

Artigo

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ABORDANDO A RELEVÂNCIA DO
TRABALHO MULTIDISCIPLINAR**

**FAMILY HEALTH STRATEGY: ADDRESSING THE RELEVANCE OF
MULTIDISCIPLINARY WORK**

Mayane Gabriele Borges Salzani¹
Surellyson Oliveira Pereira da Silva²
Ana Karla Bezerra da Silva Lima³
Ana Patricia de Barros Araújo⁴
João Cristovão de Melo Neto⁵
Carlos Bezerra de Lima⁶

RESUMO – O Sistema Único de Saúde vem ao longo dos anos aperfeiçoando ações com o intuito de tornar universal o atendimento ao usuário por meio de práticas resolutivas em equipes multiprofissionais. A Estratégia Saúde da Família surgiu com esse propósito, visando uma assistência voltada para promoção, defesa e reabilitação da saúde, com envolvimento da população usuária. Assim, este artigo objetivou: abordar sobre a relevância do trabalho multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de um estudo de revisão de literatura com abordagem descritiva, realizado entre os meses de fevereiro e março do corrente ano. O material selecionado para análise foi coletado em plataformas virtuais, manuais da saúde da família e livros. Os resultados mostram a importância do trabalho da equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família,

¹ Bacharel em Enfermagem com Residência em Enfermagem em Clínica Cirúrgica;

² Bacharel em Enfermagem. Especialista em Nefrologia;

³ Bacharel em Enfermagem. Especialista em Língua Brasileira de Sinais. Mestranda em Saúde Coletiva;

⁴ Nutricionista. Mestre em Ciências da Educação com ênfase em Saúde. agraciada29@gmail.com;

⁵ Graduado em Enfermagem. Mestre em Ciência da Educação com ênfase em Saúde. cristtoo@hotmail.com;

⁶ Bacharel em Enfermagem. Especialista em Metodologia do Ensino e da Assistência. Mestre em Enfermagem. Doutor em Enfermagem, área de concentração Enfermagem no contexto Social Brasileiro.



Artigo

pois os profissionais se encontram mais próximos dos possíveis problemas de saúde da comunidade. Esperamos que este estudo venha despertar discussões e reflexões sobre a interdisciplinaridade e a importância de fornecer condições adequadas para um eficaz trabalho dos profissionais da atenção básica.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família; Multiprofissionais; Saúde.

ABSTRACT - The Unified Health System has over the years perfecting actions in order to make universal service to the user through resolute practices in multiprofessional teams. The Family Health Strategy emerged for this purpose, aiming at assistance aimed at the promotion, defense and rehabilitation of health, with the involvement of the user population. Thus, this article aimed to: address the relevance of multiprofessional work in the Family Health Strategy. This is a literature review study with a descriptive approach, carried out between the months of February and March of this year. The material selected for analysis was collected on virtual platforms, family health manuals and books. The results show the importance of the work of the multidisciplinary team of the Family Health Strategy, as the professionals are closer to the possible health problems of the community. We hope that this study will arouse discussions and reflections on interdisciplinarity and the importance of providing adequate conditions for an effective work by primary care professionals.

Keywords: Family Health Strategy; Multiprofessionals; Health.

INTRODUÇÃO

O contexto social brasileiro das décadas de 1970 e 1980 foi marcado por movimentos sociais reivindicatórios por reforma sanitária. Especificamente, esses movimentos visavam: Substituir o modelo tradicional então vigente, marcadamente curativo, focado na doença, que cuidava do paciente; Contribuir para instituir um novo modelo de assistência, focado na saúde do ser humano e não na doença; Um sistema que cuide da promoção da saúde e da prevenção de doenças e outros agravos à saúde.



ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ABORDANDO A RELEVÂNCIA DO TRABALHO
MULTIDISCIPLINAR

DOI: [10.29327/213319.20.2-5](https://doi.org/10.29327/213319.20.2-5)

Páginas 81 a 93

Artigo

Sob o impulso das reivindicações dos movimentos sociais por reforma sanitária, em 1986 as lideranças brasileiras conseguem realizar a VIII Conferência Nacional de Saúde. Os relatórios dessa conferência apresentam um novo conceito de saúde, concebendo-a como a resultante das condições de vida, propondo a organização da atenção básica de acordo com esse conceito. Mais especificamente:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (LIMA, 2005, p.108).

Considerando as reivindicações por reforma sanitária, visando o impacto do novo sistema na sociedade e a resolutividade nos serviços de saúde, o Brasil consegue instituir o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1980 regulamentado na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90. Esta lei afirma em seu artigo 2º que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Em seu artigo 3º, define o novo sistema como “um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, bem como, por entidades a ele vinculadas e reconhecidas como um direito conquistado pela população brasileira” (LIMA, 2005, p.107).

