

# A GESTÃO DO CUIDADO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS E ENFERMEIROS EGRESSOS E NÃO EGRESSOS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE COMPARATIVA

**Everton Barroso Rios**  
evertonbarroso217@gmail.com

**Sarah Evellin Alves de Jesus**  
sarahevellin27@gmail.com

**Renata Francine Rodrigues Lima**  
renatafrancine@gmail.com

**Djiany Baleeiro Rodrigue**  
djianybaleeiro@gmail.com

**Maria Gabriela Costa Franca**  
mariagabrielacostaf@hotmail.com

**Denise de Souza Carvalho**  
denisecarvalho345@gmail.com

**Ramon Figueiredo de Deus Prado Júnior**  
ramon.eng@gmail.com

## RESUMO

**Introdução:** A Atenção Primária à Saúde consiste no primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde, sendo normalmente representada pelos serviços ambulatoriais com a finalidade de resolver mais de 80% das demandas de uma população. O estudo objetivou avaliar a gestão do cuidado em saúde de cirurgiões-dentistas e enfermeiros egressos e não egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família que atuam na APS do município de Montes Claros, Minas Gerais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e transversal realizado no período de abril de 2021 a março de 2022. Os dados foram tratados através de análise descritiva e bivariada pelo programa *statistical package for the social Science (SPSS 26.0)*. **Resultados:** Participaram do estudo 108 profissionais da atenção primária à saúde do município de Montes Claros, sendo 40,7 % enfermeiros e 59,3% cirurgiões-dentistas. Destes, a maioria (64,8%) respondeu ser egresso de residência multiprofissional. **Considerações finais:** O presente estudo permitiu realizar uma análise comparativa acerca da capacidade de gestão do cuidado de cirurgiões-dentistas e enfermeiros egressos e residentes de RMSF e aqueles profissionais que não fizeram parte do programa, aferindo-se que existem lacunas no conhecimento e nas práticas dos não egressos.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família. Gerência em Saúde. Residência. Formação Profissional em Saúde.

## THE CARE MANAGEMENT OF DENTISTS AND NURSES GRADUATED AND NOT GRADUATED FROM THE MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY PROGRAM IN FAMILY HEALTH: COMPARATIVE ANALYSIS

## ABSTRACT

**Introduction:** Primary Health Care is the first level of care within the health systems, and is usually represented by outpatient services in order to solve more than 80% of the demands of a population. The study aimed to evaluate the health care management of dentists and nurses graduated and not graduated from the Multiprofessional Residency in Family Health who work in PHC in the municipality of Montes Claros, Minas Gerais. **Methodology:** This is a descriptive, quantitative and cross-sectional study carried out from April 2021 to March 2022. Data were treated by descriptive and bivariate analysis using the

statistical package for the social science (SPSS 26.0). Results: The study included 108 primary health care professionals from the municipality of Montes Claros, 40.7% were nurses and 59.3% were dentists. Of these, most (64.8%) answered that they were graduates of multiprofessional residency programs. Final considerations: This study allowed us to perform a comparative analysis of the care management capacity of dental surgeons and nurses who were RMSF graduates and residents and those professionals who were not part of the program, showing that there are gaps in the knowledge and practices of those who were not graduates.

**Keywords:** Family Health Strategy. Health Management. Residency. Health Professional Training.

## 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde consiste no primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde, sendo normalmente representada pelos serviços ambulatoriais com a finalidade de resolver mais de 80% das demandas de uma população. Representa um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tem como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial (GIOVANELLA, 2006; STARFIELD, 2002).

Como estratégia prioritária para o fortalecimento, expansão e consolidação desta APS, temos a Estratégia Saúde da Família (ESF) que se desdobrou a partir do Programa Saúde da Família (PSF) concebido pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994. A ESF tem como prioridade cuidar do indivíduo como ser singular e complexo, através de ações de promoção em saúde, prevenção, tratamento de doenças e redução de danos afim de garantir a qualidade de vida desse usuário, de sua família e da comunidade em que ele vive (BRASIL, 2017; SCHIMITH *et al.*, 2017).

Dessa maneira, as práticas dos profissionais de saúde devem responder às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e, fortalecendo essa linha de formação para uma atuação diferenciada, surgem as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF) (MONTEIRO *et al.*, 2019)).

As RMSF visam construir a interdisciplinaridade em saúde, trabalho em equipe e ferramentas de educação permanente estabelecendo estratégias que resultem na concretização dos princípios do SUS, por meio da formação de profissionais que possam atuar de modo resolutivo nas ESFs de forma a orientar a organização da Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2006; MONTEIRO *et al.*, 2019).

