equipe e promoção da saúde/prevenção de doenças. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1-7, 2015.
- SOUZA, M. S.; CABRAL, I. E. 25 years of Unified Health System Regulation and the 15th National Conference of Health. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 3, p. 376-37, 2014.
- TAKAHASHI, M. A. B. C.; IGUTTI, A. M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2661-2670, 2008.
- TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v. 23, p. 331-340, 2007.
- VALERETTO, F. A.; SOUZA, M. C.; VORPAGEL, M. G. B. O Papel do Enfermeiro Integrante da Equipe da Estratégia de Saúde da Família em um município do interior paulista. **Brazilian Journal of Health**, v. 2, n. 2, p. 97-103, 2011.
- VITÓRIA, A. M.; HARZHEIM, E.; TAKEDA, S. P.; HAUSER, L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v. 8, p. 285-293, 2013.
- WEYLAND, K. Social movements and state: the politics of health reform in Brazil. **Elsevier**, v. 23, n. 2, p. 167-184, 1986.



