

DIAGNÓSTICO DAS AÇÕES DE SAÚDE DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA

Professional activities of Multidisciplinary Healthcare Team Residents in Community Health Units

Thamires Máximo Neves¹, Anamaria Siriani de Oliveira²

RESUMO

Com o intuito de apoiar as Equipes de Saúde da Família na rede de serviços do SUS, os Núcleos de Apoio foram criados. Diante desse modelo de atenção, as prefeituras municipais passam a demandar novos profissionais de saúde com perfis diferenciados e as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) vêm ao encontro desse novo cenário. O objetivo deste estudo foi o de descrever o perfil das ações ofertadas à população e à equipe no nível básico de atenção pelos profissionais de uma Residência Multiprofissional em Saúde. É um estudo descritivo, com dados coletados de planilhas de produção dos residentes, de maio a dezembro de 2013, com a participação de sete profissões, totalizando 192 planilhas. Dessas, 186 planilhas foram analisadas (96,87%). Das atividades desenvolvidas, 27,32% foram de auxílio para a Equipe de Saúde da Família, 33,98% para assistência por meio de atendimentos, 29,26% para ações coletivas e 9,44% para outras ações. Outras 62 atividades foram citadas e houve 31 grupos educativos com temas variados. Os perfis das ações foram diferentes, de acordo com as profissões analisadas. Embora a RMS seja um programa novo e que ainda tenha que ser aprimorado, tal RMS contribui para a formação profissional e na conscientização das equipes e da população para a importância da atuação desses profissionais na Atenção Básica.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Educação Profissional em Saúde Pública; Sistema Único de Saúde; Profissionais da Saúde.

ABSTRACT

In order to support the Family Health Teams in the network of NHS services Cores Support were created. Given this model of care municipal governments begin to demand new health professionals with different profiles and Multidisciplinary Residences Health (MRH) comes against this new scenario. The aim of this study was to describe the profile of the shares offered to the public and staff at the basic level of care by a Multidisciplinary Residency in Health Professional is a descriptive study with data collected from production sheets residents from May to December 2013, participation of seven professions totaling 192 worksheets. Of these, 186 worksheets were analyzed (96.87%). The activities were 27.32% of aid to the staff of family health, 33.98% for assistance through visits, 29.26% for class actions and 9.44% for other actions. Other activities were cited 62 and was 31 educational groups with varying themes. The profiles of the actions were different according to the occupations analyzed. Although MRH is new and has yet to be enhanced program, such RMS helps in training and awareness of staff and the public to the importance of the role of these professionals in primary care.

KEYWORDS: Primary Health Care; Family Health; Education Public Health Professional; Unified Health System; Health Personnel.

¹ Fisioterapeuta Residente Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP. E-mail: thamiresmn@yahoo.com.br.

² Prof^a Dr^a do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB), definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracteriza-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, coordenação da assistência dentro do próprio sistema, atenção centrada na família e orientação e participação comunitária.¹ Sendo algo complexo, demanda intervenções amplas e dinâmicas, para que sejam obtidos efeitos positivos sobre a saúde e a qualidade de vida da população.² Dessa forma, recomenda-se a integração de conhecimentos, tanto específicos da saúde como de outras áreas, para que as ações da AB possam ser mais eficazes e resolutivas, com atuação interdisciplinar e intersetorial.³

A Saúde da Família (SF), estratégia para organização da AB, tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua. Ela incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – mediante o cadastramento dos usuários e a criação de vínculos.⁴

Com o intuito de apoiar a ESF na rede de serviços do SUS, ampliar a abrangência de atendimentos e população acompanhada, aumentar a resolutividade, reforçar a territorialização e a regionalização, bem como a ampliação das ações da AB no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 24 de janeiro de 2008, mediante a Portaria GM nº 154^{3,5} e, de acordo com suas Diretrizes,³ a equipe NASF deve ser constituída por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam em conjunto com os profissionais das equipes de referência de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios.