No entanto, é possível se deparar com gargalos na APS resultantes da falta de preparo dos trabalhadores atuantes, tendo em vista as barreiras para o trabalho em equipe, dificuldades em coordenação, cuidado, acolhimento e resolutividade uma vez que apenas a graduação não consegue preparar os indivíduos para o desenvolvimento de tais habilidades,

demandando dos profissionais uma melhor adequação de conhecimentos (CNE, 2001; SCHIMITH *et al.*, 2017; PERUZZO *et al.*, 2018). Diante disto, o presente estudo objetivou avaliar a gestão do cuidado em saúde de cirurgiões-dentistas e enfermeiros egressos e não egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família que atuam na APS do município de Montes Claros, Minas Gerais.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e transversal realizado no período de abril de 2021 a março de 2022. O cenário da pesquisa se deu nas ESFs do município de Montes Claros, Minas Gerais, no qual o sistema de saúde funciona na modalidade Gestão Plena. Segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a população de 409.341 habitantes possuía 100% de cobertura pela APS através de 88 unidades físicas que comportavam 136 ESFs (DATASUS, 2021).

Por consistir em um censo, a população foi composta por cirurgiões-dentistas e enfermeiros atuantes nas ESFs do Município em questão. Como critérios de inclusão, foram incluídos todos os cirurgiões-dentistas e enfermeiros lotados e atuantes no nível primário da rede pública municipal. Adotaram-se para os critérios de exclusão os profissionais que não concordaram em participar da pesquisa e os que fizeram parte deste estudo.

Para coleta dos dados, foi utilizado um instrumento elaborado pelos próprios autores e submetido ao teste de confiabilidade kappa. Para

esse teste foram selecionados, de forma randomizada, uma amostra de 10 profissionais, enfermeiros e cirurgiões-dentistas componentes do censo da pesquisa para responder ao questionário. Com intervalo de 10 dias, o instrumento foi reaplicado à mesma amostra, buscando verificar a consistência das respostas obtidas. A escolha do intervalo de tempo foi não poderia ser muito curto pois permitiria o viés de aferição por lembrança, não podendo também ser muito longo, já que viabilizaria mudanças nas respostas por alterações de conduta em saúde (FRANCA; COLARES, 2010). Os dados foram analisados pelo programa IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25.0 através do teste *kappa* o qual resultou em 0,927, ou seja, concordância de respostas ótima ou excelente.

Após análise de confiabilidade, através do Google forms, os dados foram coletados sendo permitida uma única resposta por participante através da ferramenta “limitar a 1 resposta” da própria plataforma. O link do instrumento foi enviado aos entrevistados através das redes sociais e-mail e WhatsApp. Como variável dependente, adotou-se a seguinte pergunta: “É egresso(a) ou residente de Residência Multiprofissional em Saúde da Família?” As demais questões consistiram nas variáveis independentes. Os dados foram tratados através de análise bivariada com o auxílio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®) 26.0. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi exposto previamente ao questionário autoaplicável e apresentadas duas caixas selecionáveis com as opções “concordo” e “discordo” com a participação do estudo. A

pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros sob parecer de número 4.891.708

### 3. RESULTADOS

Participaram do estudo 108 profissionais da atenção primária à saúde do município de Montes Claros, sendo 40,7 % enfermeiros e 59,3% cirurgiões-dentistas. Destes, a maioria (64,8%) respondeu ser egresso de residência multiprofissional.

A Tabela 1 apresenta a análise bivariada das variáveis, sendo possível comparar as respostas para as dimensões do questionário dos residentes e egressos da residência com aqueles que não fazem ou fizeram parte deste programa de especialização.

Dos 108 participantes do estudo, 38 responderam não serem egressos da Residência Multiprofissional, enquanto que 70 responderam sim.

Avaliando as dimensões, em acolhimento ambos os grupos responderam, em sua maioria, que acham importante a realização da escuta qualificada e considera que todos os profissionais devam participar de tal atividade. Notou-se respostas mais favoráveis para aqueles que eram residentes ou egressos.

Na dimensão atividades compartilhadas, para todas as afirmativas, mais de 60% dos entrevistados responderam ‘concordo’ em todas as perguntas. No entanto, os egressos e residentes do programa de RMSF apresentaram desempenho positivo maior.

