

# Residência multiprofissional em Saúde da Família na perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde

## *Family Health Multiprofessional Residency from the perspective of Community Health Agents*

Jéssica Pinheiro Carnaúba  

Gisele Maria Melo Soares Arruda 

Ricardo José Soares Pontes 

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre o programa de Residência Integrada em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-SFC). **Métodos:** Estudo analítico, exploratório, com abordagem qualitativa realizado em maio de 2016. A pesquisa aconteceu em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na sede do município de Quixadá/CE. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 11 ACS que estiveram em contato com os residentes. As informações foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo em sua modalidade empírica. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo N° 1.510.433. **Resultados:** O estudo desvelou três categorias de análise, a saber: 1. A Residência e os residentes: papéis percebidos pelos ACS; 2. As ações inovadoras da RIS-SFC na percepção dos ACS; 3. Sentimentos e aprendizados construídos: o legado da RMS-SFC em Quixadá-CE. Os residentes são vistos como profissionais que apoiam o trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), identificando e atendendo demandas até então reprimidas, bem como construindo processo de trabalho pautado na clínica ampliada e na interprofissionalidade. A RIS-SFC desenvolve competências nos ACS e fomenta reconfigurações do processo de trabalho. Entretanto, o término do programa representa uma descontinuidade das inovações instauradas. **Considerações finais:** O impacto causado pela presença e pelo desligamento da equipe de residentes revela a necessidade da ampliação das equipes da ESF e de um processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) contínuo e pautado na realidade dos territórios.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Internato e Residência.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze Community Health Agents (ACS) perception about Integrated Family Health Residency program of Public Health School of Ceará (RIS-SFC). **Methods:** An exploratory, analytical study with a qualitative approach carried out in May 2016. This research was carried out in two Basic Health Units (BHU) located in the city of Quixadá/CE. Semistructured interviews were carried out with 11 CHAs that were in contact with residents. Data were analyzed through the technique of content analysis in its empirical modality. This study was approved by the Research Ethics Committee under protocol N ° 1,510,433. **Results:** The study revealed three categories of analysis, namely: 1. Residence and residents: roles perceived by ACS; 2. RIS-SFC's innovative actions in ACS perception; 3. Constructed feelings and learning: RMS-SFC legacy in Quixadá-CE. Residents are seen as professionals who support work in the Family Health Strategy (ESF), identifying and meeting previously repressed demands, as well as building a work process based on the expanded clinic and interprofessionality. RIS-SFC develops ACS competencies and fosters work process reconfigurations. However, programs end represents a discontinuity of the established innovations. **Conclusions:** The impact caused by resident team presence and disengagement reveals the necessity of ESF teams expansion; and a process of Continuing Education in Health (EPS) continuous and based on the reality of the territories.

**Keywords:** Primary Care Health. Family Health Strategy. Internship and Residency.

## 1 INTRODUÇÃO

Ao passo que a Estratégia Saúde da Família (ESF) se caracteriza como mudança paradigmática na atenção à saúde no Brasil (MACINKO; MENDONÇA, 2018), a formação da força de trabalho para condução das políticas públicas de saúde precisa ser desenvolvida de forma concomitante, sendo esta, inclusive uma das competências do Sistema Único de Saúde (SUS) assegurada por lei (BRASIL, 1990).

Nessa perspectiva, a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), modalidade de pós-graduação *latu sensu*, surge com a finalidade de promover mudanças na formação profissional voltadas para a ruptura do modelo biomédico hegemônico, o desenvolvimento de competências centradas nas necessidades de saúde da população, a configuração de práticas de saúde orientadas pelos princípios do SUS, a atuação interprofissional e a operacionalização da Reforma Sanitária Brasileira (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015; SILVA *et al.*, 2016; ARRUDA *et al.*, 2017; CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018; SILVA; NATAL, 2019).

No Ceará, a Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública (RIS-ESP/CE) é uma estratégia de RMS que acontece, desde 2013, nos serviços das Redes de Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Psicossocial, Atenção Hospitalar e Gestão em Saúde de 22 municípios cearenses. O compromisso ético-político com SUS é a grande missão desta residência, por isso, por meio da educação pelo trabalho, os residentes deste programa são formados para a realidade do SUS na perspectiva da interprofissionalidade, intersetorialidade e integralidade (CEARÁ, 2013; CEARÁ, 2016).