Diante desse modelo de atenção, pode-se perceber que as prefeituras municipais passam a demandar novos profissionais de saúde com perfis diferenciados e as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) vêm ao encontro desse novo cenário [Portaria nº 1.111, de 5 de julho de 2005,⁶ Portaria nº 1.143, de 7 de julho de 2005,⁷ Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005].⁸

A RMS é um espaço de transformação e formação para profissionais da saúde articulado com a educação permanente e que tem como um dos princípios referenciais a integralidade do cuidado e, como princípio operador, o trabalho em equipe interdisciplinar. Trata-se de uma modalidade de pós-graduação (*lato sensu*) que deve ser oferecida em ambientes de trabalho qualificados, dotados de corpo técnico-profissional com titulação profissional ou acadêmica reconhecida, instalações apropriadas ao ensino em serviço, proporcionando um aumento da capacidade

de diálogo e uma compreensão ampliada das necessidades de saúde do indivíduo e do coletivo. Portanto, o campo e núcleo de atuação devem estar articulados.⁹

Um diagnóstico da situação da rede de Atenção Básica se faz por meio da análise da estrutura da rede de serviços básicos, da programação físico-orçamentária das ações básicas de saúde, dos indicadores de cobertura das ações básicas de saúde e da produção da rede de serviços básicos. Essa última é utilizada para verificar o quantitativo de ações básicas realmente ofertadas à população, bem como sua eficiência na utilização dos recursos por meio da análise de produtividade.¹⁰ Embora o trabalho da residência tenha sido objeto de muitas avaliações, reflexões, dissertações e teses que visam verificar os impactos com o apoio do Ministério da Saúde, faltam na literatura estudos quantitativos¹¹ e não há um sistema de informação consolidado para avaliar quantitativamente o trabalho desses profissionais e que mostre o impacto no serviço, para contribuir ainda mais para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde do Brasil.¹⁰

Para a organização de estratégias junto à gestão municipal bem como valorização do papel da Residência Multiprofissional e das diversas profissões na Atenção Básica, devem-se conhecer melhor as atividades desenvolvidas e organizadas, além de dados quantitativos e perfil das ações em um determinado período. Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo descrever as ações da Residência Multiprofissional ofertadas à população no Nível Básico de Atenção e à Equipe de Saúde da Família.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, no qual fontes de dados primários foram utilizadas para quantificação das ações de residentes multiprofissionais de primeiro e segundo ano (início nos anos 2012 e 2013).

A amostra foi constituída por 11 profissionais ingressantes no ano de 2012 (dois farmacêuticos, dois fisioterapeutas, dois fonoaudiólogos, dois nutricionistas, dois psicólogos e um terapeuta ocupacional) e 14 profissionais ingressantes no ano de 2013 (mesmas vagas de 2012, acrescidas de um terapeuta ocupacional e dois odontólogos), totalizando 25 profissionais de sete profissões de saúde.

A partir da confirmação da participação voluntária, o participante recebia, no primeiro dia útil de cada mês, uma planilha elaborada especificamente para esse fim, na qual discriminava todas as atividades por ele desenvolvidas no período daquele mês em que esteve atuando na AB. As atividades desenvolvidas foram assinaladas diariamente por cada residente e entregues no final do mês para análise.

A planilha continha dados como profissão, unidade em que exercia as atividades, mês de coleta, períodos da semana na Atenção Básica e tipos de atividades que desenvolveu ou de que participou, nos seguintes itens: acolhimento; visitas domiciliares; visitas domiciliares com atendimento de nível superior; atendimentos na unidade; planejamento (grupos, campanhas, cartilhas); grupos educativos (como coordenador); grupos educativos (como participante); atividade em sala de espera; campanhas de promoção à saúde (como coordenador); campanhas de promoção à saúde (como colaborador); atividades em casas terapêuticas; atividades em escolas; consultoria psiquiátrica; número de encaminhamentos; reuniões administrativas; Projeto Terapêutico Singular (PTS); discussões de família; educação continuada (como facilitador/ministrante); educação continuada (como ouvinte); eventos científicos; palestras; outras atividades.

O residente era instruído a marcar na planilha suas atividades por período, sendo que cada período correspondia a quatro horas de atividades. Ao final das coletas, as planilhas foram contabilizadas e os dados divididos em duas análises: a soma total de cada atividade que os residentes realizaram e a soma das atividades realizadas por cada categoria profissional.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde da Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 17 de abril de 2013, de acordo com o Parecer CAAE 11801513.0.0000.5414.

RESULTADOS

Foram distribuídas 192 planilhas para preenchimento, no período de maio a dezembro de 2013, totalizando 3394 períodos na Atenção Básica, com uma média de 484,86 períodos por mês para as sete profissões, em que cada residente desenvolveu ações na Atenção Básica por, aproximadamente, 25 horas por semana.

