

**ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR AO PACIENTE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA:
DESAFIOS DA INTEGRAÇÃO MULTISSETORIAL**

**MULTIDISCIPLINARY MANAGEMENT TO PRIMARY CARE PATIENT:
CHALLENGES OF MULTI-SECTORAL INTEGRATION**

Elizete Alberghini de Oliveira¹; Andressa Ciquene Jaze da Costa¹; Cecilia Armesto²; Paulo Cesar Magaldi Medeiros²; Mariana Donato Pereira².

¹Curso de Graduação em Farmácia. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira (FIVR-UNISEPE). Registro, SP.

²Faculdades Integradas do Vale do Ribeira (FIVR-UNISEPE). Registro, SP.

RESUMO

A atenção primária à saúde é fundamental no atendimento da população, pois representa o primeiro recurso procurado em casos de enfermidade. O restabelecimento da saúde do paciente deve ser o foco principal da equipe multidisciplinar e quaisquer outras questões devem ser deixadas em segundo plano. Embora se culpe fatores externos para o andamento insatisfatório dos trabalhos, muito se perde nas relações interpessoais, movidas por vaidades de saberes e posicionamentos estagnados em funções delimitadas por não sentir valorização pessoal ou financeira. Dentro deste contexto, o presente estudo visa identificar os desafios da integração multissetorial na atenção primária. Para isto, foi realizado levantamento bibliográfico em teses, dissertações e artigos científicos em sua maioria no Catálogo Athena da Universidade Estadual Paulista. Observou-se que não há uma única estratégia para gerenciar de forma efetiva o atendimento na atenção primária devido às particularidades de cada território, como estrutura, recursos financeiros, organização social e conflitos. Geralmente, o caminho a seguir é aquele que melhor representa as aplicações dos recursos e as conduções das equipes para que haja compromisso de cada um em respeitar os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde. E o profissional que adote sua função como desafio será sempre a mola mestra de uma organização de sucesso. A equiparação das funções com mesmo nível de escolaridade e a diminuição da diferença entre níveis diferentes seria economicamente a melhor maneira de reverter

insatisfações. Dando o start, para a reviravolta do auto posicionamento do profissional dentro da equipe.

Palavras-Chave: Atenção Básica. Assistência Integral à Saúde. Saúde Pública.

ABSTRACT

Primary health care is fundamental to the population, since it represents the first resource sought in cases of illness. Restoring patient health should be the main focus of the multidisciplinary team and any other issues should be left in the background. Although external factors are blamed for the unsatisfactory progress of the work, much is lost in interpersonal relations, driven by vanities of knowledge and stagnant positions in functions delimited by not feeling personal or financial appreciation. Within this context, the present study aims to identify the challenges of multisectoral integration in primary care. For this, a bibliographical survey was carried out in theses, dissertations and scientific articles, mostly in the Athena Catalog of the State University of São Paulo. It was observed that there is no single strategy to effectively manage care in primary care due to the particularities of each territory, such as structure, financial resources, social organization and conflicts. Generally, the way forward is the one that best represents the applications of the resources and the conducts of the teams so that there is commitment of each one to respect the doctrinal principles of the Unique System of Health. And the professional that adopts its function as challenge will always be the Of a successful organization. Matching functions with the same level of schooling and narrowing the gap between different levels would be economically the best way to reverse dissatisfaction. Giving the start, for the turnaround of the professional positioning of the professional within the team.

Key words: Primary Health Care. Comprehensive Health Care. Public Health.

INTRODUÇÃO

De acordo com Barbara Starfield (2002), a principal característica da atenção primária à saúde (APS) é: constituir a porta de entrada do serviço — espera-se da APS que seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que com isso seja o primeiro recurso a ser buscado. Dessa forma, a autora fala que a APS é o Primeiro Contato da medicina com o paciente. Nesse contexto se busca a desburocratização e a capilaridade do serviço de saúde, o tornando independente e minimizador do serviço hospitalar e do atendimento em pronto socorro, onde a demanda chega após apresentar quadro de gravidade imediatista. A proximidade do atendimento e o oferecimento de especialistas são determinantes na reversão da política de procurar a atenção em saúde após o quadro de sofrimento estar implantado, muitas vezes restando como alternativa de tratamento a internação e permanência do paciente na instituição de saúde, aumentando os custos e onerando o sistema.

A Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, que abrangem a “promoção, proteção à saúde, a prevenção a agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”, sendo desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – ESF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Cada ESF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

Em estudo sobre os indicadores da Saúde da Família entre os anos de 1998 e 2004, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção à Saúde, afirma que a análise de dados referentes ao número de equipes e estimativa média de cobertura da população, só puderam ser considerados após o ano de 1998, quando foi implantado o Sistema de Informação da Atenção

Básica (SIAB), no qual são inseridos todos os dados sobre composição de equipes, dados populacionais, bem como todas as ações realizadas pelas equipes da Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O caráter territorialmente limitador de cada unidade de saúde desenvolve características próprias para cada ESF, com peculiaridades locais. Neste território as pesquisas exploratórias são muito empregadas, pois ajudam identificar problemas e ao mesmo tempo auxiliam na elaboração de respostas que servem de base para transposição das adversidades. Estas proporcionam visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. Muitas vezes as pesquisas exploratórias constituem a primeira etapa de uma investigação mais ampla (GIL, 2008).

Algumas profissões podem apresentar-se de forma superior a outras dificultando as relações entre os setores da atenção básica e, além disto, há relações hierárquicas de subordinação entre os profissionais. Portanto, as diferenças técnicas transmutam-se em desigualdades sociais entre os agentes de trabalho, e a equipe multiprofissional expressa tanto as diferenças, quanto as desigualdades entre as áreas e, concreta e cotidianamente, entre os agentes sujeitos do trabalho (PEDUZZI, 2001).

Para o melhor atendimento da população na atenção primária se faz fundamental a boa integração entre todos os agentes de saúde envolvidos, neste contexto o estudo visa identificar os desafios da integração multissetorial, verificando a possível subdivisão por grupos dentro dos sistemas de atendimento, as questões de hierarquias e a atitude competitiva das equipes.

MÉTODO

Foi realizado levantamento bibliográfico em teses, dissertações e artigos científicos. Basicamente nos ativemos ao universo do Catálogo Athena, base de dados da Universidade Estadual Paulista (UNESP), instituição que conta com amplo acervo produtivo de grandes estudiosos. Utilizou-se os seguintes descritores: Atenção Básica, Políticas Públicas, Equipe, Humanização, Relação Interpessoal, “equipe de saúde”, “equipe multidisciplinar”, “equipe interdisciplinar” e “administração em saúde”, priorizando resultados compreendidos entre 2010 e 2015, sem no entanto, desprezar idéias balizadoras, já que estas nunca se tornarão datadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ante a leitura dos trabalhos pesquisados para compor esse texto, encontrei um ranço de insatisfação em quase todas as linhas. A má vontade governamental já é nossa conhecida em todos os aspectos, sendo culpada por todo e qualquer trabalho não desempenhado da forma devida no serviço público. Mas sendo em sua maioria esses trabalhos escritos por pessoas que vivenciam o setor da saúde brasileira, muitos advindos de outras épocas, situações e peculiaridades, vê-se a insatisfação com o profissional que opta por uma área tão carente de força de trabalho, interessada em mudança, capacitação e envolvimento e, infelizmente, se perde no limbo da politicagem e gostos pessoais, determinando a morte de projetos com grande predisposição ao êxito.

A concepção do SUS baseia-se na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Neste aspecto foi criada a estratégia de saúde da família para o acompanhamento desse processo de saúde.

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF e o PACS. Tal Portaria pontua os itens necessários à ESF (BRASIL, 2012):

I - Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família - eSF) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal;

II - Número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por eSF, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - Cada eSF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma ESF, exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas ESF e com carga horária total de 40 horas semanais; e

V - Carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF, à exceção dos profissionais médicos. A jornada de 40 horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na ESF, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em Saúde da Família, residência multiprofissional e/ou de Medicina de Família e de Comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial. A nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção. Avançou no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de eSF, houve a inclusão de Equipes de Atenção Básica (EAB) para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e eSF para as Populações Ribeirinhas (BRASIL, 2012).

