

**Revista de APS**<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>

O trabalho em equipe multiprofissional na Residência: a perspectiva dos residentes multiprofissionais

Multi-professional teamwork at the Residency: the perspective of multi-professional residents

Natália Gualberto Assunção¹, Lívia Módolo Martins²

RESUMO

Mudanças no contexto das políticas públicas desencadearam transformações nas práticas de atenção em saúde por meio da reorganização do sistema de saúde e formação de profissionais para atuação no setor. A Residência apresenta-se como uma das ferramentas para formação de profissionais de saúde, enfatizando cuidado integral e trabalho em equipe. O objetivo da pesquisa foi analisar a percepção de residentes multiprofissionais sobre trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde (APS) e apreender suas perspectivas acerca de sua inserção nas equipes de APS, na Residência. Utilizou-se análise de conteúdo dedutiva, uma ferramenta para análise de dados que visa interpretar um material de caráter qualitativo, descrevendo o conteúdo manifesto nas comunicações. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas com 14 residentes que atuam em Unidades de Saúde da Família de Ribeirão Preto, São Paulo. Definiram-se três categorias temáticas para análise e discussão. Foram realizados apontamentos sobre formação na graduação e na Residência Multiprofissional para o trabalho em equipe na APS, reflexões sobre concepções e desafios do trabalho em equipe, e da inserção desses residentes nas equipes. Evidenciou-se que os residentes apresentam visão ampla sobre o trabalho em equipe, especialmente acerca do cuidado integral dos usuários, contemplando os profissionais, que se beneficiam da troca de experiência proporcionada por ações conjuntas. A Residência tem sido cenário importante de formação, considerando que o conceito e a prática do trabalho em equipe na APS vêm sendo vivenciados desde o início, e os residentes necessitam buscar suporte teórico e modelos para prática, a fim de sustentar seu trabalho.

¹ Psicóloga pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Residência em Psicologia - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto. Mestranda pelo Programa de Gestão da Clínica - Universidade Federal de São Carlos. E-mail: n_gualberto14@hotmail.com

² Enfermeira da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HCFMRP - USP - Núcleo de Saúde da Família III - Profa. Dra. Célia de Almeida Ferreira.

Palavras-chaves: Políticas Públicas. Residência. Equipe de Assistência ao Paciente. Recursos Humanos em Saúde.

ABSTRACT

Changes in the context of public policies brought changes in health care practices through reorganization of the health system and training of professionals to work in the sector. The Residency presents itself as one of the strategies for training health professionals, emphasizing integral care and teamwork. The objective of the research was to analyze the perception of multi-professional residents regarding teamwork in Primary Health Care (PHC); and to apprehend their perspectives about their insertion into PHC teams at the Residency. Deductive content analysis was used, which is a strategy for data analysis that aims to interpret a material of qualitative character, describing the manifest content in the communications. Semi-structured interviews were conducted with fourteen residents, who work in Family Health Units in Ribeirão Preto, São Paulo. Three thematic categories were defined for analysis and discussion. Discussions were held about graduation training and the Multi-professional Residency for teamwork in PHC; reflections on conceptions and challenges of teamwork, and the insertion of these residents into PHC teams. It was evident that the residents present a broad view on teamwork, especially on the integral care of the users, contemplating the professionals, who benefit from the exchange of experience provided by joint actions. Residency has been an important training scenario, given that the concept and practice of teamwork in PHC have been experienced since the beginning, and the residents need to seek theoretical support and models for the practice, in order to sustain their work.

KEYWORDS: Public Policies. Residency. Patient Care Team. Human Resources in Health.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir do movimento da reforma sanitária, em torno de 1980, o conceito de saúde passou por transformações, tornando a apresentar uma série de condições relacionadas a modos de vida, fatores socioculturais e psicofisiológicos¹. Houve mudanças, inclusive, no cenário político, com uma nova proposta de sistema de saúde para a Constituição de 1988, que garantiu a assistência à saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Cenário este de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que é oficializado com a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que define e regulamenta a implantação e operacionalização desse sistema².

A fim de atender aos seus princípios norteadores, o SUS é organizado em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) o eixo estruturador de todo o sistema de saúde². Utilizaremos o termo APS de acordo com o preconizado pela Organização Mundial da Saúde³. A APS constitui o primeiro nível de contato dos sujeitos, suas famílias e comunidade, por meio de cuidados em saúde que são levados nos locais mais próximos de onde essas pessoas trabalham e vivem. É considerada a porta de entrada do sistema de saúde, descrito como conjunto de

ações, individuais ou coletivas, abarcando promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção do processo saúde-doença⁴.

A atenção secundária, nas redes de atenção à saúde, é caracterizada por serviços de saúde especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, e que contempla oferta de procedimentos de média complexidade, serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência³⁶.

Já a atenção terciária, que são serviços de saúde de alta complexidade, é definida por um conjunto de serviços de saúde e de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)³⁷.

A APS, a qual é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, sendo o serviço de saúde preferencial dos usuários, que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade³⁷, objetiva reorganizar os serviços de saúde, enfatizando o trabalho interdisciplinar e intersetorial, considerando a integralidade do cuidado à saúde¹. Para isso, seus principais serviços são articulados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), composta por profissionais diversos, que atuam em equipe⁵. A atuação em equipe visa a ações em saúde que possam ser concretizadas, prezando a soma de saberes e que produzam cuidados efetivos à população de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária⁶.