A experiência enquanto residente trouxe à tona a percepção de que as RMS, apesar de serem uma proposta de Educação Permanente em Saúde (EPS) institucionalizada e difundida pelo Ministério da Saúde (MS), ainda permanecem como uma estratégia pouco conhecida pelos usuários e profissionais dos serviços de saúde (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015; SILVA *et al.*, 2015). Dessa forma, considera-se relevante entender como os profissionais não-residentes compreendem tal proposta de EPS e as ações desenvolvidas pelos residentes, o que ainda representa uma lacuna do conhecimento.

Dentre esses profissionais, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o trabalhador normalmente mais vinculado à comunidade (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018) e que contribui de forma significativa para o trabalho e aprendizado dos residentes no cenário da ESF. Por isso, o presente artigo, cujo objetivo foi analisar a percepção dos ACS do município de Quixadá/CE sobre a RIS-ESP/CE, pretende contribuir na compreensão da percepção sobre a RMS dentro do seu território de ação, enriquecendo a produção científica sobre o assunto e subsidiando um eixo de avaliação desse modelo de EPS.

## 2 MÉTODO

Trata-se de um estudo analítico, exploratório, com abordagem qualitativa (RIBEIRO; SOUZA; COSTA, 2016; TAQUETTE; VILLELA, 2017). A pesquisa aconteceu em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas no município de Quixadá/CE, onde atuaram os residentes da RIS-ESP/CE ênfase Saúde da Família e Comunidade, aqui identificada com a sigla RIS-SFC.

Em Quixadá/CE, a RIS-SFC iniciou suas atividades em 2013, tendo, desde então e até a realização da coleta de informações, recebido duas turmas de residentes, compostas por enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, cirurgiões-dentistas, psicólogos e assistentes sociais. Tais equipes desenvolveram no território diversas ações organizativas, assistenciais, educativas, de promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde (CEARÁ, 2016).

Os participantes da pesquisa foram os ACS de duas equipes de referência, sendo incluídos aqueles com tempo de atuação na função superior a três anos e que estiveram em exercício profissional durante o período em que

os residentes atuaram no município, bem como que aceitassem participar voluntariamente da pesquisa. Foram excluídos aqueles que não desejavam participar da pesquisa ou não atendiam aos critérios de inclusão citados acima.

A quantidade final de participantes foi definida por saturação teórica (MINAYO, 2017; RIBEIRO; SOUZA; LOBÃO, 2018), contando com 11 ACS. Para assegurar o anonimato dos sujeitos, na apresentação dos resultados, utilizou-se a sigla “ACS” seguida pelos números de um a onze para identificar os participantes.

A coleta de informações ocorreu em maio de 2016, por meio de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas foram realizadas em local tranquilo e privativo, sendo gravadas em equipamento eletrônico, mediante autorização dos participantes e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após as transcrições e análise das falas, as gravações foram apagadas.

As informações coletadas foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo em sua modalidade empírica (BARDIN, 2011) e com base no referencial teórico e legal sobre as RMS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), sendo organizadas em três categorias de análise, a saber: 1. A Residência e os residentes: papéis percebidos pelos ACS; 2. As ações inovadoras da RIS-SFC na percepção dos ACS; 3. Sentimentos e aprendizados construídos: o legado da RIS-SFC em Quixadá/CE.

O presente artigo levou em consideração a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde vinculado ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e a Declaração de Helsinque (AMM, 2000), sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará sob protocolo Nº 1.510.433, de 20 de abril de 2016.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 A Residência e os residentes: papéis percebidos pelos ACS

A RMS é uma pós-graduação na modalidade de educação pelo trabalho com duração de 2 anos. Sob supervisão de preceptores e tutores, os profissionais residentes compõem as equipes multiprofissionais e inserem-se nos serviços/dispositivos dos SUS com 80% de carga-horária prática (CEARÁ, 2016; SILVA; NATAL, 2019).