Segundo Marina Peduzzi, o trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes (PEDUZZI, Marina, 2001).

Uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas, implica no trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras. Coloca em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço/educação permanente em saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Ainda segundo o entendimento de PEDUZZI, temos a proposta da multidisciplinaridade para tentar reverter o excesso de especialização para que estes saberes se tornem complementares.

Muitos profissionais devido a desvalorização de sua função diante do profissional hierarquica ou “socialmente” superior, tendem a buscar um alto nível de conhecimento e especialização em sua área, mas esta vertente acaba indo na contramão do almejado nas equipes, fazendo com que se verticalize os conhecimentos, ao invés da complementaridade das funções, há uma compartimentalização do tratamento, com barreiras impostas ao acesso a informação. Alguns ambientes tendem a instituir intercessores dentro das equipes para que desse modo se busque maior confluência de informações. Segundo a politica nacional de humanização tem sido apontada a necessidade de se alterar a gestão dos processos de organização do trabalho das equipes de saúde da família, superando-se a tradicional organização por profissões, avançando-se na experimentação de trabalho em equipe interdisciplinar (BRASIL/PNH, 2010).

Tal modo de funcionamento ocasiona na equipe diversos conflitos da ordem de núcleos de saber – quem tem mais conhecimento para resolver determinada situação – ao mesmo tempo em que provoca uma desresponsabilização por parte de alguns integrantes da equipe que sentem não poder resolver determinadas situações porque só quem pode decidir sobre o cuidado é o médico. Outros conflitos surgem por razões administrativas, pois a equipe que originalmente deveria gerir-se acaba por demandar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b)

No entanto, configuram-se não somente trabalhos diferentes tecnicamente, mas também desiguais quanto à sua valorização social. (PEDUZZI, M., 2001).

Entender a transdisciplinaridade a partir da lógica de expansão das fronteiras das disciplinas faz com que se persista dentro da lógica disciplinar. Segundo Garcia et al. (2012), enquanto pensamos limites disciplinares como fronteiras teremos a tendência da expansão e da defesa desses limites. Propõe que o limite disciplinar não deveria ser visto como fronteira, mas poderia ser visto como “limite-limitação, no sentido de insuficiência e impossibilidade. É a partir daí que se pode pensar em uma atitude transdisciplinar e em uma busca pelo diálogo” (GARCIA et al., 2012, p.40).

A gestão administrativa das unidades está constantemente sendo colocada a prova, pois o perfil estabelecido em outro aspecto de averiguação do sistema de saúde aponta que os gestores normalmente são indicados para esses cargos, fazendo com que seja limitados em sua atuação, já

que cada gestão dura em média 4 anos, assim como a do mandatário que lhe atribuiu o cargo, e, esses gestores de uma situação de desconhecimento da função administrativa, por serem em sua maioria originários dos serviços de saúde. Os gestores municipais devem enfrentar o desafio de mudar não somente os processos de trabalho centrados no médico e na medicalização, mas também a forma como se faz a gestão do sistema e dos serviços de saúde. (GAROZI, 2014).

A produção de conhecimento visa à implementação de práticas que atendam às demandas de saúde provenientes dos sujeitos do sofrimento. (GARCIA, A.S., 2013)

Cada novo ente na equipe deve ser acolhido com entusiasmo, já que na visão ideal ele chega para somar, agregando seu conhecimento técnico e empírico. A ESF incorporou, desde o princípio, a ideia de uma equipe multiprofissional que envolve médico generalista, enfermeiro generalista, técnicos de enfermagem, agente comunitário de saúde, equipe de saúde bucal e, eventualmente, outros profissionais de saúde. A introdução do agente comunitário é um enorme diferencial do modelo de ‘PSF’ porque cria um relacionamento íntimo entre as equipes e as famílias (OPAS, 2011).

