



Residência multiprofissional em saúde da família em Pernambuco: do compromisso teórico ao fazer profissional no território

Multiprofessional residency in family health in Pernambuco:
from theoretical commitment to professional practice in the territory

Residencia multiprofesional en salud de la familia en Pernambuco:
del compromiso teórico a la práctica profesional en el territorio

Marina Mayra de Lima Mota¹, Layta Sena Ribeiro¹, Graciele Rodrigues Nunes da Silva¹, Thiere José Cristovão Mendes¹, Paloma Beatriz Costa Silva¹, Crysllaine Pinheiro da Silva¹, Débora Verônica Sarmiento Pereira da Silva¹, Dayana Roberta da Silva¹, Jéssica Francisca Soares Ribeiro¹, Nathália da Silva Soares Alves¹.

RESUMO

Objetivo: Versar sobre a experiência de residentes em Saúde da Família na cidade do Recife-PE, descrevendo seus processos de trabalho no contexto da atenção primária. **Relato de experiência:** Discute-se desde a organização dos ministérios da saúde e da educação envolvidos na construção das residências em saúde no Brasil, ao quadro da formação do programa específico dos autores que se operacionaliza através de grupos chamados de núcleos de base (NB), em uma perspectiva freiriana. Ademais, descreveu-se como se dá a formação teórica por meio de temáticas como: Estado, Sociedade e Políticas de Saúde; Epidemiologia descritiva; Educação Popular; Família, Gênero e Raça; Ciclos de vida; Planejamento em Saúde e Metodologia Científica, a fim de abarcar o contexto da pesquisa no território e na conclusão no curso. Também explanou-se sobre as ações empregadas no território, sua importância e instrumentalização, a saber: acolhimento, atendimentos individuais e compartilhados, visita domiciliar, ações coletivas, matriciamento, além de atividades que se dão em outros espaços institucionais. **Considerações finais:** Para avaliar a experiência, aglutinou-se, por fim, as potencialidades e desafios, com base nas vivências em território, como a multiprofissionalidade e o baixo investimento em educação permanente, consecutivamente.

Palavras-chave: Atenção Primária, Educação Permanente, Residência em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To discuss the experience of residents in Family Health in the city of Recife-PE, describing their work processes in the context of primary care. **Experience report:** The organization of the ministries of health and education involved in the construction of health residences in Brazil is discussed, to the framework of the formation of the specific program of the authors that is operationalized through groups called base nucleus (NB), from a freirian perspective. Furthermore, it was described how theoretical training takes place through themes such as: State, Society and Health Policies; Descriptive epidemiology; Popular Education; Family, Gender and Race; Life cycles; Health Planning and Scientific Methodology, in order to encompass the context of the research in the territory and at the end of the course. It also explained the actions employed in the territory, their importance and instrumentalization, namely: reception, individual and shared care, home visits, collective actions, matrix support, child care and prenatal care), in addition to activities that take place in other

¹Universidade de Pernambuco (UPE), Recife - PE.

spaces institutional. **Final Considerations:** To evaluate the experience, finally, the potentialities and challenges were brought together, based on experiences in the territory, such as multiprofessionality and the low investment in permanent education, consecutively.

Keywords: Primary attention, Permanent Education, Health Residency.

RESUMEN

Objetivo: Discutir la experiencia de los residentes en Salud de la Familia en la ciudad de Recife-PE, describiendo sus procesos de trabajo en el contexto de la atención primaria. **Relato de experiencia:** Se discute la organización de los ministerios de salud y educación involucrados en la construcción de residencias de salud en Brasil, en el marco de la formación del programa específico de los autores que se operativiza a través de grupos denominados núcleos de base (NB), de una perspectiva freiriana. Además, se describió cómo se da la formación teórica a través de temas como: Estado, Sociedad y Políticas de Salud; Epidemiología descriptiva; Educación Popular; Familia, Género y Raza; Ciclos de vida; Planificación en Salud y Metodología Científica, con el fin de abarcar el contexto de la investigación en el territorio y al final de la carrera. También explicó las acciones empleadas en el territorio, su importancia e instrumentalización, a saber: acogida, atención individual y compartida, visitas domiciliarias, acciones colectivas, apoyo matricial, atención al niño y atención prenatal), además de las actividades que se desarrollan en otros espacios institucional. **Consideraciones finales:** Para evaluar la experiencia, finalmente, se juntaron las potencialidades y desafíos, a partir de experiencias en el territorio, como la multiprofesionalidad y la baja inversión en educación permanente, de forma consecutiva.