Dessas 192 planilhas, 06 foram excluídas do estudo devido à devolução sem preenchimento, e 186 planilhas foram contabilizadas e analisadas. Houve, portanto, uma adesão efetiva de 96,87% dos residentes convidados.

O número absoluto de realização das atividades relacionadas na planilha de coleta de dados é apresentado na Tabela 1. Com relação às atividades ofertadas e de auxílio para a ESF, chama a atenção o quantitativo, quando somadas as educações continuadas, PTS, discussões de família, acolhimentos, consultorias psiquiátricas e reuniões administrativas, totalizando 2.015 marcações (27,32%). Já os atendimentos na Unidade de Saúde e em visitas domiciliares totalizaram 2.506 (33,98% de todas as atividades de-

envolvidas). As ações coletivas, como grupos educativos, sala de espera, ações em escola e campanhas totalizaram 2.158 marcações (29,26%) e outras ações totalizaram 696 marcações (9,44%).

Outras 62 atividades foram citadas, sendo duas mais frequentes: atendimento da odontologia em outra Unidade de Saúde, considerada como distrital (672 atendimentos), seguida por avaliações dos participantes do grupo de caminhada realizado pela fisioterapia (55 avaliações). As demais atividades citadas pelos residentes foram nas áreas de matriciamento e reunião multiprofissional, reunião com a comunidade e comissão local de saúde, acompanhamento e auxílio nas atividades de rotina da Unidade de Saúde, reuniões sobre questões administrativas da própria residência, eventos e reuniões da Secretaria Municipal de Saúde, eventos locais e nacionais, conferência e pedidos de medicamentos e, por último, ginástica laboral.

Ao longo do período da coleta, os residentes atuaram em 31 diferentes grupos educativos com temas variados, sendo que os 10 mais frequentes e nos quais houve participação de um maior número de residentes de diferentes profissões foram os eixos temáticos de Vivências, Saúde da Criança, Alimentação Saudável, Saúde da Mulher, Diabetes, Caminhadas, Saúde do Adolescente, Cuidadores, Saúde Mental e, em décima colocação, os temas Hipertensão, Dor Crônica e Memória.

Tabela 1 - Atividades desenvolvidas pelos residentes multiprofissionais e número de aparições das mesmas nas planilhas.

Atividades desenvolvidas	Número de aparecimento
Acolhimento	86
Visitas domiciliares	685
Visitas com atendimento	1212
Planejamento	750
Atendimentos na Unidade	1294
Coordenação de grupos	688
Participação em grupos	180
Sala de espera	44
Coordenação de campanha	44
Participação de campanha	35
Atividades em casas terapêuticas	50
Atividades em escolas	88
Consultoria psiquiátrica	116

Encaminhamentos	158
Reunião administrativa	549
Projeto Terapêutico Singular	66
Discussão de família	764
Educação continuada	376
Educação continuada (facilitador)	58
Participação em eventos	73
Participação em palestras	59
TOTAL	7375

Fonte: dados da pesquisa.

Quando analisadas por profissões, as atividades apresentaram perfis diferentes de atuação dos residentes. Com relação à quantidade de atendimentos específicos da área profissional, a farmácia se destacou como aquela que mais realizou visitas domiciliares com atendimento (334). Em contrapartida, foi a que menos realizou atendimentos na unidade (33). Já a odontologia e psicologia apresentaram a maior quantidade de atendimentos individuais dentro da Unidade de Saúde da Família, sendo 363 e 273 atendimentos, respectivamente. Além dos atendimentos, a psicologia foi a profissão que mais participou de eventos (15) e de consultoria psiquiátrica (53). Dessa última, outras profissões também participaram, como a terapia ocupacional, a farmácia, a fisioterapia, a fonoaudiologia e a nutrição. A terapia ocupacional e a fisioterapia foram as profissões que mais planejaram grupos e cartilhas educativas, representando 328 dos 750 planejamentos (43,73%). Essas mesmas profissões tiveram envolvimento significativo também em grupos e campanhas, tendo a terapia ocupacional coordenado 162 grupos e 11 campanhas (representando 23,55% e 25% do total dos residentes, respectivamente), seguida pela fisioterapia, com 151 coordenações de grupos e de 10 campanhas (representando 21,95% e 22,73% do total dos residentes). A fisioterapia foi a profissão que mais participou de grupos, sendo responsável por 37,77% (68) e 28,57% das campanhas (10).