A educação permanente em saúde, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos serviços de saúde, colocaria o SUS como um interlocutor nato das instituições formadoras, na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional, e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004)

Dalla Vecchia, utiliza em seu trabalho uma narrativa que ele intitula como o caso de Nara, onde ele problematiza o desenvolvimento de projetos a longo prazo, neste caso ele nos apresenta uma profissional interessada e proativa, que embora conte com pessoas participativas em sua equipe vê seus projetos que envolvem a grupalidade esvaziar e extinguir. Os vários compromissos assumidos pelos profissionais da saúde que muitas vezes ocupam mais de um posto de trabalho, a ingerência e a perda do interesse por parte dos usuários do sistema causaram o naufrágio do projeto. Ele aponta um caminho para que a equipe tenha mais receptividade por parte da comunidade.

O investimento da equipe no desenvolvimento de sua grupalidade nos remete à possibilidade de que, de fato, a equipe seja reconhecida como a porta de entrada da APS. Nesse sentido, trabalhar enquanto equipe é fundamental, por exemplo,

para que as práticas de acolhimento tenham como referência a própria equipe e não o atendimento médico. Isso coloca em outro patamar a possibilidade de se problematizar, não sem o discernimento das contradições e obstáculos concretos, a necessidade histórica de uma “gerência epidemiológica” da clínica.(DALLA VECHIA, 2011 p.217)

A multidisciplinaridade é o encontro das diversas áreas do conhecimento em torno de um determinado problema ou situação. (PEDROSA, 2014). Ainda seguindo o pensamento de Pedrosa seguimos a ideia de que: A equipe multiprofissional, além de ajudar a pessoa idosa, contribui também com os demais profissionais, apontando novas possibilidades de uma intervenção que seja capaz de ir além dos prontuários e da não exposição da pessoa. Nesse trabalho ele apresenta uma equipe vencedora, onde as fraquezas se tornam elos, onde ao confessar uma falha de atuação os outros membros da equipe se voltam em auxílio a este membro ao invés de usar isso como elemento desabonador.

No estudo feito por Pedrosa a respeito da atuação da equipe multidisciplinar no atendimento da população idosa do centro de saúde, ele constatou que a equipe não tinha conhecimento sobre a política proposta pela OMS, mesmo este sendo o Campo de atuação dela não houve treinamento ou esclarecimentos focados na população idosa.

A comunicação é a base fundamental das relações interpessoais, inclusive na área da saúde, onde lidamos com pessoas da nossa equipe de trabalho ou os pacientes que necessitam dos nossos cuidados. Ao estabelecer uma boa comunicação com o outro, contribuimos para a diminuição de conflitos e mal-entendidos, tornando as relações mais harmônicas e alcançando nossos objetivos com mais eficiência e satisfação. (EVANGELISTA, 2013)

O relacionamento interpessoal da equipe é determinante para a troca de saberes que a multidisciplinaridade evoca, sem comunicação efetiva e de qualidade não há construção positiva do grupo.

Para que ocorra o trabalho em equipe, há necessidade de interação e interdependência entre os membros da equipe de forma que, a partir do trabalho, com a influência da comunicação, resulte um projeto comum. Para isto, há necessidade de conhecer o trabalho do outro,

complementando suas ações a partir de trabalhos diferentes, mas não desiguais, com ênfase na flexibilidade da divisão de trabalho, buscando uma ação integral em saúde. (WRIGHT, 2009)

O crescimento exponencial do conhecimento criou novas necessidades no mundo do trabalho. Na Antiguidade, sábios eram, ao mesmo tempo, filósofos, matemáticos, astrônomos, engenheiros, artistas, escritores etc. Na área da saúde, até a primeira metade do século passado, cerca de quatro profissionais formalmente habilitados dominavam todo o conhecimento e exerciam todas as ações do setor. Nos tempos atuais, é totalmente impossível que apenas alguns profissionais exerçam, com toda eficiência necessária, o conjunto amplo e complexo das ações de saúde. (VELOSO, 2009).