Palabras clave: Atención Primaria, Educación Permanente, Residencia Sanitaria.

INTRODUÇÃO

Para atuar em saúde é preciso compreender de onde se parte epistemologicamente, dado que nos processos de produção histórica dos modos de vida se percebe uma variação de entendimentos sobre esse campo. Nesse sentido, há um desafio no campo científico de que a saúde seja sistematizada gnosiologicamente, posto que se busca conceituações sobre sua natureza, mesmo que não se tente esgotar sua amplitude, dado que isto se configura como um transcurso intrincado, mas necessário ao bojo de seu conjunto de ações (FILHO NA, 2020).

Sendo assim, a saúde vista como um problema pode ser encarada não só de um ponto de vista prático, mas filosófico, político, fenomenal e metodológico. A saúde também pode ser abordada como uma construção metafórica, simbólica e ideológica a partir da visão colocada pela cultura. Em tempo, a saúde pode ser vislumbrada por intermédio de dados e indicadores epidemiológicos e demográficos, já que enquanto um estado por ser caracterizada e medida. A saúde pode ainda ser compreendida como um valor comunitário e social regulado pelo direito social e intermediada por serviços públicos que visam o bem comum. Por fim, a saúde por ser apreendida pela noção de práxis que a conforma em áreas e subáreas do saber que se ligam a preocupação com a qualidade de vida e ações de cuidado em âmbitos institucionais públicos ou privados conforme atendimento especializado e interdisciplinar (ALMEIDA FILHO N, 2018).

No que concerne à saúde enquanto prática profissional, pode-se pensar nas Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) enquanto uma política assistencial derivada da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) do e para o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Mesmo o Brasil tendo experiências no formato da residência multiprofissional na década de 70, com a incidência da reforma sanitária, sua institucionalização oficial a partir da coordenação conjunta dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS), regulamentou-se em 2005, através da promulgação da Lei nº 11.129 (FLOR TBM, et al., 2022).

As RMS se caracterizam como cursos de especialização possuindo duração mínima de dois anos e carga horária de 60 horas semanais em regime de dedicação exclusiva, sendo marcadas pela educação em serviço para profissionais das mais diversas áreas, compondo, por sua vez, um cenário integrado pela

multidisciplinaridade. Portanto, o caráter interprofissional das RMS possibilita trocas de saberes e diálogo entre gestores, trabalhadores, usuários, docentes e residentes, bem como aproxima e fortalece os setores de saúde e educação. Os programas de residência são caracterizados pela formação em serviço supervisionada por profissionais capacitados, sendo reestruturados constantemente de acordo com as necessidades do ensino e do campo de atuação. Para dar suporte ao modelo pedagógico-assistencial, o programa da RMISF conta com o apoio de preceptores e tutores (PAIVA NETO FT e BANDEIRA ACN, 2019; BERNARDO MS, et al., 2020).

Quanto à Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família (RMISF) o espaço privilegiado de atuação desses trabalhadores na atenção básica se dá a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), visando qualificar os profissionais, a partir da integração ensino-serviço-comunidade - proporcionada pela atenção básica, marco central dos cuidados primários - a fim de que possam atender às demandas e necessidades da população, aumentando a resolutividade de suas ações e instaurando novos paradigmas em saúde, alinhados ao caráter ético-político-colaborativo do SUS (SILVA CA e ARAÚJO MD, 2019).

Nesse sentido, o presente trabalho propõe versar sobre a experiência de profissionais residentes no programa da RMISF, vinculada à Universidade de Pernambuco (UPE), na cidade do Recife-PE. Objetiva-se descrever o processo de trabalho dos profissionais-autores envolvidos no conjunto de ações que envolvem o papel do residente, no que concerne a sua experiência de ensino-aprendizagem teórico e prática no contexto da atenção primária.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A Formação Teórica

O programa da RMISF, em sua turma (2022-2024) é composto por 16 áreas profissionais: Enfermagem (03), Odontologia (03), Serviço Social (02), Psicologia (02), Saúde Coletiva (01), Nutrição (01), Farmácia (01), Fisioterapia (01), Fonoaudiologia (01) e Educação Física (01). A RMISF distribui sua carga horária em 40 horas de inserção no território – com ações técnicas e assistenciais, com foco na promoção da saúde, educação permanente e participação popular – e 20 horas de conteúdo teórico, conceitual e político.