As RMS são uma importante estratégia de EPS que tem sido adotada pelo MS, entretanto, muitas vezes, os próprios profissionais de saúde desconhecem sua existência, como aconteceu com a maioria dos ACS entrevistados: “*não, não conhecia a residência, né, vim trabalhar com a residência depois, há três anos quando iniciei a trabalhar como ACS, mas antes disso eu realmente não sabia do trabalho da residência em Quixadá, não sabia nem o que era residência*” (ACS1); “*não, não conhecia, nunca tinha ouvido falar*” (ACS4).

Isso pode ser justificado pelo fato de as RMS serem uma proposta de EPS relativamente nova, instituída no Brasil em junho de 2005 (SILVA; NATAL, 2019). Assim, como o desenvolvimento das RMS em nível nacional, no Ceará, os programas de residência estiveram inicialmente concentrados na capital do estado e na cidade de Sobral. Apenas a partir de 2013 (CEARÁ, 2016), com a criação da RIS-ESP/CE, houve a interiorização e difusão desse modelo de formação.

Entretanto, a convivência e o trabalho compartilhado com os residentes, fez os ACS apreenderem o objetivo e o modelo pedagógico das RIS-SFC:

Hoje em dia eu já sei que é um conjunto de profissionais que eles são também estudantes, porém em um nível mais avançado né, por que já são pessoas graduadas, que já possuem até uma certa experiência, que passaram por um processo seletivo que é bastante amplo pela Escola de Saúde Pública e que depois disso foram encaminhados para os seus determinados lugares para realizar as ações de saúde (ACS10).

Dois aspectos se sobressaem nas definições que os ACS fazem sobre a RIS-SFC: a multiprofissionalidade e o cuidado especializado, correspondendo ao modelo de atuação proposto pela educação interprofissional (EIP) (CÂMARA *et al.*, 2016; REEVES *et al.*, 2017), eixo pedagógico da RIS-SFC (ARRUDA *et al.*, 2017; ARRUDA *et al.*, 2017).

Na RIS-SFC, os enfermeiros e cirurgiões-dentistas inserem-se nas equipes de referência e os demais profissionais (nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e psicólogo) organizam seu processo de trabalho como preconizado para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), atualmente denominados Núcleos Ampliados de Saúde da Família (BRASIL, 2017). Nesse contexto, a RIS-SFC corrobora com a reorganização do modelo assistencial, uma vez que promove uma EPS contextualizada com a realidade dos serviços e de caráter interprofissional (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015; SILVA *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2016; CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018).

Com esse ideal, privilegia-se a construção de novos saberes e práticas, possibilitando, por meio do intercâmbio entre diversas áreas específicas do conhecimento, um cuidado mais efetivo e contribuindo para a realização de ações pautadas nos princípios dos SUS e no fortalecimento das políticas públicas de saúde.

Apesar disso, percebe-se também que, muitas vezes, a presença dos profissionais residentes nos serviços tem um caráter de provimento, suprimindo as lacuna de recursos humanos em saúde:

[com a RIS-SFC] diminuiu muito... como as pessoas reclamava de não ter atendimento, por que toda hora quando elas [equipes] não estavam, os residentes estavam, então teve uma mudança muito boa porque teve mais atendimentos e ficou mais satisfatório para a população (ACS7).

Entretanto, a RMS tem um período finito e determinado de execução. A equipe inicia suas atividades, mas permanece apenas dois anos no cenário de prática. Algumas vezes, há a permanência das ações por meio da inserção de uma nova equipe, mas isso nem sempre acontece (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015). Nesse contexto, a descontinuidade do processo de trabalho foi vista, pelos entrevistados, como a maior dificuldade enfrentada. Percebe-se que os ACS se sentem cobrados pela população: *“a comunidade assim... eles se interessam pelo apoio, eles estavam gostando, é muito bom, aí quando vocês vão embora quem sofre na pele somos nós”* (ACS4).

Tal ruptura tem a ver com a falta de profissionais nas equipes de referência e equipe NASF que garantam a cobertura ideal para a população (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015). Assim, com a saída dos residentes, a equipe local não consegue dar continuidade às ações disparadas por estes (CEZAR; RODRIGUES; ARPINI, 2015; ARRUDA *et al.*, 2017).