Com relação às reuniões, a farmácia foi a profissão que mais participou das reuniões administrativas (16,39%), PTS (36,36%) e educação continuada como facilitadora (25,86%).

A fonoaudiologia se destacou como sendo a profissão que mais participou de discussões de casos de família (com 120 participações, representando 15,71%) e ações em sala de espera (14 participações, representando 31,82%). Já a nutrição participou de 26 palestras (44,04%) e desenvolveu a maioria das atividades em escola (27 participações,

representando 30,68% do total).

DISCUSSÃO

O estudo se propôs a descrever, de maneira transversal, as atividades desenvolvidas pelos residentes multiprofissionais na Atenção Básica. Pode-se perceber que tais atividades possuem perfil de apoio à ESF, à formação do residente (ensino em serviço) e à população, tanto com ações coletivas como com individuais.

Embora o número de atendimentos específicos das profissões que participaram do estudo seja maior que o de ações coletivas ou de reuniões com a ESF, essas atividades tiveram proporções semelhantes, ocupando um espaço significativo da carga horária dos residentes na Atenção Básica. Esse é um achado interessante de se destacar, pois se sabe que tanto a população quanto as ESF ainda estão em um processo de transição cultural, no qual o modelo biomédico ainda é forte e que, associado à carência de profissionais de saúde na rede pública, comum em alguns municípios, favorece uma maior pressão pelo atendimento profissional específico, individual e especializado de cada um desses profissionais.

No grupo de residentes de ensino em serviço estudado, eles passam por experiências mais amplas e rotineiras da ESF, visto que vários foram vinculados exclusivamente a uma ESF pelos dois anos em que ficaram nessa formação, muitas vezes, portanto, atuando com um perfil de uma equipe ampliada, ao invés de ser uma equipe de apoio à ESF, semelhante ao NASF. Por esse motivo, o número de participações de discussão de família e reuniões encontradas neste estudo talvez seja relativamente maior do que em um NASF de fato. Além disso, ações como acolhimento, participações em agendamento, organização da unidade, fechamento da produção do mês, entre outras atividades próprias da ESF, foram relatadas e encontradas no presente estudo. Essas colaborações são o resultado do processo de implantação do programa de residência estudado, no qual a maior parte dos residentes fica vinculada por dois anos a uma só ESF.

Em relação ao número de ESFs às quais os residentes deveriam atender, vale ressaltar que, de acordo com recomendações da Portaria ministerial,⁵ cada equipe NASF, portanto, grupos multiprofissionais de profissionais de saúde, deveria estar vinculada a de oito a vinte ESFs. Recentemente, pela nova Portaria,¹² podem existir três modalidades de NASF em que o número de equipes vinculadas varia de 5 a 9 para NASF 1, de 3 a 4 para NASF 2 e de 1 a 2 para NASF 3. Nessa última, os profissionais devem somar, no mínimo, 80 horas semanais, nas quais cada ocupação deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máxi-

mo, 40 horas de carga semanal. Na RMS estudada neste trabalho, os residentes se enquadrariam na modalidade 3 que, embora seja muito recente (tanto a inserção da residência como a modalidade), não atua como um NASF propriamente dito.

Igualmente ao NASF, a RMS utiliza-se de ações de discussão de casos, atendimento conjunto (multiprofissional) ou não, interconsultas, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, entre outras atividades.¹³

Com relação aos temas dos grupos educativos realizados, embora tenham sido planejados de acordo com o diagnóstico do território local, pode-se perceber que, na maioria, estão de acordo com as nove áreas estratégicas de atuação do NASF, sendo elas: atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica.⁵ Dessa forma, os grupos realizados sugeriram trabalhos preventivos e de educação para todas as fases da vida e algumas das ações, além de estarem integradas com o trabalho da ESF, utilizaram equipamentos sociais existentes, como escolas, igrejas, ONGs e praças.