Em cuidado individual, quando perguntado se a equipe de saúde da família que o profissional participa realiza projeto terapêutico singular, 74,3% dos residentes ou egressos concordaram com a afirmativa, enquanto que 73,7% que não fizeram parte do programa discordaram. Para as afirmativas “realizo consultas compartilhadas com outros profissionais” e “em uma visita domiciliar, após identificar a necessidade de encaminhamento, o caso é compartilhado com outros profissionais” a maioria concordou não havendo diferença significativa entre os dois grupos.

**Tabela 1.** Análise bivariada da variável dependente (egresso ou não egresso de residência) em relação às variáveis independentes entre os profissionais da Estratégia Saúde da Família de Montes Claros – Minas Gerais.

Variáveis	Egresso(a) ou residente da residência multiprofissional		Valor (P)
	Sim	Não	
	n (%)	n (%)	
<b>Faixa etária</b>			0,067
23 a 27 anos	24 (23,07%)	0 (0,0%)	
28 a 31 anos	21 (20,1%)	9 (8,6%)	
32 a 39 anos	12 (11,5%)	11 (10,5%)	
40 anos ou mais	13 (12,5%)	14 (13,4%)	

<b>Categoria profissional</b>			0,302
Dentista	44 (75,9%)	20 (24,1%)	
Enfermeiro(a)	26 (59,1%)	18 (40,9%)	
<b>Acolhimento</b>			
<b>No momento do acolhimento, realiza escuta qualificada juntamente com outros profissionais*</b>			0,002
Concordo	63 (90,0%)	25 (65,8%)	
Discordo	7 (10,0%)	13 (34,2%)	
<b>Considero necessário que todos os profissionais da equipe contribuam para execução do acolhimento*</b>			0,016
Concordo	67 (95,7%)	31 (81,6%)	
Discordo	3 (4,3%)	7 (18,4,0%)	
<b>Atividades compartilhadas</b>			
<b>Desenvolvo atividades em conjunto com estudantes/profissionais de outras categorias profissionais</b>			0,032
Concordo	69 (98,6%)	34 (89,5%)	
Discordo	1 (1,4%)	4 (10,5%)	
<b>Na realização de grupos operativos, cada profissional participa expondo os conhecimentos relativos à sua categoria profissional, havendo interseção entre os saberes*</b>			0,093
Concordo	67 (95,7%)	33 (86,8%)	
Discordo	2 (4,3%)	5 (13,2%)	
<b>O cronograma das atividades de hiperdia, pré-natal e puericultura é cumprido por todos os profissionais de minha equipe*</b>			0,040
Concordo	61 (87,1%)	27 (71,1%)	
Discordo	9 (12,9%)	11 (28,9%)	
<b>Em dias de hiperdia, pré-natal e puericultura, costumo interagir com os colegas da equipe sobre alguns casos atendidos na unidade de saúde da família*</b>			0,001
Concordo	65 (92,9%)	26 (68,4%)	
Discordo	5 (7,1%)	12 (31,6%)	
<b>Disponho de tempo para realizar atividades em grupo*</b>			0,000
Concordo	68 (97,1%)	24 (63,2%)	
Discordo	2 (2,9%)	14 (36,8%)	
<b>Disponho de tempo para planejar com a equipe as atividades de grupo</b>			0,000
Concordo	68 (97,1%)	26 (68,4%)	
Discordo	2 (2,9%)	12 (31,6%)	
<b>Cuidado individual</b>			
<b>No meu trabalho, avalio o estilo de vida, hábitos alimentares, condições de higiene e de moradia, a relação familiar, com o objetivo de identificar aspectos que possam influenciar processo de saúde-doença, e discuto isso com os demais profissionais da equipe</b>			0,739
Concordo	70 (100,0%)	38 (100,0%)	
Discordo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
<b>A equipe de saúde da família de que participo realiza projeto terapêutico singular</b>			0,039
Concordo	52 (74,3%)	10 (26,3%)	
Discordo	18 (25,7%)	28 (73,7%)	
<b>Ao identificar um caso complexo, utilizo o momento da reunião com a equipe de saúde da família para obter informações que ajudem a compreender melhor a situação a fim de traçar um projeto terapêutico singular</b>			0,459

Concordo	69 (98,6%)	38 (100,0%)	
Discordo	1 (1,4%)	0 (0,0%)	
<b>Realizo consultas compartilhadas (com outros profissionais)</b>			0,234
Concordo	68 (97,1%)	35 (92,1%)	
Discordo	2 (2,9%)	3 (7,9%)	
<b>Em uma visita domiciliar, após identificar a necessidade de encaminhamento, o caso é compartilhado com outros profissionais</b>			0,658
Concordo	69 (98,6%)	37 (97,4%)	
Discordo	1 (1,4%)	1 (2,6%)	

Fonte: Próprios autores.