Observa-se, ainda, que a proximidade do ACS com a comunidade é extremamente positiva no que diz respeito à construção de vínculos, entretanto, quando há dificuldade na resolução de certas demandas, tensionam-se estas relações entre os ACS e o usuário, frustrando o profissional e acarretando sofrimento (SPERONI *et al.*, 2016).

Seria o encerramento da RIS-SFC no território um desses motivos de cobranças e tensionamentos? Como possibilitar que as transformações no serviço, advindas com a equipe de residência, permaneçam? Como garantir a continuidade das ações? Como diminuir a lacuna deixada pela saída dos residentes?

### 3.2 As ações inovadoras da RIS-SFC na percepção dos ACS

O contato dos ACS com os residentes foi disparado pela primeira atividade preconizada pela RIS-SFC: a territorialização. Esta é uma diretriz da ESF que consiste no mapeamento do território como espaço físico, produto do meio sociocultural, inserido no dinamismo das relações sociais, políticas e econômicas (PESSOA *et al.*, 2013). Assim também aconteceu na realidade em estudo, o que contribuiu bastante na aproximação entre ACS e residentes.

Além desse processo inicial de territorialização, as entrevistas apontam que os residentes realizaram diversas ações educativas em grupo com enfoque na educação popular para prevenção de agravos e promoção de estilo de vida saudável. Os ACS perceberam esses grupos como uma potencialidade da residência, que determinava a atuação da RIS-SFC segundo um modelo assistencial diferente do biomédico (FERTONANI et al, 2015), como afirma ACS10: “[a residência] não é tão curativista, é mais preventivo. Eu acho muito interessante, tem mais ações voltadas para a prevenção”. E complementa ACS4:

E do pessoal da comunidade também não tinha tanta consciência dos problemas deles, as vezes pensavam ‘ah! Isso passa’. Aí os residentes foram lá e explicaram como é que funciona e eles tiveram consciência né, com certeza tiveram. Se conscientizaram mais, do que eles tinham, do que precisavam fazer, do que precisava fazer para melhorar a situação deles (ACS4).

ACS6 reconhece ainda que a experiência vivida com a RIS-SFC foi como uma semente de transformação das práticas, especialmente para fomentar a criação de grupos: “a sementinha ficou plantada. Os grupos que a gente formava, os grupos. A importância de se trabalhar a educação em saúde... isso ficou muito, foi muito bom”.

Foi destacado também o atendimento descentralizado, no qual os residentes realizavam assistência em saúde e atividades educativas na casa de um dos moradores ou em um convento do bairro. O público-alvo principal desses atendimentos eram os idosos, “são as pessoas que a gente tem mais dificuldade para reunir no posto e a gente não consegue, e os residentes conseguem porque a gente fazia muito isso nas áreas, eles tinham muita disponibilidade para estar trabalhando com a gente nas áreas” (ACS6).

Esse tipo de atendimento descentralizado não acontecia antes da chegada dos residentes, mas foi uma nova configuração do processo de trabalho proposta diante do interesse em realizar ações mais próximas à comunidade, com base no princípio da equidade, e oferecendo maior suporte aos grupos prioritários que tem dificuldade de acesso a UBS. Essa proximidade da comunidade e a construção do vínculo também foram ressaltadas pelos ACS como um importante diferencial dos residentes em relação aos demais profissionais, concorrendo para a maior humanização e interprofissionalidade do cuidado, distanciando-se, ainda mais do modelo biomédico (FERTONANI et al, 2015):

eu acho que até por conta que os profissionais não residentes já estão assim, um pouco calejados do cotidiano de trabalho e acabam se adaptando, se mecanizando um pouco. Os residentes tinham toda aquela sensibilidade, toda aquela parte de se preocupar com o paciente, olho no olho, uma coisa mais... mais humanizada, mais próxima do ser humano, não direcionada só a questão do que ele tá sentindo e dos sintomas e dos sinais. [...] O local da consulta [da enfermeira] era um lugar que não tinha fisicamente nada a ver com o ambiente de saúde né. Inclusive tinha lá o psicólogo e o assistente social, no momento da consulta para escutar o paciente, para tratar de outras mazelas que não diz respeito assim somente ao medicamento ou somente a patologia (ACS10).