Outro fato de destaque sobre os grupos relaciona-se ao número de coordenações e participações da RMS. Os residentes coordenaram quase quatro vezes mais do que atuaram como participantes colaboradores. Levando em consideração a ferramenta do matriciamento, as profissões envolvidas nos grupos poderiam atuar mais como colaboradores frequentes ou eventuais e estimular a coordenação por parte de membros das ESF. Várias são as explicações para esses achados e todas devem passar por análises dos processos de trabalhos das equipes. Sempre que profissionais externos às equipes mínimas estão trabalhando próximos, é importante levar em consideração se há uma dificuldade específica da ESF em aplicar as estratégias de grupo, como espaço físico, disponibilidade de recursos humanos, interesse dos usuários, e buscar um trabalho de parceira, estimulando o gerenciamento a partir do grupo de profissionais permanentes de uma ESF.

Os residentes da odontologia chamaram a atenção pelo número de atendimentos realizados dentro das Unidades de Saúde e esse fato pode ser explicado devido a possuírem um perfil de ação diferente na AB, quando comparado às demais profissões da RMS estudada. Por ser a odontologia uma profissão que faz parte da ESF e não do NASF, eles possuem agenda e participam da rotina da unidade. Além disso, os residentes da odontologia também realizam parte de sua carga horária prática não somente em uma Unidade de Saúde da Família, mas também em uma Unidade Básica Distrital de Saúde.

na da unidade. Além disso, os residentes da odontologia também realizam parte de sua carga horária prática não somente em uma Unidade de Saúde da Família, mas também em uma Unidade Básica Distrital de Saúde.

Ainda com relação ao número de atendimentos, a farmácia apresentou um perfil com grande número de visitas domiciliares, com atendimento e participações em reuniões administrativas e em PTS. Esse talvez seja um perfil próprio da profissão, no contexto do projeto pedagógico desse programa, que visa à atenção a condições crônicas e quer o farmacêutico egresso com um perfil profissional para evitar ou diminuir a automedicação, orientar posologia, organizar os medicamentos junto com os pacientes e cuidadores (o que deve ser realizado de uma maneira mais resolutiva no próprio domicílio do paciente) e incentivar a adesão e o autocuidado.

Já a terapia ocupacional e a fisioterapia se destacaram nas atividades de planejamento, grupos e campanhas, talvez por afinidade entre as áreas, já que são do mesmo Conselho e por um perfil da própria profissão de priorizar ações coletivas na AB.¹⁴ Sabe-se que a terapia ocupacional utiliza a atividade como recurso em diversas modalidades de grupos e ajuda o grupo na manutenção da estrutura, proporcionando modelos e utilizando técnicas e estratégias necessárias.¹⁵ Segundo Portes, Caldas et al.,¹⁴ as atividades em grupo e de promoção à saúde foram citadas em nove dos 16 artigos da revisão, sendo cada vez mais frequentes na fisioterapia atividades coletivas na AB.

A falta de articulação ou de oferta de serviços de nível secundário e terciário na rede, demonstrada em alguns estudos,^{16,17} talvez tenha feito com que o número de atendimentos individuais, como da psicologia, por exemplo, fosse valorizado, para que os pacientes fossem acolhidos, em detrimento de ações coletivas. Por outro lado, destacamos o fato de que, no caso particular deste estudo, as ESF possuem como sede domicílios entre os demais da área de abrangência de suas ações. Se, por um lado, essa estrutura física permite que as ESF possuam salas de atendimento individual, nem sempre essa estrutura de salas está à disposição do residente, já que deve ser suficiente para acomodar salas de avaliação médica, sala para procedimentos de enfermagem, auxiliar administrativo, entre outras.

Outra justificativa para os diferentes perfis de atendimento por área profissional pode estar relacionada ao fato de que, na RMS estudada, cada área de atuação possui sua tutoria específica e, mesmo fazendo parte de uma Comissão, cada tutoria acaba por definir prioridades e perfil profissional específico de egresso, baseada no projeto pedagógico do programa. Uma justificativa para os dados heterogêneos entre as profissões também pode ser um reflexo dessas definições dos tutores de campo

e preceptores, que podem ter maior ou menor familiaridade para orientar o desenvolvimento de determinadas ações ou mesmo para participar em eventos e palestras para consolidar suas próprias formações relacionadas ao nível de Atenção Básica ou à residência multiprofissional. É importante considerar que muitos tutores não tiveram formações profissionais de graduação com experiência na Atenção Básica e o financiamento do Ministério da Saúde, atualmente, não inclui o aprimoramento da formação de tutores e preceptores. Além disso, o próprio perfil e interesse do residente contam para que essa aproximação seja bem-sucedida e para que as oportunidades sejam adequadamente aproveitadas.