No contexto do trabalho em equipe, são comuns dificuldades cotidianas no trabalho em conjunto, além de ser frequente presenciar em equipes de saúde a hegemonia dos saberes e a separação dos fazeres. Na APS, ainda existem riscos de ações fragmentadas, isoladas e/ou justapostas. Isso pode ser justificado pela não formação dos profissionais para atuação nessa perspectiva de atenção integral, considerando que, mesmo com propostas de mudanças políticas, as instituições formadoras ainda preservam modelos de educação preponderantemente conversadores, centrados no cuidado biomédico, especialista e pautado em terapias de alto custo. Na APS, portanto, trabalhar em equipe é uma estratégia para enfrentar esse processo de especialização e permitir uma atuação multiprofissional dos trabalhadores que ali atuam^{6,7,8}.

Por conta dessa necessidade de mudanças na formação dos profissionais, o Ministério da Saúde (MS) tem assumido a responsabilidade de orientar a formação, com o objetivo de atender o sistema de saúde. Por isso, a Constituição Federal prevê em seu Art. 200, inciso III, que é dever do SUS ordenar a formação de recursos humanos para o setor^{9,10}. Preza-se, assim, a formação por meio do processo de trabalho, a fim de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho^{11,12}.

Em função disso, criou-se a Portaria Interministerial MEC/MS nº 45, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS),

que objetiva a capacitação de profissionais para o trabalho em equipe, abarcando um conjunto de serviços e ações de saúde a fim de promover a humanização da assistência e integração da atenção^{13,14}. No Brasil, a RMS se consolidou como uma especialização na área da saúde, na modalidade de Pós-Graduação *Lato Sensu*, voltada para educação em serviço, tem duração mínima de dois anos, com carga horária de 5760 horas, sendo que as atividades são divididas em atividades práticas e teóricas, em 60 horas de atividades semanais, nos três níveis de atenção à saúde, e o residente é remunerado por meio de bolsa mensal paga pelos Ministérios da Saúde e Educação¹⁰.

Em relação ao cenário desta pesquisa, o Programa de Residência Multiprofissional de Atenção Integral à Saúde, em questão, é uma parceria entre as instituições: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRPUSP), Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) e a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Este Programa foi aprovado pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e pelo atual Núcleo Assistencial Estruturante da Residência Multiprofissional da FMRPUSP¹⁵.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a percepção dos residentes multiprofissionais vinculados à Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde acerca do trabalho em equipe multiprofissional na APS. Além disso, caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais residentes vinculados à Residência Multiprofissional de Atenção Integral à Saúde, do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - HCFMRP-USP e compreender a percepção dos residentes participantes acerca de seu trabalho na equipe na APS, quando inseridos na Residência.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva. Catorze residentes profissionais, vinculados à Residência Multiprofissional de Atenção Integral à Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, São Paulo, foram entrevistados. O Programa de Residência, em questão, é composto por sete categorias profissionais, portanto foram escolhidos um residente de cada categoria cursando o primeiro ano e o segundo ano de Residência. Os profissionais entrevistados foram das seguintes categorias: dentistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. O Programa Residência Multiprofissional de Atenção Integral à Saúde proporciona aos profissionais residentes inserção em serviços de saúde nos três níveis de atenção, no entanto, a fim de serem alcançados os objetivos do estudo, foi solicitado aos residentes participantes do mesmo que, ao concederem as entrevistas, considerassem sua atuação e vivência na residência multiprofissional apenas no âmbito do trabalho em equipe, na APS.

Todos os residentes convidados para a participação no estudo atuaram em, pelo menos, um dos seis Núcleos de Saúde da Família (NSF). Os NSF são serviços de APS

que utilizam a Estratégia Saúde da Família como eixo norteador da assistência prestada. Foram implantados em Ribeirão Preto, sob gestão da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e administrados pela CAP (Centro de Atenção Primária), a partir de 2001, por meio do convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde, a Universidade de São Paulo – FMRP (USP/FMRP), o Hospital das Clínicas da FMRP e a FAEPA (Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas). Os NSF são espaços destinados à implementação da Estratégia de Saúde da Família, em áreas de abrangência do Distrito Oeste do município, constituindo campo de ensino e pesquisa para estudantes de graduação e pós-graduação da FMRP e demais áreas de unidades de saúde do Campus da USP de Ribeirão Preto³⁸.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os residentes multiprofissionais convidados após os mesmos aceitarem a participar do estudo e assinarem o termo de consentimento em duas vias. A amostra foi selecionada de forma randômica, em que foram excluídos apenas aqueles residentes que atuam e/ou atuaram no mesmo Núcleo de Saúde da Família do pesquisador responsável, para que não ocorressem desconfortos entre participantes e entrevistador. Os residentes foram contatados pessoalmente e por contato telefônico, quando foram explicados os objetivos do estudo e marcada a data da entrevista.

As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador responsável no local de trabalho dos entrevistados, em horário de maior disponibilidade destes. Os relatos dos participantes foram audiogravados e transcritos na íntegra, com tempo de duração que variou entre vinte e cinco e trinta minutos. O instrumento de coleta de dados foi estruturado pelas pesquisadoras responsáveis do estudo e a partir da literatura nacional sobre a temática. A experiência relacionada às vivências de trabalho de ambas pesquisadoras do estudo também foi relevante para a construção e estruturação do instrumento de coleta de dados, para que este alcançasse uma captação de informações que respondesse à pergunta de pesquisa. O instrumento abordou dados sociodemográficos, aspectos da formação profissional e atuação na área de formação, da atuação na Residência Multiprofissional e APS (percepções sobre a Residência e APS), e abordava sobre o entendimento dos residentes acerca do trabalho em equipe. Houve a precaução para que os residentes que estavam no primeiro ano do Programa fossem entrevistados ao final deste primeiro ano, a fim de que tivessem vivenciado a Residência e tivessem parâmetros como participantes de pesquisa para concederem as entrevistas.