O planejamento das atividades da RMISF busca contemplar as histórias sociais concretas, os sujeitos, os ambientes e a organização coletiva de cada comunidade. Desta forma, ao iniciar no programa de residência os residentes são inseridos em módulos teóricos, iniciando com o processo de territorialização para possibilitar o conhecimento do cenário de prática. Simultaneamente, cursam os módulos de: Estado, Sociedade e Políticas de Saúde; Epidemiologia descritiva; Educação Popular; Família, Gênero e Raça; Ciclos de vida; Planejamento em Saúde e Metodologia Científica. Em 2022, devido ainda às incertezas com relação a pandemia do COVID-19, os módulos foram facilitados de forma remota pela plataforma Google Meet, durante o período de 04 meses.

Além disso, semanalmente acontecem propostas como: cine-debate e discussões de caso, tendo como cerne a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos usuários, e mensalmente são realizadas duas reuniões específicas visando o aperfeiçoamento do processo formativo, uma ocorre apenas com os residentes, e a outra envolve residentes e coordenação.

O processo de formação é mediado por dois tipos de profissionais, isto é, tutores e preceptores que se caracterizam como educadores imersos em um processo de alta complexidade e em constante tensionamento. Neste sentido, a construção dos caminhos na ótica de tutores e dos preceptores passa por organizar o processo de trabalho em equipe, tanto interdisciplinar quanto em categoria; mediar relações, potencializando as convergências e minimizando conflitos; facilitar a inserção nos territórios, realizando articulações e pactuações necessárias; e ainda, criar um ambiente metodológico que potencialize a responsabilização sanitária e a aprendizagem.

Os profissionais da ESF e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), atuando enquanto preceptores, se fazem presentes diariamente na construção do processo formativo dos residentes no serviço.

Com relação aos tutores, esses são direcionados por categoria profissional, em que cada residente tem seu respectivo tutor, que não está inserido no campo de prática assistencial, mas que conduz o residente em seu processo de trabalho através de encontros. Nessa lógica, a partir da relação preceptor-tutor-residente, podem surgir reflexões e mudanças no modo de produzir cuidado em saúde, trazendo a ressignificação do processo de trabalho.

Práticas Promovidas: da Universidade ao Território

As ações da residência de acordo com o programa em saúde da família da UPE são: aulas teóricas, eventos científicos, atividades práticas (acolhimento, atendimentos individuais, atendimento compartilhado, visita domiciliar, ações coletivas e matriciamento), atividades teórico-práticas (educação permanente, reunião de equipe, matriciamento, reunião de rede, planejamento, controle social, reunião clínica e reunião de núcleo/tutoria), preceptoria, atividades complementares (tempo de autocuidado, tempo de estudo individual, tempo de reunião de NB, tempo de atividades políticas e/ou curso de Educação a Distância (EaD), tempo de pesquisa e extensão/clube de revista e tempo de plantão), estágio opcional (cenário de prática de escolha do residente com duração de um mês), estágio estratégico (cenário de prática voltado para populações vulneráveis/específicas, gestão de serviços de saúde ou ações estratégicas da Política de Saúde Mental e Saúde da Família com duração de um mês).

Ademais, ainda há a participação de representantes discentes nos espaços organizativos relativos à Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU) a fim de obter participação nos espaços decisórios concernentes aos seus programas, além dos residentes da RMISF integrarem o Coletivo Pernambucano de residentes, um espaço virtual de encontro que facilita o debate de temáticas importantes para a categoria. A estrutura da residência multiprofissional em conjunto com o processo de trabalho com a ESF possibilita desenvolver ações que extrapolam as especificidades das profissões, gerando uma ampliação do olhar e conhecimento de práticas por meio da vivência multiprofissional.

No programa da RMISF os residentes são divididos em dois grandes grupos chamados de núcleos de base (NB). Os núcleos de base fazem parte do processo de educação popular de Paulo Freire, e são construídos para trocas de experiência, debate de ideias e partilha entre os integrantes, promovendo assim reflexões críticas sobre a realidade e construção de soluções coletivas para os problemas da comunidade. Além de ser imprescindível para o desenvolvimento da conscientização e da potencialidade de ação transformadora dos participantes. Esses núcleos podem ser construídos em contextos distintos para as pessoas aprenderem juntas visando transformar a própria realidade.