Os serviços públicos de saúde no Brasil tomaram um novo rumo a partir da Constituição Federal em vigor que no artigo 196 elege a saúde como direito de todos e dever do Estado; um dever que precisa ser garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e outros agravos, que garantam o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Conforme está determinado no artigo 198 da Carta Magna, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: Descentralização, com direção única em cada esfera de governo: Federal, Estadual e Municipal; Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, em todos os níveis de complexidade; Participação da comunidade.



Artigo

Além das diretrizes, a estruturação do Sistema Único de Saúde foi realizada observando os seguintes princípios fundamentais: Construção coletiva, vinculação com a população, municipalização/territorialização, universalidade de acesso, equidade no atendimento, descentralização das ações, garantia de integralidade na atenção, trabalho em equipe, contato direto com o usuário, coordenação, foco na família, orientação comunitária, delimitação de clientela, equipe multiprofissional, trabalho interdisciplinar, dedicação integral dos profissionais (LIMA, 2005). Em outros termos, o novo sistema de saúde foi instituído visando a intensificar ações com a finalidade de universalizar o atendimento através de práticas assistenciais focadas na saúde da população, com o suporte das equipes multiprofissionais. (BRASIL, 1988).

Sob essa perspectiva surge o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em junho de 1991, visando contribuir para uma melhor qualidade de vida, investindo maciçamente na educação em saúde. Mais precisamente, o PACS combate de maneira objetiva e direta os problemas cruciais da saúde materno-infantil, sendo que o agente comunitário de saúde (ACS) atua como elo entre as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para a melhoria das condições de vida da população.

Nessa mesma perspectiva, em 1994 foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família (PSF) em resposta a demandas municipais para organização da rede básica de saúde que possibilitasse, especialmente, à incorporação de outros profissionais de saúde ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ressalte-se que, o PSF não apresentava propostas alinhadas com modelos de atenção primária seletiva, deixando a desejar quanto às atividades do serviço de saúde. Na tentativa de encontrar solução para tal problema, buscou-se delinear uma estratégia que possibilitasse a integração e promovesse a organização das atividades em território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados, dessa maneira surge a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (PASSINHO, 2016).

A Estratégia Saúde da Família propõe um novo modo de atuar em saúde, com visão tanto para o individual como para o coletivo, propõe uma assistência direcionada para a promoção, defesa e recuperação da saúde, para a prevenção de doenças e agravos à saúde e reabilitação da pessoa doente, no comprometimento de gerar participação popular no planejamento e realização das ações em saúde. Essa nova organização da



Artigo

assistência necessita de profissionais com visão de integralidade, para trabalho em equipe, desenvolvendo ações individualmente e em âmbito coletivo (MADEIRA, 2009).

Convém salientar que o trabalho em equipes multiprofissionais tornou-se um dos principais instrumentos de intervenção na Estratégia Saúde da Família (ESF), pois as ações se estruturam a partir dessas equipes. O trabalho das equipes multiprofissionais também é considerado um recurso importante para atingir um dos aspectos da integralidade nas práticas em saúde, que é a concepção da integralidade, que além de contribuir na organização do trabalho nos serviços, busca uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida (MATTOS, 2001).

A partir do comprometimento dos profissionais que passam a trabalhar em equipe, configura-se em um processo de trabalho coletivo como destacam Almeida e Mishima (2001, p. 54):

Compreendemos que a Saúde da Família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe. Este é um dos grandes desafios que se coloca para as equipes de saúde que vêm se inserindo na Saúde da Família. Se esta integração não ocorrer, corremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos.

Oportuno se faz ressaltar que, o foco da Estratégia Saúde da Família é a assistência à família, conseqüentemente a equipe deve convergir nesse sentido. Para isso, é preciso conhecer a realidade de cada indivíduo pertencente à comunidade de abrangência e com base nos dados colhidos, os profissionais devem utilizar-se dos conhecimentos que detêm, para unidos, pensar e por em prática a assistência necessária. Nesse contexto, a questão norteadora é qual a importância do trabalho multidisciplinar? Assim, o objetivo deste estudo foi abordar sobre a relevância do trabalho multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família.



Artigo

METODOLOGIA

Procurando responder à questão norteadora e evidenciar a relevância do trabalho multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família, bem como para sistematizar o processo de desenvolvimento do presente estudo. Optou-se pela pesquisa bibliográfica. A decisão por este tipo de pesquisa deu-se porque possibilita a sistematização, contribuindo para a organização do estudo em partes específicas, procurando estabelecer uma ordem lógica em seu desenvolvimento, cujo texto seja elaborado e apresentado sob o rigor científico. Isso leva a promover economia de tempo e de material na realização da pesquisa.