Sabe-se que, os residentes, com os grupos e os atendimentos descentralizados, realizaram uma ação que já faz parte do escopo de atuação da APS. Pois, conforme preconizado pelos princípios e diretrizes do SUS, a atenção à saúde deve ser orientada técnica e politicamente para promover a qualidade de vida dos usuários, fortalecendo a APS como estratégia prioritária e garantindo a integralidade do cuidado (FERTONANI et al, 2015). Mas, como esse tipo de prática não acontecia com regularidade, os ACS as avaliaram como um importante avanço, uma inovação. Essa percepção corrobora com o objetivo de existência das RMS: implementar o SUS, formando novos recursos humanos (os residentes), mas também qualificando os processos de trabalho, as práticas já implementadas e os profissionais dos serviços já existentes (SILVA et al., 2016; SILVA; NATAL, 2019).

Acredita-se que essa maior disponibilidade dos profissionais residentes está vinculada à extensa carga horária de 60 horas semanais (SILVA et al., 2015; ARRUDA et al, 2017), mas não aconteceria sem um processo formativo pelo trabalho, que dialoga com o SUS e seus princípios, voltado às reais necessidades dos serviços e da população (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015; ARRUDA et al, 2017).



Além disso, na divisão da responsabilidade sanitária, os residentes ficam responsáveis por um menor quantitativo de clientela adscrita, havendo a possibilidade de realizar ações mais direcionadas e com maior resolutividade (CEARÁ, 2016). Pode-se inferir, dessa forma, que uma menor população adscrita às equipes de referência em Saúde da Família poderia garantir a qualificação do vínculo e uma maior diversificação das ações. As redefinições nas quantidades mínimas de famílias sob responsabilidade sanitária das equipes de Saúde da Família nesse sentido, todavia, não tem sido o caminho de redesenho da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Outra atividade bastante apontada pelos ACS foi o projeto de Extensão Ressoar. Trata-se de um projeto de extensão universitária criado em parceria com Centro Universitário Católica de Quixadá, para suscitar a cidadania, o empoderamento social, a cultura e hábitos saudáveis. No projeto, eram realizadas atividades de Pilates solo, sob supervisão da fisioterapeuta residente, além de reuniões e discussões sobre direitos e cidadania, juntamente com os acadêmicos dos cursos de Fisioterapia, Filosofia e Direito da referida instituição de ensino. Nesse sentido, destaca-se o papel dos residentes em busca da realização de ações intersetoriais e de articulação ensino-serviço, desenvolvendo, com os dispositivos presentes no território, ações capazes de responder às necessidades e especificidades locais.

A residência trouxe ainda algumas modificações objetivas à organização do processo de trabalho, entre as quais destacou-se a organização dos serviços pelo agendamento de todas as ações de saúde. Como comenta, ACS2: *“antes não tinha o agendamento certo. Você ia até o posto e, se a enfermeira estivesse lá, ela atendia, se desse. Com a residência, já era diferente, era tudo marcado com os ACS. Melhorou a questão dos fluxos e da organização da unidade (ACS2)”*.

Como as equipes necessitam realizar muitas e variadas ações de saúde - visitas domiciliares, atividades educativas intersetoriais, ações na escola, atendimentos, discussão de casos, reuniões, etc. - faz-se imprescindível a organização da agenda. Na verdade, a RIS-SFC preconiza como um de seus eixos de formação-atuação a construção da agenda de trabalho a partir das necessidades do território e a qualificação dessa agenda ao longo do processo formativo (CEARÁ, 2013; CEARÁ, 2016; ARRUDA et al, 2017). Introduzir essa realidade do agendamento foi algo positivo na visão dos ACS, tanto para o processo de trabalho dos profissionais, quanto para a satisfação e comodidade dos usuários.