Um NB é chamado de Base, formado por cirurgiões dentistas e enfermeiros que ficam lotados na Unidade de Saúde da Família (USF) específica e o outro é formado pela equipe do NASF com os demais profissionais (assistentes sociais, farmacêutica, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista, psicólogas, profissional da educação física e sanitária) que atuam e dão cobertura à três USF distintas no Distrito Sanitário VII da cidade do Recife.

No início do processo formativo os NB's são divididos para que se possa vivenciar a organização do processo de trabalho, considerando o território de moradia como espaço de produção de vida, a partir da produção de um diagnóstico da situação de saúde para compreender o processo-saúde-doença-cuidado que é desenvolvido naquela população.

Os NB's da residência realizam semanalmente reuniões para debaterem sobre o processo de trabalho, discussão de casos e atividades, negociações, trocas de conhecimento, aprendizagem e construção coletiva de soluções teórico-práticas. Discussões sobre os casos, trabalhos e construção de PTS, são algumas das temáticas. As reuniões ocorrem de forma separada, por NB.

O NB Base é composto por seis residentes, sendo três Cirurgiões Dentistas e três Enfermeiros, que através de sorteio formaram três duplas para atuarem em três USF da cidade do Recife. Inicialmente essas duplas constroem um trabalho conjunto com a preceptoria de núcleo e agentes comunitários de saúde e ficam com a responsabilidade sanitária de duas microáreas da equipe de saúde, totalizando aproximadamente 1.500

pessoas. A prática inicial do trabalho se dá a partir do reconhecimento do território, delimitado em microárea e seu mapeamento geoespacial, ou seja, quantidade de ruas pertencentes, condições de habitação, tipo de habitação, riscos ambientais e geográficos. Após esse momento, se dá o cadastramento familiar em três grupos: risco 1, risco 2 e risco 3. Essa classificação considera tanto as condições de saúde, hábitos de vida e condições de moradia como riscos e indicam aquelas que necessitam de maior cuidado e intervenções da equipe multiprofissional.

Os Enfermeiros e os Cirurgiões Dentistas desenvolvem suas ações, no âmbito individual e coletivo do cuidado, realizando consultas individuais, a participação de grupos juntamente com o NASF residência, o cuidado domiciliar e acompanhamento das pessoas pensando em todo seu ciclo de vida.

No que concerne à equipe NASF, as práticas experienciadas em sua maioria são majoritariamente atendimentos individuais, visto que existe uma lógica do processo de trabalho pautada em uma visão biomédica e segmentada do cuidado, fora de uma noção ampliada da clínica e de possibilidades de cuidado diversificadas, por conta de contradições históricas que se materializam nas condições de trabalho dos profissionais.

Ademais, diante da experiência da residência multiprofissional, dentro de uma visão biopsicossocial transdisciplinar e alinhada aos determinantes sociais e contextuais em saúde, o NASF residência propôs diversas ações coletivas. Dentre essas, grupos de arte educação voltado para a alfabetização, grupos de promoção de saúde mental para adolescentes nas escolas e unidades, grupo para mulheres no enfrentamento de condições de risco à saúde mental, grupo de vida saudável, grupo de infância protegida e um grupo voltado para o desenvolvimento infantil e autismo. Além da extensão do acolhimento em saúde mental em regime de pronto atendimento, uma proposta já bem estabelecida pelo NASF vinculado à prefeitura.

Além disso, houveram salas de espera com temas diversos (luta antimanicomial, aleitamento materno, direito à saúde, alimentação saudável, diabetes, hipertensão, câncer de mama, câncer de próstata e violência contra a mulher). Também, apoio matricial (aleitamento materno, violência contra a mulher, escuta em saúde mental, discussão sobre o Programa Previne Brasil, construção da sala de situação, e processo de trabalho com e-SUS AB); atendimentos compartilhados; e visitas domiciliares. Ademais, houve um matriciamento da equipe para os residentes e demais profissionais da unidade sobre tuberculose.

Importa afirmar que os atendimentos compartilhados podem ser realizados por dois ou mais profissionais visando o cuidado integrado à saúde. As visitas domiciliares são realizadas em companhia do agente comunitário de saúde e em sua maioria para pessoas acamadas e/ou domiciliadas, ou para analisar os aspectos ambientais, culturais e socioeconômicos dos determinantes da saúde. No cuidado à família em contextos mais complexos, é construído o PTS, em que consta informações da família, social, renda, genograma, ecomapa, dificuldades, potencialidades e um plano/encaminhamentos /caminho para o cuidado do usuário. Mensalmente ocorrem reuniões de equipe para repasse e discussão de casos, nas quais em alguns encontros são realizados matriciamento com temas relacionados às demandas e necessidades dos profissionais da unidade de saúde ou dos residentes, no que tange ao processo de trabalho.