#### 4. DISCUSSÃO

O acolhimento foi analisado como uma prática realizada de forma compartilhada pela maioria dos participantes, que consideram importante que a escuta seja realizada por toda a equipe, principalmente nas respostas dos profissionais residentes ou egressos.

Em um estudo com 58 equipes de saúde dos 11 municípios do Baixo Amazonas (PA) que aderiram ao PMAQ-AB em 2014, 98,3% das equipes responderam que realizam o acolhimento à demanda espontânea, apontando a inserção dessa prática de forma contínua nos processos de trabalho, cabendo avaliar tanto a existência como a qualidade do acolhimento (SILVA *et al.*, 2019).

Nos “Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento à Demanda Espontânea” do Ministério da Saúde, o acolhimento é expresso como um dispositivo de reorganização do processo de trabalho em equipe, pois provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários pede que a equipe reflita acerca de todas as ofertas que ela tem

apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, de forma a garantir a equidade e a qualidade do serviço (BRASIL, 2011).

Há uma variação de percepções sobre o conceito e o modo de fazer acolhimento: para a maior parte dos profissionais, o acolhimento é como se fosse apenas mais uma prática desenvolvida entre tantas outras atividades oferecidas pela APS, enquanto para a minoria seria um novo posicionamento do profissional frente às necessidades do usuário (CLEMENTINO *et al.*, 2015).

Frente a isto, é de suma importância que a capacidade clínica da equipe de saúde seja ampliada, para então saber escutar e reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções. Assim, é importante discutir e definir o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento: quem vai receber o usuário; como avaliar o risco e a vulnerabilidade; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado além da consulta podem ser necessárias etc. (BRASIL, 2011).

Tratando-se das atividades compartilhadas, constatou-se a relevância dessa

prática no cotidiano dos profissionais, apesar de que uma parte, de maioria não egressos/residentes da RMSF, ainda não realiza ou encontra dificuldades em dividir esta tarefa entre os componentes da equipe e falta de tempo para o planejamento ou realização dos grupos.

Os Grupos Operativos (GO) são a principal ferramenta de atividade coletiva, uma importante forma de promoção a saúde e prevenção de riscos e doenças, ainda que o objetivo seja tratar alguma doença. Conseqüentemente, o GO é uma teoria que provoca mudanças de hábitos de vida quando associada à educação em saúde. Em sua análise Vincha e Santos e Cervato-Mancuso (2017) ressaltam a presença dos enfermeiros como coordenadores da ação, associando este resultado à formação acadêmica rica em práticas coletivas, o que pode inspirar também a formação de outros profissionais, já que a coordenação de grupos é uma atribuição da equipe multiprofissional.

Apesar da evolução das políticas de saúde brasileiras, que frequentemente privilegiam práticas grupais, percebe-se que suas ações são mais voltadas para atenção individual em comparação às coletivas, o que reflete diretamente nos limites encontrados e que distanciam os profissionais das intervenções coletivas de saúde, como a falta de preparo e de conhecimento que, geralmente, é o produto de uma formação voltada para atenção individual, para a instrumentalização e burocratização do cuidado. (BRASIL, 2010; SILVA, 2017).

O planejamento dos GO precisa fazer parte da rotina da equipe, de forma que todos os profissionais contribuam com seus

conhecimentos específicos e discutam quanto a melhor forma de conduzir o grupo e os casos encontrados durante os atendimentos de hiperdia, gestantes, puericultura, entre outros. Para tanto, compete aos profissionais a organização e o aprimoramento das atividades grupais, de forma a capacitar-se para a execução dessa tarefa, unificando conhecimentos entre os componentes da equipe, bem como desenvolvendo uma sensibilidade em perceber os fatores de risco e proteção dos usuários. Os temas a serem discutidos nos GO podem ser definidos a partir das necessidades encontradas, por meio de um cronograma definido anteriormente pelo serviço de saúde ou por uma definição externa, contudo, é o profissional que trará tal inclusão no momento da ação considerando a demanda das necessidades de saúde, tornando o espaço coletivo cada vez mais efetivo (SILVA, 2017; AFONSO, 2010; VINCHA; SANTOS; CERVATO-MANCUSO, 2017).