Para a análise das entrevistas, foi utilizada a teoria de análise de conteúdo, proposta por Bardin, compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento. Essa metodologia visa à descrição do conteúdo manifesto de comunicação de maneira objetiva, sistemática e quantitativa, a partir da repetição de conceitos. Assim, é realizada a

análise temática por meio da convergência de temas apresentados nos relatos dos participantes do estudo e, após, realiza-se classificação em categorias temáticas para sua posterior análise. Posteriormente, realiza-se análise temática dos discursos diretos (significações manifestas)¹⁶.

A análise de conteúdo foi realizada de acordo com três fases. A primeira fase foi a pré-exploração do material, realizada por meio de leituras flutuantes do material, a fim de apreender e organizar de forma não estruturada aspectos importantes para as próximas fases da análise. Na segunda fase, o material coletado foi explorado com a seleção das unidades de análise (ou unidades de significados). Nos estudos qualitativos, o investigador é orientado pelas questões de pesquisa que necessitam ser respondidas. Após elencar as unidades de análise, foi possível especificar as categorias temáticas. O tema pode ser compreendido a partir dos objetivos da pesquisa, dos indícios levantados com o material estudado e do referencial teórico que permite justificar a categoria. A terceira etapa foi o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação com o processo de categorização, que pode ser definido como uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação^{16,17}.

A análise foi fundamentada em revisão de literatura com as temáticas: Trabalho em Equipe, Residência Multiprofissional, Equipes Multiprofissionais e Atenção Primária à Saúde, na literatura nacional. Após o processo de análise já descrito, chegou-se à construção de três categorias temáticas: 1) desafios da formação na graduação para o trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde; 2) a Residência Multiprofissional como instrumento de formação de profissionais para o trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde; e 3) colocando a “mão na massa”: o trabalhar em equipe.

O estudo obedeceu à Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da FMRP/USP (CAAE: 69387417.0.0000.5414).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro abaixo apresenta a caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo, no ano de 2017, segundo idade, categoria profissional, além de dados relacionados ao seu perfil profissional, como ano de conclusão da graduação, cidade de formação, atuações antes de cursar a Residência e, para aqueles que já a concluíram, atuação após a Residência.

Quadro 1 – Caracterização dos catorze residentes multiprofissionais participantes, no ano de 2017, em relação a idade, profissão, graduação e atuação profissional

Residente	Idade	Profissão	Cidade - Graduação	Ano de Conclusão da Graduação	Atuação profissional anterior à Residência	Atuação profissional posterior à Residência
R1.1	23	Dentista	Ribeirão Preto – São Paulo	2015	Consultório particular	Sem experiência
R2.1	31	Dentista	Ribeirão Preto – São Paulo	2010	Mestrado/ Consultório/UBS	Consultório particular
R1.2	27	Farmacêutico	Ribeirão Preto – São Paulo	2015	Aprimoramento	Sem experiência
R2.2	33	Farmacêutico	Barretos – São Paulo	2008	Farmácia/ETEC	Hospital filantrópico
R1.3	23	Fisioterapeuta	Bauru – São Paulo	2016	Sem experiência	Sem experiência
R2.3	25	Fisioterapeuta	Ribeirão Preto – São Paulo	2014	Sem experiência	Mestrado/ Supervisão de estágio- Universidade Particular
R1.4	22	Fonoaudiólogo	Ribeirão Preto – São Paulo	2016	Sem experiência	Sem experiência
R2.4	27	Fonoaudiólogo	Ribeirão Preto – São Paulo	2014	Sem experiência	Consultório particular
R1.5	23	Nutricionista	Uberaba – Minas Gerais	2016	Sem experiência	Sem experiência
R2.5	27	Nutricionista	Ribeirão Preto – São Paulo	2014	Sem experiência	Mestrado
R1.6	24	Psicólogo	Ribeirão Preto – São Paulo	2016	Sem experiência	Sem experiência
R2.6	26	Psicólogo	Uberaba – Minas Gerais	2014	Sem experiência	Consultório particular/ ONG
R1.7	26	Terapeuta Ocupacional	Ribeirão Preto – São Paulo	2014	Atendimento domiciliar/ Aprimoramento	Sem experiência
R2.7	34	Terapeuta Ocupacional	Uberaba – Minas Gerais	2013	ONG/Instituição de Longa Permanência	Atendimento domiciliar

*ETEC – Escola Técnica Estadual

*ONG – Organização Não Governamental

*UBS – Unidade Básica de Saúde

Fonte: elaborada pelas autoras

As idades dos residentes participantes variaram entre 23 e 34 anos, com média de 26,5 anos. Esse dado corresponde aos encontrados nos trabalhos de Gil¹⁸, Goulart, Silva, Bolzan e Guido¹⁹ e Melo et al.²⁰ acerca de um perfil de residentes multiprofissionais composto por adultos jovens, em sua maioria se encontrando entre a faixa etária de 20 e 30 anos. A maioria é recém-formada, com média de 3,2 anos de formados. Isso demonstra que a grande parte dos residentes saiu da graduação e prestou a Residência, ou teve experiência de um ou dois anos após formados, antes de cursar a Residência. Percebeu-se que oito residentes não tiveram experiência profissional antes de cursar a Residência. Seis dos participantes já tiveram experiência em sua área, em consultórios, cursos de aprimoramento e mestrado, atuação em ONG (Organização Não Governamental), Instituição de Longa Permanência, Farmácia, Unidades Básicas de Saúde e ETEC (Escola Técnica Estadual). Assim também apontam Gil¹⁸ e Goulart, Silva, Bolzan e Guido¹⁹, que verificaram que os residentes tinham, como primeira experiência profissional, na maioria das vezes, a própria Residência. A Residência corresponde ao início da carreira profissional e tais estudos concluíram que a maioria dos residentes, assim como os desta pesquisa, iniciou o Programa um ano após a conclusão do curso ou no mesmo ano de término.