DISCUSSÃO

As práticas dos residentes evidenciam a lógica multiprofissional e a incorporação gradual de atividades, como discussões de caso, atendimentos compartilhados e ações intersetoriais, alinhadas ao referencial teórico-metodológico da interprofissionalidade, o que facilita uma maior aproximação ao trabalho interprofissional (ARAÚJO HPA, et al., 2021).

Ao institucionalizar uma nova lógica de processo de trabalho, a atuação multiprofissional em saúde notabiliza que as ações e serviços de saúde centradas na equipe multidisciplinar e interprofissional vão contra a lógica uniprofissional, mecanicista, baseada na fragmentação do cuidado (OLIVEIRA KS e BADUY RS e MELCHIOR R, 2019), reforçando as potencialidades do trabalho vivo (uso das tecnologias leves e leveduras) que apontam a importância das relações e encontros entre subjetividades na maneira de produzir

cuidado (ENZVEILER FC, 2020). No entanto, nota-se a possibilidade dessas equipes encontrarem dificuldades e resistências no planejamento, operacionalização e execução das práticas propostas para os serviços que atuam (OLIVEIRA KS e BADUY RS e MELCHIOR R, 2019).

No cenário de prática explanado neste estudo, questões relacionadas ao baixo investimento e estímulo à Educação Permanente (EP) propiciam inseguranças nas equipes multiprofissionais, resultando na sobrecarga dos trabalhadores. A literatura indica que o campo da EP necessita de mais investimentos, devendo ser mais compreendida como promotora de mudanças nos processos de trabalho, permitindo a autoanálise dos sujeitos, pelo trabalho e para além desse contexto (OLIVEIRA IV, et al., 2020).

Outro desafio observado é a lógica assistencial de encaminhamentos e desresponsabilização do cuidado, que condiciona muitas vezes o processo de trabalho para o sentido ambulatorial. Praisner T e Santos CL (2021) abordam sobre o encaminhamento para serviços especializados como transferência da responsabilidade do cuidado para outro profissional, promovendo o fortalecimento das relações verticais, que fomentam tecnologias direcionadas para o indivíduo fracionado, isto é, características provenientes do modelo médico hegemônico.

O baixo estímulo profissional também é uma questão limitadora para o residente da equipe multiprofissional, causando um sentimento de despreparo e desânimo para exercer sua criatividade e criticidade. Para mais, as altas demandas de atendimentos, pouco investimento nas ações e serviços de saúde, modelo de gestão, e outras problemáticas envolvendo carga horária de trabalho e força de trabalho insuficiente, também fazem parte da pauta de desafios enfrentados pela equipe. Essas dificuldades estão atreladas à necessidade de condições adequadas de trabalho, seja de caráter organizacional ou estrutural, e que se fossem sanadas poderiam contribuir para a satisfação e saúde do trabalhador (PEREIRA ACL, et al., 2020).

Um fator limitante para o processo de trabalho da equipe multiprofissional de residentes é a ausência de preceptores diretos, ou seja, profissionais do mesmo núcleo de saber/profissão para auxiliar o residente em sua trajetória no território, como é o caso das categorias profissionais de Educação Física e Saúde Coletiva, da equipe em estudo, as quais não têm preceptoria direta. Outro ponto a ser destacado é a falta de cobertura do NASF prefeitura em alguns territórios, o que afeta fortemente o trabalho das equipes do NASF residência. Essa baixa cobertura de equipes do NASF pode ser explicada pelo novo modelo de financiamento da Atenção Básica, o Previne Brasil instituído pela Portaria n° 2.979, de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019), que resultou na revogação das definições de custeio e parâmetros para o NASF-AB, presente na Portaria de Consolidação n° 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), assim, a composição de equipes multiprofissionais deixou de ter vínculo com o tipo de equipe NASF-AB, deixando a cargo do gestor municipal a autonomia e responsabilidade de gerenciar e alocar os profissionais para outros tipos de equipe (MOROSINI MVGC e FONSECA AF e BAPTISTA TWF, 2020).