CONCLUSÃO

O tratamento pode ser mais efetivo quando acompanhado por várias áreas e conseqüentemente diferentes visões da cura e principalmente do quanto a qualidade de vida do profissional pode ser melhorada, quando ele assimila melhor as condições de trabalho impostas e gerencia sua atuação dentro da equipe visando menor desgaste e maior entrosamento quando redimensiona suas questões pessoais. Cada profissional tem dentro da sua área de conhecimento seu espaço de atuação, mas, a percepção do trabalho do outro e a integração dessas experiências são a razão da ESF existir.

- A saúde a serviço da população
- Enfermagem → acompanhamento efetivo da vacinação de grupos vulneráveis, pré consulta e triagens, serviços de controle de natalidade como grupos de aconselhamento, ações válidas para grupos de prevenção de doenças também
- Serviço social → medicação continuada em doenças de risco (HIV, tuberculose, hanseníase-dificuldade de continuidade no tratamento após desaparecimento dos sintomas.
- higiene do ambiente domiciliar e do paciente
- Nutricionista → alimentação adequada como ponto de sucesso no tratamento
- acompanhamento de suplementação após estabilização do paciente para manter o nível de nutrição em dietas restritivas
- Farmacêutico → interação medicamentosa, aconselhamento quanto a integração (várias especialidades – medicações concomitantes ou quando um fármaco anula o efeito do outro)

- emprego da medicação correta, continuidade do tratamento e não aproveitamento das sobras de medicações ao término de tratamentos de curto prazo

-Médico → agente integrador- prognóstico acompanhado- maior taxa de homeostase através da multidisciplinaridade

Nesse modelo também podemos ter o médico como figura central de ação, mas não como único detentor do saber e sim como um elo agregador dos saberes. Sendo a saúde um estado que vai muito além da alopatia, o fracionamento do trabalho (ênfase dentro de cada especialidade) x continuidade da ação em saúde tem muito a ganhar com a utilização do prontuário onde conste todas as informações do usuário do sistema de saúde e haja o respeito pelo saber do outro, a priorização pela manutenção da estratégia adotada pelo profissional em detrimento de um novo posicionamento que não daria continuidade a ação já existente.

Os indivíduos envolvidos no processo de multidisciplinaridade tendem a encontrar uma dificuldade de se inter-relacionar, por medo de sentir invasivo, ou ainda no processo de busca da opinião e conhecimento de um colega parecer ser um sanguessuga de conhecimento, o medo de ser estigmatizado por buscar o conhecimento do outro sob pena de parecer ele mesmo, um profissional deficitário, inibe a aproximação da equipe fazendo com que os profissionais mais receptivos se retraiam, quando na verdade a multidisciplinaridade visa exatamente esse acesso ao saber do outro, essa complementação das verdades de cada profissional. O perfil dos profissionais da saúde traçados em vários trabalhos coloca uma média de idade entre 30 e 45 anos para uma importante parcela desses profissionais. Esse dado enfatiza o desgaste do setor com seu material humano, os profissionais não envelhecem exercendo suas profissões, apenas uma pequena parcela continua atuando, isso se deve ao fato de que em sua maioria, os profissionais não conseguem, se manter ativos devido ao desgaste físico e emocional a que se submeteu durante sua atuação profissional.

A competitividade visando cargos de chefia, também é apontado como um fator desagregante do ambiente, onde todos estão visando uma melhor colocação, diminui a empatia e aumenta as distâncias entre os profissionais.

O segredo para que esse ambiente se torne fértil na implantação de um sistema de saúde eficiente está basicamente na diminuição dos degraus salariais, é extremamente difícil ter um profissional que agrega o ganho equivalente a vários salários de cada um dos trabalhadores envolvidos na equipe, enquanto o restante dela não vê seu conhecimento valorizado após anos de

dedicação ao conhecimento e praticando uma carga horária de trabalho muito maior. A equiparação do saber, para que ele seja complementar tem que ser feita em todas as esferas. Profissionais que possam se dedicar e se envolver com a comunidade, que vão além das consultas e acompanhamentos, se disponibilizam para grupos de aconselhamento, campanhas preventivas, não como função obrigatória, mas como produtor da saúde da comunidade em que atua, onde se sente valorizado e prestigiado.