Em relação às instituições formadoras, os residentes provêm de universidades da região sudeste, com grande predomínio de residentes formados na cidade de Ribeirão Preto (64,2%), cidade em que é realizada a Residência Multiprofissional em que são vinculados os residentes desta pesquisa. Acerca dos residentes que já concluíram o curso, conforme apontado no Quadro 1, todos estão inseridos no mercado de trabalho e/ou realizando alguma atividade em sua área de interesse, em atendimentos em consultórios e domiciliares, em hospitais, supervisão de estágio, atuação em ONG e mestrado. Tais achados também puderam ser observados na pesquisa de Melo, Chagas, Feijão, Dias²⁰ sobre a capacitação e possibilidades dos residentes para inserção no mercado de trabalho após a finalização da Residência. Esse autor observou que a maioria dos residentes que encerraram o Programa por ele avaliado já se encontrava empregado nos três meses depois do término das atividades da Residência, sendo que os outros que não estavam empregados estavam fazendo mestrado e/ou realizando alguma especialização.

Categoria 1 – Desafios da formação na graduação para o trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde

Esta categoria remete às colocações dos residentes acerca de aspectos relativos à formação na graduação para o trabalho em equipe na APS. Em seus relatos, evidenciou-se que a formação acadêmica apresenta falhas importantes em sua estrutura pedagógica e foi apontada necessidade de melhorias nesse sentido, pensando em questões teóricas e práticas. Tendo em vista a perspectiva dos residentes sobre a própria atuação e inserção

no mercado de trabalho, houve indicações de questões que poderiam ser mais bem estruturadas de forma a pensar em uma melhor formação para profissionais de saúde voltados para o trabalho na Saúde Coletiva, com atuação com ênfase multidisciplinar, principalmente, no contexto do trabalho em equipe na APS.

No Brasil, há propostas para mudanças na formação dos profissionais de saúde desde o final da década de 1980, especialmente quando o Ministério da Saúde passou a orientar de forma mais sistemática a formação de profissionais, a fim de atender às necessidades do sistema de saúde. Assim, as instituições formadoras passaram a ter o desafio crescente de preparar profissionais aptos a atuar em diferentes níveis de atenção do SUS, principalmente a APS⁷. Entretanto, os residentes entrevistados relataram que a experiência na graduação está muito voltada para modelos biomédicos de cuidado. A formação ainda é percebida com disciplinas desconectadas com a realidade de políticas públicas vigentes e do conceito de Saúde Coletiva que é utilizado e vivenciado no cotidiano.

“Eu sabia que existia, né, que a gente tinha que olhar pra pessoa, como um todo, tal. Mas, na prática, a gente, na faculdade, é aquele ambiente, que entra paciente, a gente faz o tratamento, o paciente vai embora, né?” (R1.1)

Os residentes entrevistados apontaram que vivenciaram formação voltada a práticas profissionais individuais preparando-os para atuação em serviços privados. O profissional, portanto, não se vê com competências necessárias para atuar em equipe por falta de preparo, que poderiam ter sido construídos desde a graduação. O contato com outras áreas profissionais é restrito, gerando um ciclo de profissionais despreparados para o trabalho em equipe por falta de fundamentos técnicos em sua formação, como o relato:

“A gente foi ensinado a fazer dessa forma, né? Eu acho que ainda tem muita resistência, ainda, eu acho que ainda tem muita coisa pra ser quebrada, (...) falta muito dos profissionais também que tão na rede, que [...] não tiveram essa preparação, elas chegaram e foram fazendo do jeito que elas achavam”. (R2.1)

Associado com essas considerações dos residentes entrevistados, que trouxeram relatos sobre as falhas na graduação, está o trabalho de Nascimento e Oliveira²¹, que explanaram em seus estudos sobre como a formação inicial de grande parte dos profissionais de saúde é contemplada por ensino tradicional tecnicista, com ênfase no cuidado individual, com práticas descontextualizadas e predominantemente clínicas.

Os residentes colocaram que, nesse contexto, é comum os profissionais que ingressam na Residência sentirem-se despreparados para a atuação profissional em equipe nas Redes de Saúde por conta de aproximações superficiais com seu campo de atuação mesmo logo após o término de sua formação universitária. Mesmo aqueles que referiram ter disciplinas na graduação voltadas para políticas públicas, relataram que

seu foco era a Atenção Secundária e Terciária, enfatizando reabilitação e recuperação do tratamento. Os participantes afirmaram que essa forma de organização de currículo pedagógico pode culminar em desinteresse e desconhecimento sobre formas de contribuição para o trabalho em equipe, na APS.

“Só sabia na teoria [serviços de APS]. Não sabia o que era, onde tinha, nem se existia realmente. Se era um negócio que saía do papel ou não. Então, eu senti, sentia muita dificuldade de, de construir, assim, tipo, eu via na teoria, mas tentava criar na minha mente o que que era”. (R1.2)

“Eu me achava um pouco inútil, quando eu descobri a minha real atuação, assim, de promoção de saúde, mas, por ignorância da minha parte, por não conhecer o sistema. Hoje, eu vejo que, talvez, seja muito mais importante promover saúde do que reabilitar doença. Mas é que minha formação foi reabilitar doença”. (R1.4)

“Na minha graduação, os nossos estágios não eram obrigatórios [...] só ia pra esse estágio, quem prestava, tinha interesse [...] quem não tem interesse nenhum sai da graduação sem nem saber o que é a Atenção Primária”. (R1.6)

As percepções dos residentes participantes vão ao encontro do estudo de Medeiros, Carvalho, Cavalcanti, Salvador²² e de Rosa e Lopes²³. No primeiro trabalho, todos os entrevistados, profissionais atuantes na ESF, referiram que não tiveram subsídios na graduação para a vivência na APS e trabalho em equipe. No segundo estudo, entrevistaram-se residentes multiprofissionais em saúde e os resultados demonstraram que a grande maioria do grupo de entrevistados relatou ter buscado formação posterior devido ao descontentamento com o que vivenciaram na graduação formal.