Ao mesmo tempo, essa organização das agendas exigia dos residentes um movimento contínuo de avaliação e planejamento, que era feito de forma multiprofissional, incluindo a participação dos ACS. Os quais também apontam as reuniões de equipe com esse fim como uma grande potencialidade:

[...] a organização, a questão do atendimento, agendamento de reuniões é... do enfrentamento coletivo de problemas. Nenhum profissional ia tentar enfrentar sozinho, se jogar de cabeça em um problema. Ao contrário, sempre havia reuniões para pedir a opinião dos outros profissionais, para tentar fomentar estratégias em conjunto, que na verdade é uma equipe multidisciplinar (ACS10).

### 3.3 Sentimentos e aprendizados construídos: o legado da RIS-SFC em Quixadá/CE

As colocações dos ACS apontam um desejo de continuidade das ações que eram desenvolvidas pelos residentes, especialmente as ações de promoção da saúde e aos atendimentos na comunidade. Os ACS, pela experiência vivida, reconheceram tais práticas como modos de concretizar os princípios e diretrizes do SUS. Esses novos conhecimentos e experiências relacionados às ações de acolhimento, promoção da saúde e trabalho em equipe são um legado da RIS-SFC.

(...) Foi um exemplo, foi ensinar a gente a trabalhar com a população, fazer a promoção, promover saúde, o acolhimento, o principal foram as ações e serviços desenvolvidos. Essa foi uma semente que os residentes deixaram aqui para gente, servindo até quando eles saíram para a gente continuar o mesmo trabalho (ACS7).

Sabe-se que a RMS é uma estratégia de EPS para os profissionais-residentes, mas também podemos apontar que o é para a equipe que recebe a residência no cenário de práticas. Há uma demanda importante por EPS, muitas vezes em assuntos elementares como os que os ACS dessa pesquisa apontaram como relevantes: humanização, processo de trabalho, interprofissionalidade, etc. Percebe-se que a sobrecarga de trabalho e outras atribuições acabam por camuflar tal demanda. Todavia, a atuação compartilhada gera conhecimentos mais significativos e voltados também para as reais necessidades de saúde da população e de formação dos trabalhadores (SILVA *et al.*, 2016).

Além disso, o tempo de permanência da RIS-SFC no município desencadeou um maior conhecimento sobre as competências de trabalho das diversas categorias profissionais envolvidas. Conhecer mais o outro ajuda a reconhecer o quanto ele é importante para o cuidado em saúde. Esse é um dos princípios da EIP, operacionalizado na conclusão desse ACS:

Eu acho que a principal lição de todas foi a necessidade de mais profissionais ainda na unidade básica de saúde, principalmente aqueles que não sejam dessa área, dessa área mais comum, mais clássica, que não sejam o médico, a enfermeira, o dentista, o técnico de enfermagem, mas sim trazer o fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, um farmacêutico. A gente sabe que isso é muito oneroso para o município, mas eu acho que se tornaria menos, por que os problemas seriam mais resolvidos a nível de atenção básica, sem ter necessidade de uma atenção secundária, de uma atenção terciária, gerando até mais gastos para o Município, para o Estado e pra União (ACS10).

Essa ampliação da equipe já é prevista com a implantação dos NASF, efetivando o papel da APS como coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção a Saúde (CEZAR; RODRIGUES; ARPINI, 2015). Todavia, reconhece-se como legado o entendimento dos trabalhadores sobre a riqueza da interprofissionalidade e o desejo de implementá-la de modo contínuo.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do olhar dos ACS, foi possível desvelar a EIP como característica primordial da RIS-SFC, demonstrando que o programa alcança seu objetivo em relação ao trabalho pautado na colaboração interprofissional e no cuidado ampliado em saúde. Entretanto, foi perceptível que, após a saída dos residentes, os trabalhos realizados são interrompidos, evidenciando que a transformação não conseguiu alcançar efetiva e permanentemente o processo de trabalho instituído no serviço, nem proporcionou o fortalecimento dos sistemas de saúde de forma contínua.

A RIS-SFC, ao passo que é uma estratégia de formação em serviço e estimula e fornece subsídios para que os profissionais residentes realizem suas ações como preconizado pela legislação pertinente à ESF, também se constitui estratégias de EPS para os trabalhadores do serviço. Questionamo-nos, ainda: como tornar esse legado mais efetivo e mais alicerçado na prática cotidiana?