Diante dessas diferentes problemáticas, cumpre destacar as potencialidades e facilidades encontradas no “fazer saúde” nos territórios. O interesse dos profissionais das equipes base da ESF em receberem as equipes multiprofissionais, buscando promover um trabalho de forma integrada, revigora o ânimo dos profissionais para atuarem nos diversos contextos do processo de saúde-doença da população (SATURNINO MNG, et al., 2019). Desse modo, o conceito do trabalho em equipe vai de encontro com os princípios do SUS, o que deve ser valorizado pela gestão, para potencializar as práticas de cuidado, compreendendo o usuário como parte desse movimento (GUIMARÃES BEB e BRANCO ABAC, 2020).

Considerando o processo formativo com o apoio de preceptores e tutores, percebe-se boas experiências dos residentes com seus respectivos apoiadores, que são fundamentais para a qualidade da formação proposta pelos programas de residência. Porém, muito ainda precisa ser feito neste quesito, como maiores investimentos em capacitações e incentivo para esses profissionais (CAPUTO LR e SILVA PC e TRISTÃO VAC, 2019).

Como potencialidade do trabalho multiprofissional e interdisciplinar nos serviços de saúde e vida dos usuários, destacam-se as discussões e ações apoiadas em múltiplos saberes, a partir de diferentes áreas do

conhecimento, trabalhando de maneira integrada, utilizando ferramentas estratégicas para a produção do cuidado individual e coletivo. Desse modo, o trabalho em equipe é ressaltado por sua capacidade de contribuição para produção e qualidade da atenção à saúde, colocando em pauta a intersubjetividade da comunicação, e construção de vínculos, entre trabalhadores da saúde, usuários, família e comunidade (PEDUZZI M, et al., 2020). Este, vem como uma estratégia de trabalho promissora para o cuidado em saúde, “esperançada” a partir de muita luta e compromisso com o direito à saúde do povo brasileiro (FREIRE P, 2018).

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA FILHO N. O que é saúde?. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018; 2: 160.
2. ARAÚJO HPA, et al. A residência multiprofissional em saúde da família como cenário para educação e práticas interprofissionais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2021; 29: 1-11.
3. BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acessado em: 22 de junho de 2023.
4. BRASIL. Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acessado em: 22 de junho de 2023.
5. BERNARDO MS, et al. A formação e o processo de trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia inovadora. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2020; 73(6): 1-5.
6. CAPUTO LR e SILVA PC e TRISTÃO VAC. Tutoria e Preceptoría de Residência Multiprofissional em Saúde: análises do serviço social. *Revista Libertas*, 2019; 19(2): 498-512.
7. ENZVEILER FC. O acolhimento e o trabalho de enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família: práticas de cuidado. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020; 71.
8. FILHO NA. Desigualdades em salud: nuevas perspectivas teóricas. *Salud Colectiva*, 2020; 16.
9. FLOR TBM, et al. Formação na Residência Multiprofissional em Atenção Básica: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2022; 27: 921-936.
10. FREIRE P. *Pedagogia do oprimido*. 66 ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018; 256p.
11. GUIMARÃES BEB e BRANCO ABAC. Trabalho em Equipe na Atenção Básica à Saúde: Pesquisa Bibliográfica. *Revista Psicologia e Saúde*, 2020; 12(1): 143-155.
12. MOROSINI MVGC e FONSECA AF e BAPTISTA TWF. *Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?*. *Cad. Saúde Pública*, 2020; 36(9).
13. OLIVEIRA KS e BADUY RS e MELCHIOR R. O encontro entre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e as equipes de Saúde da Família: a produção de um coletivo cuidador. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2019; 29(4): 1-20.
14. OLIVEIRA IV, et al. Educação Permanente em Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: um estudo transversal e descritivo. *Saúde Debate*, 2020; 44(124): 47-57.
15. PAIVA NETO FT e BANDEIRA ACN. Residência Multiprofissional em saúde da família como condutora de educação permanente. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, 2019; 18(2): 78-85.
16. PRAISNER T e SANTOS CL. A transferência de cuidados: um dispositivo para análise do cuidado compartilhado na rede de atenção psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 2021; 13(37): 204-224.
17. PEDUZZI M, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2020; 18:1-20.
18. PEREIRA ACL, et al. Fatores de riscos psicossociais no trabalho: limitação para uma abordagem integral da saúde mental relacionada ao trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 2020; 45: 1-9.
19. SATURNINO MNG, et al. Modos de ver e de fazer: saúde, doença e cuidado em unidades familiares de feirantes. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, 2019; 24(5): 1723-1732.
20. SILVA CA e ARAÚJO MD. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. *Saúde Debate*, 2019; 43(123): 1240-1258.