Categoria 2 – A Residência Multiprofissional como instrumento de formação de profissionais para o trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde

Esta categoria apresenta as percepções dos participantes sobre a Residência Multiprofissional como instrumento de formação de profissionais para atuação em equipe na APS. Como já apontado, as Residências Multiprofissionais em Saúde são pós-graduações *lato sensu*, fomentadas pelos Ministérios da Educação e da Saúde, que objetivam ser modelo de formação, que promova a integração das diversas profissões, em um espaço de atuação multidisciplinar nos variados contextos da saúde^{24,25}.

Considerando o que foi apontado na *Categoria 1*, sobre as lacunas na formação de graduação, as Residências com ênfase em APS incentivam a formação de profissionais da saúde para atuação de acordo com os princípios do SUS. Os residentes, como ilustrado nos trechos abaixo, apontam essa característica de aprimoramento do conhecimento profissional como sendo uma das principais finalidades do Programa de Residência,

inclusive colocam que a motivação para o ingresso no mesmo envolve oportunidade de aprendizagem, estudo, especialização, além de ser “uma transição entre a graduação e a vida profissional” (R1.6).

“Eu vi que a Residência ia me ajudar a ter mais, é, bagagem de atendimentos [...] mais preparo profissional. [...] Porque eu achava que a, que a, na graduação eu não tive tanta experiência profissional”. (R2.6)

“Embora eu seja uma profissional, eu ainda tenho supervisão, que me deixa mais confortável, por eu ser recém-formada. Acho que é um espaço pra aprender mesmo, não só pra eu ser profissional, porque, fora da Residência, eu seria profissional, provavelmente, não teria uma supervisão”. (R1.4)

Essas informações coadunam com os achados dos trabalhos de Nascimento e Oliveira²¹, Nascimento⁷ e Vasconcelos, Souza, Lira, Dias e Silva²⁶, que apontam que a Residência tem papel de complementação da formação da graduação, considerando deficiências e limitações decorrentes da formação original dos profissionais de saúde provenientes dos cursos regulares de graduação do País.

Os participantes colocaram que a Residência constitui uma oportunidade de conhecer contextos de atuação profissional diferentes dos conhecidos na graduação, promove a aproximação dos residentes aos diferentes serviços públicos e aos fluxos de atendimento do sistema de saúde. Também referiram que há a possibilidade de iniciar uma reflexão para o cuidado integral da saúde, um novo olhar sobre o cuidado e atuação profissional.

“E essa parte eu consegui ver agora, na Residência, que é o paciente, ter contato com o paciente, as angústias do paciente. Porque que ele, por exemplo, que a doença traz para ele de angústia, o que, é, às vezes, ele não faz adesão ao tratamento, mas por quê? Tem tudo um porquê atrás”. (R1.2)

“Porque [...] por ela ser Atenção Integral à Saúde, por ela passar por várias áreas e conseguir ver esse fluxo, conseguir ver as coisas funcionando [...] você tem que ser meio camaleão [...] se adaptando e aprendendo. [...] A experiência, a impressão que eu tenho é que parece, assim, a gente que passa por essa Residência, parece que a gente consegue trabalhar em qualquer lugar”. (R1.7)

Essas colocações dos residentes condizem com as pesquisas de Nascimento e Oliveira²¹, Nascimento⁷ e Goulart, Silva, Bolzan e Guido¹⁹, em que a Residência é considerada, pelos entrevistados de seus estudos, um facilitador para inserção no mercado de trabalho no setor saúde logo após o seu término. Devido ao que os participantes trazem sobre segurança e preparação para inserção no mercado de trabalho, principalmente nas áreas prioritárias de ações do SUS, além de que é propiciada ampliação da compreensão sobre o sistema de saúde, a partir do conhecimento prático do seu funcionamento²⁴.

Os participantes do estudo evidenciaram, em seus relatos, portanto, a percepção do trabalho em equipe como uma prática ainda pouco vivenciada, durante a graduação ou na rotina profissional anterior à Residência. Verbalizam que a Residência se torna relevante como um espaço de aproximação do trabalho em equipe do processo de APS, enfatizando a importância da atuação multiprofissional no processo de cuidado em saúde.

“Eu achava que faltava muito trabalho [...] com outros profissionais. Porque, na graduação, a gente fica muito, mais em atendimento clínico [...] e eu achava que a Residência Multiprofissional, por estar com outros profissionais, com outras áreas, ia me ajudar a saber trabalhar melhor em equipe”. (R2.6)

Os relatos dos participantes são similares aos dados trazidos por Miranda Neto, Leonello e Oliveira²⁷, sobre o fato de que os modelos atuais de formação têm nenhum ou pouco contato com outras profissões, que pode gerar falta de conhecimento e reconhecimento das habilidades e competência dos outros profissionais. Aos residentes é possibilitada a apropriação das funções do outro profissional para construção de um trabalho conjunto, quando inseridos dentro de uma equipe de APS dentro do Programa de Residência.

Categoria 3 – Colocando a “mão na massa”: o trabalhar em equipe

Esta categoria traz as percepções dos residentes sobre o que é trabalho em equipe na APS, os seus conceitos de ferramentas mais importantes para promover o trabalho em equipe e suas concepções de como se dá a inserção e interação dentro das equipes de saúde. Relataram as transformações em suas percepções sobre o que é trabalhar em equipe dentro do Programa e como essa experiência influenciou na prática profissional posterior à Residência.