Foram feitas revisões na literatura em busca de material já publicado, durante os meses de fevereiro e março do corrente ano, acessando as plataformas virtuais de pesquisa científica como Scientific Electronic Library Online (SCIELO); Google Acadêmico; Manuais da Saúde da Família e livros sobre o tema. O material selecionado passou por leituras sucessivas, analisado e discutido de forma descritiva e explicativa. Os resultados do estudo permitiram evidenciar a importância da equipe multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Com fundamentos na literatura revisada neste estudo, convém salientar o novo conceito de saúde como resultante das condições de vida. Entre outros determinantes de tais condições estão: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais, como afirma Lima (2005, p,108). Observe-se que no atual contexto social brasileiro, esses fatores ao invés de contribuir, de certa forma, comprometem a saúde da população pois, além da inadequação, muitos não dispõem da alimentação básica, como reflexo do desemprego e déficit de renda e moradia. Oportuno se faz questionar: como fica a alimentação dos que vivem sob as pontes, calçadas nas ruas? Como fica a situação da saúde de dependentes de drogas ilícitas e tantos outros malefícios?

O Programa de Saúde da Família (PSF) surge como proposta para efetivação dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e consolidação da atenção básica. Deu-se subsidiado pelas experiências mundiais e as realizadas nos sistemas locais



Artigo

de saúde SILOS, em várias regiões do Brasil. Trata-se de uma estratégia de reorganização da atenção primária bem planejada, que se deu em duas etapas: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF).

O Programa de Agente Comunitário de Saúde foi institucionalizado no Brasil em 1991, cujo processo de implantação ocorreu fundamentalmente nas regiões brasileiras: Norte, Nordeste e Centro oeste. O Programa Saúde da Família surge em 1994, cujo instrumento disciplinador foi a portaria nº 1887/1997 do Ministério da Saúde. Dá-se resgatando a experiência dos sistemas locais de saúde (SILOS), que se configuravam como distritos sanitários, com fulcro na Lei Orgânica da Saúde - Lei 80.80/ 1990. Contraditoriamente, não houve a definição e implantação de políticas sociais e econômicas que garantisse reverter o quadro de pobreza absoluta, deduzir os riscos de doença e agravos à saúde da população. Isso comprometeu o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

O Programa Saúde da Família foi composto inicialmente por uma equipe multidisciplinar, de função interdisciplinar, formado por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde para uma população alvo de 600 a 1000 famílias. Os demais profissionais de saúde ficaram de fora, sendo que na prática, foi sendo evidenciada a necessidade da inclusão desses profissionais. Na verdade, apenas médicos e enfermeiros não dariam conta da implementação de uma proposta de serviço de saúde com resolutividade e eficácia.

Tinha como finalidades: Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, imprimindo uma nova dinâmica de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços e a população; Prestar assistência integral e contínua, com resolutividade na Unidade Básica de Saúde (UBS) e em domicílios; Intervir sobre fatores de riscos, aos quais a população está exposta, elegendo a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem na assistência à saúde; contribuir para a democratização do conhecimento inerente ao processo saúde/doença e organização dos serviços de saúde, como um direito de cidadania. Porém, não houve e nem está havendo efetiva interdisciplinaridade nas ações e serviços de saúde, com práticas diversificadas de salários e reconhecimento social dos profissionais de saúde.

Contudo, tanto estrutural como intencional, o PSF foi institucionalizado como proposta audaciosa e de excelente expectativa quanto aos resultados dos cuidados com a saúde da população. No entanto, grandes eram os desafios que se colocavam: Como os profissionais de saúde iriam promover a equidade no atendimento, em meio à expressiva



Artigo

e crescente desigualdade social, sem contar com políticas públicas direcionadas a corrigir tais diferenças?

Além dessa desigualdade, não havia disponibilidade de recursos à altura para contratação de profissionais, nem para a aquisição de equipamento e material/medicamentos em quantidade adequada à proposta. Nessa realidade, como seria possível garantir a efetivação do princípio da universalidade de acesso no contexto social brasileiro de então e no da atualidade? Outro grande desafio era, na ausência de políticas econômicas e sociais que promovesse esforço ampliado, de todos os setores da sociedade e do Estado nas três esferas, com vistas a reduzir desigualdades regionais e ampliar a oferta de ações de saúde aos grupos populacionais mais vulneráveis.

O enfrentamento desses e outros desafios não permitiu afirmar que o PSF foi um sucesso absoluto no Sistema Único de Saúde, sua contribuição é inegável, porém não contemplava a proposta estrutural, principalmente, quanto aos princípios fundamentais e sua finalidade.