Destaca-se, então, a importância da inserção da residência nos serviços como uma estratégia capaz de promover a mudança nas práticas das equipes de saúde, criando novos espaços de planejamento, de clínica, de cuidado, de promoção, de prevenção e de educação em saúde. O compartilhamento de decisões e a construção de processos de cuidado, características notórias e singulares do trabalho dos residentes, têm levado a excelentes resultados tanto sociais quanto epidemiológicos, no sentido de melhoria da qualidade de vida e da promoção da saúde.¹⁸

A avaliação dos processos formativos para os trabalhadores do NASF indica que a Residência Multiprofissional na Saúde da Família é uma das estratégias positivas para a formação de profissionais com perfil para trabalhar com as ferramentas propostas pelo NASF, pela imersão no contexto da prática ao longo do processo de formação.¹⁹

Diante do caráter inovador, dos desafios estabelecidos pela realidade da saúde no país e das expectativas relacionados aos NASF, torna-se imprescindível a realização de mais pesquisas que abordem esse tema e contribuam para ampliar as discussões sobre a concepção, o funcionamento e a avaliação do impacto das ações e das profissões envolvidas na qualidade do cuidado.²⁰

O estudo teve limitações quanto ao perfil diferente das Unidades de Saúde nas quais os residentes desenvolviam suas ações e pela ausência de uma padronização da agenda dessas atividades, não sendo possível quantificar o tempo em cada atividade. Por não possuir o número de casos de pacientes acompanhados por todos os residentes e nem a quantidade total das ações das ESF, não foi possível averiguar, em números, o peso da RSM no serviço como um todo.

CONCLUSÃO

Pode-se verificar, com este trabalho, que são várias as atividades e potencialidades que os profissionais de saúde envolvidos na RMS desenvolvem na AB em benefício

da ESF, da formação do residente (ensino em serviço) e da população, tanto com ações coletivas quanto com individuais. O grande número de atendimentos, visitas domiciliares, grupos educativos, planejamentos e reuniões demonstra a importância desses profissionais e do papel da RMS atuando em conjunto com a AB e a Secretaria Municipal de Saúde. Por ser uma estratégia ainda recente, a demanda por esses profissionais tende a crescer ainda mais, auxiliando na valorização e fortalecimento da RMS para capacitar profissionais mais preparados para atuarem no NASF. Embora a RMS não atue como uma equipe NASF propriamente dita, pode-se concluir que tal RMS contribui para a formação profissional e conscientização tanto das equipes como da população para a importância da atuação desses profissionais na AB.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília – DF: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [Internet]. Brasília (DF): Saúde da Família; c2014 [Cited 2014 Feb. 2]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencao_basica.php#saude_da_familia>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Seção 1, n. 18, p. 47-49.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.111, de 5 de julho de 2005. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 jul. 2005. Sec. 1, n. 129, p. 47.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.143, de 7 de julho de 2005. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 dez. 2005. Sec. 1, n. 231, p. 58.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 nov. 2005. Sec. 1, n. 212, p. 112.
9. Campos G. Saúde pública e saúde coletiva: campo e

núcleo de saberes e práticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(2):219-30.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para Proceder à Auditoria na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

11. Haddad AE. Sobre a residência multiprofissional em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2009 jan./mar.; 13(28):213-37.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 31 dez. 2012. Sec. 1, n. 251, p. 223.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 24 out. 2011. Sec. 1, p. 48.

14. Portes LH, Caldas MAJ, de Paula LT, Freitas MS. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. *Rev APS*. 2011 jan./mar.; 14(1):111-9.

15. Cunha ACF, Santos TF. A utilização do grupo como recurso terapêutico no processo da Terapia Ocupacional com clientes com transtornos psicóticos: apontamentos bibliográficos. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2009 jul./dez.; 17(2):133-46.

16. Bispo Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15:1627-36.

17. Formiga NFB, Ribeiro KSQS. Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2012; 16(2):113-22.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

19. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo Saúde*. 2010; 34(1):92-6.

20. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE, et al. Núcleos de Apoio à Saúde

da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(11):2076-84.

Agradecemos a todos os Residentes Multiprofissionais que, com muito carinho, participaram da pesquisa como voluntários.

Submissão: maio/2014

Aprovação: maio/2015