De acordo com os relatos, os residentes têm a concepção de que trabalhar em equipe é ter uma visão integral do usuário. Os participantes pontuam que é importante o processo de cuidado em saúde ser ampliado, de maneira que haja contribuição de múltiplos profissionais e saberes, a fim de atingir um objetivo em comum, que eles colocam como sendo o bem-estar do usuário e seu melhor entendimento acerca do seu cuidado em saúde, como retrata o trecho:

“O paciente, às vezes, é muito fragmentado. [...] E, quando o paciente consegue ter essa atenção em equipe, ele consegue ter uma visão geral e ampliada, né, do tratamento dele. [...] Eu acho que o ideal seria [...] um atendimento em conjunto, uma discussão em conjunto, sempre que possível, sobre o máximo possível de paciente [...] é muito importante, pro paciente”. (R1.2)

Os dados encontrados nas entrevistas estão em conformidade com os resultados do estudo de Scherer, Pires e Jean²⁸, que apontaram ser o trabalho em equipe uma

prática essencial do trabalho em saúde por conta da perspectiva multidimensional do cuidado, a fim de evitar a fragmentação do cuidado em saúde. Como afirmam os residentes, faz-se importante garantir o atendimento integral à saúde, especialmente no que tange à APS, propondo superação da especialização e fragmentação da prática^{24,25}.

As entrevistas evidenciaram que o trabalho em equipe na Residência beneficia também os profissionais que compõem as equipes de saúde da família no contexto da APS. Os residentes relataram a importância da atuação em equipe para que os profissionais possam vivenciar o trabalho multiprofissional, podendo, assim, conhecer de maneira mais aprofundada o processo de trabalho dos demais profissionais no contexto da APS.

“Você nem pensa, que ela poderia te ajudar [...] quando você trabalha com os profissionais, que você tem discussões, você começa a trocar informações, né? E você vê que é muito bom, porque te ajuda, né, você não precisa trabalhar sozinha, você pode contar com os outros profissionais, da mesma forma que o outro profissional, às vezes, você ajuda ele também”. (R2.1)

A inserção e a vivência proporcionada pela Residência visam sanar necessidades de saúde do País, tornando possível crescimento profissional também para os serviços de saúde que os recebem, com o objetivo de promover reflexões sobre práticas e possibilidades de transformações do cuidado. Na APS, os profissionais de saúde não precisam se deter ao seu núcleo de conhecimento e de práticas, podendo buscar intervenções e ações que são comuns, complementares ou imbricadas a diversos profissionais^{21,29,30}.

Os entrevistados destacaram, como conceito, que trabalhar em equipe não significa apenas a junção de profissionais diversos em um mesmo espaço, em uma unidade de saúde, trabalhando e ocupando seus cargos, sem contato algum. Trabalhar em equipe requer contato, ações conjuntas e objetivos em comum, como no trecho abaixo:

“Se for, realmente, um trabalho em equipe, que todos sentam e planejam e fazem aquilo em conjunto, seguem o mesmo pensamento, muito bom. Se for um trabalho em equipe, que a equipe só está no mesmo local, aí não é válido [...] será que todo mundo entende o paciente da mesma forma, tem os mesmos objetivos, trazem, traçam as mesmas perguntas praquilo, pra melhoria daquele paciente?” (R2.7)

Definição esta corroborada por Brites, Weiller, Silveira, Françóis, Rosa e Righi²⁵, que afirmam que, para ser considerado trabalho em equipe, é preciso que os profissionais de saúde constituam ações e reflexões conjuntas. Uma equipe que não se reúne dificilmente conseguirá operar alguma atividade conjunta e significativa. É necessária cooperação no trabalho para garantia de uma prática multiprofissional³¹.

Os residentes foram indagados sobre fatores que devem estar presentes para que o trabalho seja considerado em equipe, e as respostas se agruparam em comunicação, habilidades pessoais e aspectos relacionados a relacionamento interpessoal.

Em relação à comunicação, os residentes relataram ser fundamental que os profissionais inseridos em uma equipe consigam se expressar, apresentem assertividade e escuta ativa. De acordo com os participantes, em suas entrevistas, isso pode facilitar o contato e o relacionamento entre os profissionais, propicia troca de informações de maneira mais eficaz e contribui para o compartilhamento de conhecimentos interprofissional.

“Se você sabe conversar e se colocar, tudo vai conseguir fluir. Se você já chega, assim, na grosseria, na grosseria ou ‘não quero ouvir, não aceito, não sei o quê’, muito ‘não’, aí o negócio não flui”. (R2.3)

“O que ficou mais forte no trabalho em equipe é o desafio que a gente tem de transmitir o que a gente conhece, o que a gente sabe”. (R2.6)

No que tange às habilidades pessoais, os residentes apontaram alguns fatores que apareceram com maior frequência, que podem facilitar o trabalho em equipe, como flexibilidade, disposição, comprometimento, responsabilidade, disponibilidade e empatia para com o trabalho em equipe. Os entrevistados relataram também quanto ao relacionamento interpessoal, que deve haver boa relação entre os profissionais que compõem a equipe, como reconhecimento do trabalho do outro, respeito e valorização de todas as profissões e troca e compartilhamento de ideias. Tais afirmativas podem ser vistas nos trechos abaixo:

“Acho que a parte mais importante é o profissional ver que esse paciente precisa de outro profissional [...] perceber a importância do outro”. (R1.4)

“Humildade, assim, eu penso que é uma coisa importante [...] essa questão de trabalhar em equipe é você conseguir expressar [...] aquele seu conhecimento, mas também conseguir receber e entender a visão do outro [...] se você fica muito engessado naquilo que você acha, que você pensa, não, não rola. Acho que você tem que tá aberto pra, pra, até mesmo pra receber uma crítica”. (R1.3)

Assim como os residentes entrevistados neste estudo, Nascimento⁷, Nascimento e Oliveira²⁹, Medeiros, Carvalho, Cavalcanti, Salvador²² e Casanova, Batista e Ruiz-Moreno³² referiram que há alguns elementos subjetivos que estão presentes no arranjo do trabalho em equipe, na articulação das ações multiprofissionais. A comunicação é essencial no processo de trabalho em saúde, especialmente no trabalho na APS, tanto para profissionais, quanto para usuários, para estabelecimento de vínculos destes. A comunicação permite a articulação das intervenções profissionais da equipe, na instituição e rede de serviços de atenção à saúde, além de permitir o compartilhamento de saberes entre os profissionais.