Enquanto limites do estudo, destaca-se que o mesmo abrangeu uma realidade específica, bem como refere-se ao olhar de um pequeno número de ACS. Entretanto, apesar de analisar um recorte temporal de uma realidade definida, acredita-se que ele poderá contribuir para a compreensão das RMS diante da escassez de pesquisas sobre a RMS envolvendo profissionais não-residentes.

Salienta-se, por fim, a necessidade de novas pesquisas que avaliem o impacto e as contribuições das RMS para os serviços onde estão inseridas.

## REFERÊNCIAS

ALONSO, C. M. C.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. C. M. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. **Revista de Saúde Pública**, 52, 2018.

AMM. **Declaração de Helsinque**. Edimburgo: Associação Médica Mundial, 2000.

ARRUDA, G. M. M. S.; BARRETO, I. C. D. H. C.; PONTES, R. J. S.; LOIOLA, F. A. Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Tempos Actas de Saúde Coletiva**, 10, n. 4, 2017-06-24 2017.

ARRUDA, G. M. M. S.; BARRETO, I. C. H. C.; RIBEIRO, K. G.; FROTA, A. C. O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. **Interface Comunicação Saúde Educação**, 21, n. 2, p. 5-8, 2017.

BARDIN, L. **Análise do Conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Brasil, 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização eo funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde 2012.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. R. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 1, 22, p. 1325-1337, 2018.

CEARÁ. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Manual do profissional de saúde residente: informações político-pedagógicas sobre a residência multiprofissional em saúde e em área profissional da saúde** 2017. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2016.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. **Regimento Residência Integrada em Saúde**. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2013.

CEZAR, P. K.; RODRIGUES, P. M.; ARPINI, D. M. A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 35, n. 1, p. 211-224, 2015.

CÂMARA, A. M. C. S.; CYRINO, A. P.; CYRINO, E. G.; AZEVEDO, G. D. *et al.* Interprofessional education in Brazil: building synergic networks of educational and healthcare processes. **Interface (Botucatu)**, 20, n. 56, p. 5-8, 03/2016 2016.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. D. F. P. A.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 19, n. 55, p. 1221-1232, 2015.



FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, 42, n. spe1, p. 18-37, 2018.

MINAYO, M. C. D. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2006.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

PESSOA, V. M.; RIGOTTO, R. M.; CARNEIRO, F. F.; TEIXEIRA, A. C. A. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18, n. 8, p. 2253-2262, 2013.

REEVES, S.; PELONE, F.; HARRISON, R.; GOLDMAN, J. *et al.* Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, 2017.

RIBEIRO, J.; SOUZA, D. N.; COSTA, A. P. Investigação qualitativa na área da saúde: por quê? **Ciência & Saúde Coletiva**, 21, n. 8, p. 2324-2324, 2016.

RIBEIRO, J.; SOUZA, F. N.; LOBÃO, C. Saturação da Análise na Investigação Qualitativa: Quando Parar de Recolher Dados? **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 6, n. 5, p. iii-vii, 2018-04-18 2018. Editorial.

SILVA, C. T.; TERRA, M. G.; KRUSE, M. H. L.; CAMPONOGARA, S. *et al.* Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, 25, n. 1, 2016.

SILVA, J. C.; CONTIM, D.; OHL, R. I. B.; CHAVAGLIA, S. R. R. *et al.* Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, 28, n. 2, p. 132-138, 2015.

SILVA, L. S.; NATAL, S. Residência multiprofissional em saúde: análise da implantação de dois programas pela universidade federal de Santa Catarina, Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, 17, n. 3, p. e0022050, 2019.

SPERONI, K. S.; FRUET, I. M. A.; DALMOLIN, G. L.; LIMA, S. B. S. Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. **Revista Cuidarte**, 7, n. 2, p. 1325-1337, 2016.

TAQUETTE, S. R.; VILLELA, W. V. Pesquisa qualitativa em medicina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22, n. 1, p. 4-4, 2017.