Esse profissional motivado e bem preparado que consegue acessar as informações do prontuário do próximo paciente, que busca elucidar dúvidas que muitas vezes vem dos bancos acadêmicos e em outra tantas, vem das tarefas desempenhadas do dia a dia, da convivência anterior, do profissional participativo que pode não ter o mesmo nível de conhecimento, mas tem saberes que podem e devem ser aproveitados, sem menosprezo. Certamente essa equipe transmitirá mais confiança ao usuário do sistema de saúde, ao colocar os saberes em prática conjuntamente, aprendendo e trocando diariamente, descentralizando as obrigações.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488/GM de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011c.

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: out. 2012.

Campos GW. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalhos em equipes de saúde**. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para um público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2003a. 248p.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A. **Metodologia dialética em saúde mental**. Assis, 2007. Mimeografado.

DALLA VECCHIA, MARCELO. **Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: o processo grupal como unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo**. - Botucatu, 2011.

EVANGELISTA, V. C. **Percepção da equipe multiprofissional sobre o cuidado humanizado nas unidades de terapia intensiva de um hospital escola** / Viviane Canhizares Evangelista. – Botucatu : [s.n.], 2013

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. **Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família**. Rev. Esc. Enferm. USP, v. 38, n. 2, p. 143-151, 2004.

GARCIA, A.S; ANDRADE, M.C; MENEZES, M. P. **Um Ensaio de Transdisciplinaridade entre a loucura, o trabalho e a saúde**. Revista de Psicologia da UNESP, Assis, v. 12, n. 2, 2012.

GARCIA, A. S. **Atenção primária e atenção psicossocial: Dispositivo Intercessor como operador da produção de conhecimento na Saúde Coletiva**. 2013. 133 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2013.

GAROZI, D. E. **Perfil do gestor municipal da saúde e a percepção da Estratégia Saúde da Família – DRS IX – Marília-SP** / Denise Elaine Garozi. - Botucatu, 2014

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social** / Antonio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

MAFRA, F. **O impacto da Atenção Básica em Saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil.** Brasília, 2010. 129 f.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** 3ª. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. URSS, 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** Brasília, 2011. 113 p.

PACHECO, E. A. C.. **Uberaba: espaço urbano no contexto brasileiro.** 2011. Revista Triângulo: Ensino Pesquisa Extensão. Uberaba – MG, n. especial dez. p. 89-99. Disponível em: <<http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/revistatriangulo/article/view/165>>

PEDROSA, W.C. **Envelhecimento ativo: um desafio para a equipe multidisciplinar e para as pessoas idosas frequentadoras da Unidade de Atenção ao Idoso (UAI), no município de Uberaba-MG – Franca,** 2014

PEDUZZI M, **Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia.** Rev. Saúde Públ. 2001; 35(1):103-9.

PEREIRA MD. **Desenvolvimento de sistema informatizado para gestão de demandas judiciais na saúde** [dissertação]. Sorocaba: Universidade de Sorocaba; 2014. 117 p.

POLIGNANO MV. **História das Políticas de Saúde no Brasil.** 2001 [acesso 2011 Mar 21]. Disponível em: http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf.

Qualificação de Gestores do SUS - **Organização da atenção** - Victor Grabois, Carlos Eduardo Aguilera Campos e ElseBartholdyGribel são autores do texto “Atenção primária como eixo estruturante da atenção à saúde”, que integra o Capítulo 4 deste livro. http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_22906927.pdf

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

VELOSO, C. **Equipe multiprofissional de saúde.** Disponível em: http://www.confef.org.br/revistasWeb/n17/09_EQUIPE_MULTIPROFISSIONAL_DE_SAUDE.pdf

WRIGHT LM, Leahey M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 4a Ed. São Paulo: Roca; 2009.