A fim de um trabalho em equipe efetivo, são fundamentais disponibilidade e posturas flexíveis dos profissionais. Além da capacidade técnica, autores, assim como

os residentes, pontuam a importância de habilidades pessoais, como envolvimento, criatividade, responsabilidade, compromisso, humildade, reconhecimento de posições diferentes e ajuda recíproca, que facilitam o trabalho em equipe na APS^{7,29,33}. Autores pontuam questões pertinentes às relações interpessoais, que podem interferir, inclusive, na qualidade da atenção em saúde, como o respeito pelas diferenças no cotidiano de trabalho, o trabalho horizontal, envolvimento com as coletividades e estabelecimento de vínculos com aspectos culturais locais, prezando diretrizes do SUS, e valorizando o trabalho do outro profissional^{7,22,29}.

Os residentes relataram sobre seus processos de inserção nas equipes de APS, na Residência. Pontuaram sobre os desafios que enfrentaram no início, por experiências diferentes vivenciadas na graduação e em outros vínculos de trabalho, que puderam ser transpostos com orientação de professores, da própria equipe e com estudo. De acordo com os entrevistados, vivenciaram mudanças em suas percepções, que tinham no início da Residência, após experimentarem o próprio processo de trabalho em equipe.

“Meio que fiquei perdida de como seria minha atuação aqui. Acho que agora estou conseguindo lidar um pouco melhor com isso [...] no começo, eu pesquisava bastante artigo para entender como que é a minha atuação. É, algumas coisas que eu não sabia, assim, ‘isso eu posso fazer, não posso?’, tem muito disso”. (R1.3)

“No começo, eu não gostava muito, ficava mais na minha [...] conforme o tempo foi passando, eu consegui, assim, eu achei que era importante [...] e eu fui conseguindo mais, assim, mesmo trabalhar em equipe, me abrir”. (R2.1)

Os relatos dos residentes sobre sua inserção nas equipes de APS remetem ao que é dito por Ferreira e Olschowsky³⁴, sobre uma espécie de aprender na prática o que é a multiprofissionalidade, em que os profissionais passam a criar novos espaços de cuidado em saúde, a partir de suas vivências e experiências. A Residência permite que haja articulação do conhecimento adquirido na graduação com a vida profissional²⁹ e, em um modelo de formação em serviço, o contato com tutores e preceptores, há a possibilidade de reconhecimento de vivências e experiências pela troca significativa e produtiva de autonomia³⁵.

Por conta desse preparo adquirido na Residência, os residentes que já concluíram o Programa trouxeram relatos sobre as experiências após o seu término. Esses residentes afirmam, em suas entrevistas, que se sentem mais seguros e preparados para assumir um cargo profissional, atualmente, que demande trabalho em equipe, além de passarem a tomar condutas de forma diferenciada pensando em atenção integral no cuidado à saúde.

“A Residência foi muito importante, pra mim, por causa da Atenção Básica. Porque, quando a gente pensa Atenção Básica, a gente pensa [...] que é a mais simples e, na verdade, não é. [...] quando você chega no hospital, você não sabe da realidade dos pacientes, você só sabe

daquilo que ele te conta. Agora, você chegar na casa dele e você ver a realidade é totalmente diferente. [...] Agora, no hospital, quando eu atendo uma pessoa, eu já fico pensando: ‘nossa, como que é essa pessoa na casa dela, com os medicamentos dela?’”. (R2.2)

Da mesma maneira que os residentes entrevistados que já concluíram a Residência pontuaram acima, o estudo de Melo, Chagas, Feijão, Dias²⁰ afirma que a Residência representa aos seus estudantes oportunidade de rever caminhos para formação para um trabalho mais integrado, propiciando maiores perspectivas de inserção no mundo do trabalho de forma qualificada, em especial no que tange a profissionais habilitados para o trabalho em equipe no SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que os residentes multiprofissionais entrevistados têm, como perspectiva, o trabalho em equipe multiprofissional na APS como ferramenta importante para ampliação do cuidado em saúde, valorizando e reconhecendo a troca entre os profissionais, de forma a possibilitar uma visão ampliada do processo saúde-doença. Percebeu-se que o contexto de formação da Residência Multiprofissional tem constituído espaço de formação de recursos humanos em saúde, permitindo aos mesmos, condições de refletirem sobre as políticas públicas na APS entrelaçadas a sua prática profissional, dispondo de um espaço de aperfeiçoamento, especialização e aprimoramento dos profissionais residentes.

Os residentes, em suas perspectivas, evidenciaram as deficiências em suas grades curriculares dos cursos de graduação, principalmente de disciplinas relacionados ao SUS, a APS e o trabalho em equipe. Ressaltaram que a Residência permite a atividade em serviço, oportunizando construção profissional pelas experiências vivenciadas e compartilhadas com outros profissionais, quando inserido em um contexto de trabalho em equipe.