Atendendo a integralidade no cuidado dos pacientes, todos os profissionais afirmaram realizar em suas consultas a avaliação do estilo de vida, hábitos alimentares, condições de higiene e de moradia, a relação familiar, com o objetivo de identificar aspectos que possam influenciar processo de saúde-doença, e, posteriormente, discutir os dados com os demais profissionais da equipe.

Ao valorizar a dimensão subjetiva do indivíduo em suas relações cotidianas, os profissionais de saúde colocam em prática a integralidade, lançando mão do conceito de saúde biopsicossocial. Para tanto, ao garantir um atendimento integral é necessário investir na

humanização do cuidado, com estratégias que diminuem a tecnicidade ainda constitutiva da produção do cuidado em saúde e que considerem o sujeito em sua singularidade. Na ESF, as ferramentas de humanização que mais se mostram eficazes são o acolhimento, já discutido anteriormente, a clínica ampliada e o projeto terapêutico singular (CARNUT, 2017).

A clínica ampliada trata-se de um compromisso com o sujeito doente, visto de modo singular em seus meios familiar e social, assumindo a responsabilidade sobre o usuário dos serviços de saúde e a intersectorialidade ao recorrer a outros setores e especialidades quando necessário. Nesse sentido, é preciso reconhecer os limites de conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias que eles empregam em sua vivência, além de assumir um compromisso ético com o indivíduo (BRASIL, 2007).

Neste contexto, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é adotado como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito ou grupo, sendo um resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Esse dispositivo, é dedicado a situações mais complexas e deve ser utilizado como uma forma de reorganizar o processo de trabalho das equipes de saúde, nos diferentes níveis de atenção, bem como no contexto das residências multiprofissionais em saúde, estabelecendo interconexões dos serviços dentro da rede de atenção dirigindo-se à integralidade da atenção à saúde. (BRASIL, 2007; ROCHA; LUCENA, 2018).

Dentro do cotidiano do trabalho, o matriciamento aparece como uma proposta que facilita ações possíveis e o esclarecimento diagnóstico, que, na maioria das vezes, baseia a estruturação de um PTS. Quando ocorre o encontro entre uma equipe ou um profissional de apoio matricial e uma equipe de referência, a intenção é que o apoio matricial ajude a equipe de referência a executar um projeto terapêutico para um sujeito, individual ou coletivo, que precisa de uma intervenção em saúde que esta equipe de referência teve dificuldades de realizar, a princípio. SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017).

Na abordagem deste estudo, ficou evidente que os profissionais residentes/especialistas realizam, majoritariamente, PTS dentro do fluxo do serviço e procuram mais informação durante as discussões com a equipe. Nesta lógica, observa-se que a RMSF se apresenta como uma relevante ferramenta na promoção da saúde, devido a sua posição de empoderar os sujeitos ao autocuidado, com a contribuição de profissionais de variadas áreas visando atender o princípio de integralidade, por meio da clínica ampliada nos serviços de saúde (ROLIM-ENSSLIN *et al.*, 2014).

Trabalhar de forma conjunta, em várias áreas do saber na atenção à saúde, faz com que os usuários consigam compreender efetivamente a importância das condutas na promoção e recuperação da saúde e prevenção de agravos. Nessa perspectiva, quando as equipes realizam abordagens compartilhadas (entre os profissionais ou com profissionais e estudantes

de graduação) e fazem uso de diagnósticos socio sanitários para obterem visões mais ampliadas do processo saúde-doença no território, conseguem, então, embasar melhor o planejamento de suas ações e tornam a relação com os usuários mais holística (CARNUT 2017).

Em uma pesquisa realizada em uma cidade do estado do Paraná com 34 Unidades Básicas de Saúde, Peruzzo (2018) percebeu o quanto as interações entre os membros interferem no desempenho da equipe, quando identificou que a realização periódica de reuniões é uma importante estratégia de integração e planejamento, principalmente para o planejamento em saúde, a partir da equipe multiprofissional que detém diferentes saberes e habilidades. Ao agregar diferentes saberes, com vistas a oferecer assistência às necessidades da população, a ESF cumpre um dos seus principais pressupostos, considerando que nos processos de gestão da promoção e prevenção da saúde, pretende-se que os profissionais envolvidos pensem em estratégias de modo conjunto, com participação e envolvimento de todos os seus membros, para tanto, é preciso e imprescindível a existência de diálogo e contato contínuo das equipes.

Em relação ao trabalho interprofissional, pode-se mencionar também outros mecanismos que dizem respeito à cultura de trabalho: estratégias de comunicação, políticas para resolução de conflitos, processos para tomada de decisões compartilhada. Entretanto, tais mecanismos necessitam de momentos e espaços de reuniões para se efetivarem, o que, muitas vezes, não ocorre quando os profissionais não

dispõem de tempo e dão valor excessivo à atuação uniprofissional. Assim, a equipe multidisciplinar deve conduzir suas práticas para reflexões conjuntas, em que a colaboração da equipe possa encontrar e reconhecer as lacunas na perspectiva do trabalho interprofissional, vencendo obstáculos relacionados à sobrecarga de trabalho e à falta de tempo disponível e enfatizando a precisão de mecanismos institucionais, por meio de ações em nível da gestão que tornem possíveis essas práticas (FARIAS *et al.*, 2018).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu realizar uma análise comparativa acerca da capacidade de gestão do cuidado de cirurgiões-dentistas e enfermeiros egressos e residentes de RMSF e aqueles profissionais que não fizeram parte do programa, aferindo-se que existem lacunas no conhecimento e nas práticas dos não egressos.

Desta maneira, conclui-se que as RMSF proporcionam uma modalidade diferenciada de formação, uma vez que favorecem uma visão ampliada da atenção e do cuidado, na qual, existe a integração efetiva das competências profissionais com saberes e práticas multiprofissionais no cotidiano das equipes de atenção à saúde.

## REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M.; COUTINHO, A. R. A. **Metodologias de trabalho com grupos e sua utilização na área da saúde.** In: AFONSO, M. L. M. (Org.). *Oficinas em dinâmicas de grupo na*

área da saúde 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 59-83.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.

**BRASIL.** Constituição (2017). Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento a demanda espontânea n. 28. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. Volume 1. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2022

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília (DF): MS; 2006.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 41, n. 115, p. 1177-1186, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711515>. Acesso em: 15 fev. 2022.

CLEMENTINO, F. S., *et al.* Acolhimento na Atenção Básica: Análise a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Rev. Saúde Ciênc.** 2015; 4(1):62-80.

FARIAS, D. N. *et al.* Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde [online]**, v. 16, n. 1, pp. 141-162, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>>. Acesso em 28 Jun 2021.

FRANCA, C.; COLARES, V. Validação do National College Health Risk Behavior Survey para utilização com universitários brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 1209-1215, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000700030>.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-96, 2006.

MONTEIRO, M. S. F. *et al.* Residência Multiprofissional em Saúde da Família e suas contribuições para os serviços de saúde: revisão integrativa. **Revista Acervo Saúde**, n. 24, p. e519, 15 jun. 2019.

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery [online]**, v. 22, n. 4, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0372>>. Acesso em 26 Jun 2021.

ROCHA, E. N. ; LUCENA, A. F. Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar. **Revista Gaúcha de Enfermagem [online]**. 2018, v. 39 [Acessado 8 Fevereiro 2022], e2017-0057. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0057>>. Epub 02 Jul 2018. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0057>.

ROLIM-ENSSLIN, S. *et al.* A avaliação de desempenho como proposta para gestão das equipes do programa brasileiro "Estratégia da Saúde da Família" (ESF). **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá, v. 13, n. 26, p. 10-25, Jun 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-70272014000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272014000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 Fev. 2022.

SANTOS, R. A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R. ; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde em Debate [online]**. 2017, v. 41, n. 114 [Acessado 2 Fevereiro 2022] , pp. 694-706. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711402>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711402>.

SCHIMITH, M. D. *et al.* Precarização e Fragmentação do Trabalho na Estratégia Saúde da Família: Impactos em Santa Maria (RS). **Trabalho, Educação e Saúde [online]**, v. 15, n. 1, pp. 163-182, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00038>>. Acesso em 16 Jun 2021.

SILVA, M. A. C. Atendimento em grupo como uma ferramenta no cuidado em saúde: relato de experiência. 2017. 17 f. Trabalho de Conclusão

de Curso (Especialização) - Fundação Estatal Saúde da Família. Instituto Gonçalo Moniz, Fundação Oswaldo Cruz, Salvador, 2017. Disponível em:  
<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/37184/2/TCR%20Maria%20Ang%c3%a9lica%20Carneiro%20da%20Silva%20-%20TCR.pdf>

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

VINCHA, K. R. R.; SANTOS, A. F.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências. **Saúde em Debate [online]**. 2017, v. 41, n. 114 [Acessado 27 Janeiro 2022], pp. 949-962. Disponível em:  
<<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711422>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711422>.