Os resultados não puderam assinalar diferenças nas concepções de trabalho em equipe entre os residentes do primeiro ano e dos que já finalizaram a Residência, diferenciando-se apenas quando se trata dos relatos da inserção profissional no mercado de trabalho após conclusão desta. Pode-se concluir que o conceito e a prática do trabalho em equipe na APS vêm sendo vivenciados desde a entrada do profissional na Residência e que estes necessitam buscar suporte teórico e modelos para prática, a fim de sustentar seu cotidiano de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Freire FMS, Pichelli AAWS. O psicólogo apoiador matricial: percepções e práticas na AB. *Psicol. Ciênc. Prof.* 2013; 33(1):162-73.

2. Cela M, Oliveira IF. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. *Estud. Psicol.* 2015; 20(1):31-39.
3. OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata: OMS, 1978 [Internet]. [acesso em 2018 jan 22]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf.
4. Rezende M, Moreira MR, Amâncio Filho A, Tavares MFL. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14 Supl 1:1403-10.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). [acesso em 2017 nov 15]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
6. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1998.
7. Nascimento DDGA. Residência Multiprofissional em Saúde da Família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
8. Lopes, EFS. A formação em serviço no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (PRIMS/HCPA) [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
9. Demarco EA. Formação multiprofissional como tecnologia para qualificar a Atenção Primária à Saúde no SUS: avaliação de um programa de residência [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
10. Silva JC, Contim D, Ohl RIB, Chavaglia SRR, Amaral EMS. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. *Acta Paul Enferm.* 2015, 28(2):132-8. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Rev. bras. educ. med.* 2008; 32(3):356-62.
11. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Rev. bras. educ. med.* 2008; 32(3):356-62.
12. Oliveira CM, Batista NA, Batista SHSS, Uchôa-Figueiredo LR. A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe. *Interface – Comunic., Saude, Educ.* 2016; 20(59):1005-14.
13. Meira MA, Silva MO. Atuação da Psicologia na Estratégia Saúde da Família: a Experiência de um Psicólogo em uma Residência Multiprofissional. *Rev. bras. ciênc. saúde.* 2011; 15(3):269-76.

14. Domingos CM, Nunes EFPA, Carvalho BG. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador da saúde. *Interface – Comunic., Saude, Educ.* 2015; 19(55):1221-1232.
15. NDAE. Guia do candidato: Programa de Residência Multiprofissional de Atenção Integral à Saúde [Internet]. [acesso em 2017 nov 03]. Disponível em: http://www.hcrp.fmrp.usp.br/rh/ResidenciaMulti/2016/Guia_do_candidato_RMS%202016.pdf.
16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4ª Ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
17. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm Brasília*. 2004; 57(5):611-4.
18. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. saúde pública*. 2005; 21(2):490-8.
19. Goulart CT, Silva RM, Bolzan MEO, Guido LA. Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Rev Rene*. 2012; 13(1):178-86.
20. Melo CNM, Chagas MIO, Feijão JRP, Dias MAS. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral: uma avaliação de egressos a partir da inserção no mercado de trabalho. *Sanare (Sobral. Online)*. 2012; 11(1):18-25.
21. Nascimento DDG; Oliveira MAC. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *REME*. 2006; 10(4):435-9.
22. Medeiros CS, Carvalho RN, Cavalcanti PB, Salvador AS. O processo de (des) construção da multiprofissionalidade na Atenção Básica: limites e desafios a efetivação do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família em João Pessoa – PB. *Rev. bras. ciênc. saúde*. 2011; 15(3):319-28.
23. Rosa SD, Lopes RE. Tecendo os fios entre educação e saúde: avaliação do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde. *Avaliação*. 2016; 21(2):637-56.
24. Maia DB, Souza ETG, Gama RM, Lima JC, Rocha PCF, Sasaki, Y. Atuação interdisciplinar na Atenção Básica de Saúde: a inserção da Residência Multiprofissional. *Sau. & Transf. Soc.* 2013; 4(1):103-10.
25. Brites LS, Weiller TH, Silveira D, França APW, Rosa FM, Righi LB. “A gente vai aprendendo”: o apoio matricial na estratégia de saúde da família em um programa de residência multiprofissional integrada no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. *Saúde Debate*. 2014; 38(101):285-95.
26. Vasconcelos MIO, Souza FL, Lira GV, Dias MSA, Silva GSN. Avaliação de programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família por indicadores. *Trab. Educ. Saúde*. 2015; 13 Supl 2: 53-77.
27. Miranda Neto MV, Leonello VM, Oliveira MAC. Residência multiprofissional em saúde: análise documental de projetos políticos-pedagógicos. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(4):586-93.

28. Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(11):3203-12.
29. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Saude soc.* 2010; 19(4):814-27.
30. Ellery AEL, Pontes RJS, Loiola FA. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário de construção. *Physis.* 2013; 23(2):415-37.
31. Salvador AS, Medeiros CS, Cavalcanti PB, Carvalho RN. Construindo a Multiprofissionalidade: um Olhar sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. *Rev. Bras. Ciên. Saúde.* 2011; 15(3):329-81.
32. Casanova IA, Batista NA, Ruiz-Moreno, L. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sci.* 2015; 40(3):229-33.
33. Ferreira RC, Varga CRR, Silva RF. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14, supl. 1:1421-28.
34. Ferreira SR, Olschowsky A. Residência Integrada em Saúde: a interação entre as diferentes áreas do conhecimento. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2009; 30(1):106-12.
35. Oliveira CFA. Residência Multiprofissional em Saúde como possibilidade de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009.
36. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013 jan-fev; 21(Spec).
37. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2007.
38. CAP – Centro de Atenção Primária. [Internet]. [acesso em 2019 jun 14]. Disponível em: http://cap.fmrp.usp.br/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=48.

Submissão: abril de 2018.

Aprovação: junho de 2019.