Em 2003, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) apresentou como consenso de suas discussões o fortalecimento da Atenção Primária, entendendo – a como a principal porta de entrada da rede de serviços integrados e como eixo fundamental para a mudança no modelo assistencial. O consenso do CONASS defende a responsabilidade pela organização e operacionalização da Atenção Primária como inerente ao gestor municipal, mas entende como sendo da esfera estadual as macro funções de formulação da política, de planejamento, de cooperação técnica e de avaliação, no âmbito do território regional e estadual. No referido consenso ressalta-se que a atenção primária deva ser qualificada também no sentido de prover cuidados contínuos para pessoas com patologia crônica e portadoras de necessidades especiais. Os Secretários consideram que a Saúde da Família deve ser a principal estratégia organizativa da Atenção Primária no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Tais contribuições promoveram reflexões e a tomada de decisão – após a experiência do PSF foi possível considerar que se tratava de uma estratégia - Estratégia Saúde da Família (ESF), pois busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco e outras substâncias prejudiciais. Como proposta de atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como uma porta de entrada para os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).



Artigo

Definindo a ESF como a principal estratégia organizativa da Atenção Primária à Saúde no SUS, significa dizer que é uma prática integral na atenção às necessidades em saúde dos indivíduos e na corresponsabilidade pela saúde da população no seu território. Busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de drogas ilícitas e de tabaco, dentre outros. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

A proximidade da equipe de saúde com o usuário permite que se conheça a pessoa, a família e a vizinhança. Isso garante uma maior adesão do usuário aos tratamentos e intervenções propostas pela equipe de saúde, e o resultado é mais problemas de saúde resolvidos na atenção básica, sem a necessidade de intervenção de média e alta complexidade em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) ou hospital (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A Estratégia Saúde da Família incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2000) e se estrutura a partir da Unidade Saúde da Família (USF), conforme contextualizado a seguir (BRASIL, 2006):

- **Caráter substitutivo:** Onde a Saúde da Família deve se organizar de forma diferenciada à dos ambulatorios focados nas especialidades médicas básicas e, sobretudo, a ações simplesmente de “cura”. O caráter substitutivo surgiu com o propósito de fazer mudanças na forma de fazer a atenção básica em saúde, incluindo não só o ESF, mas também dos gestores e usuários do SUS.
- **Territorialização:** Não deve apenas se entender como uma socialização do espaço geográfico. A territorialização que emana dos documentos do SUS está baseada também em aspectos gerenciais e técnicos. “(...) de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.” (BRASIL, 2004).
- **Planejamento e programação:** Fundamenta-se pelo reconhecimento da situação das famílias e comunidades colhidas pela equipe de profissionais de atuação de cada território. Mediante esse diagnóstico é possível obter resultados positivos seguindo o planejamento e a programação de atividades organizadas pela equipe de profissionais.



Artigo

- **Intersetorialidade:** É a busca por parcerias com instituições e organizações sociais, dentro ou fora da área de alcance de cada território, criando possíveis contribuições para a produção de saúde e melhoria da qualidade de vida da comunidade.
- **Espaço de construção de cidadania:** Remete ao território da Equipe de Saúde da Família como o espaço para confirmação a cidadania, objetivando que neste ambiente os direitos individuais e coletivos da comunidade sob os cuidados da Saúde da Família sejam realizados.

Assim, a atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais está exposta a comunidade; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2006).

Na verdade, os fatores de risco são inúmeros e efetivamente presentes em meio à população adstrita, sendo que as equipes da atenção básica não dispõem de condições para atuar efetivamente no combate a tais fatores, além disso, o sistema vigente não tem suporte para garantir a assistência integral à população usuária.

Cada equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – ESF) é 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. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Não só podem como necessariamente devem ser inseridos todos os profissionais de saúde; cada um com sua parcela de contribuição, para um trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Ainda segundo o Ministério, cada equipe de Saúde da Família (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



Artigo

território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, o que não vem ocorrendo na prática.

Esses profissionais devem ser devidamente selecionados e capacitados para cumprirem uma jornada de trabalho de oito horas diárias, de segunda à sexta-feira. As equipes de saúde são responsáveis pela cobertura de uma área geográfica (territorialização), onde habitam 600-1000 famílias por equipe, e até 250 famílias para cada ACS na zona urbana e 100-150 na zona rural aproximadamente, com critério flexível de acordo com as características locais, oferecendo assistência integral à população adstrita com apoio dos médicos e especialistas que pertençam ao hospital da cidade. A promoção de saúde se sustenta na integração (intersetorialidade) e na participação comunitária. Portanto, a equipe de saúde deve realizar gestão participativa para obter apoio de todos os setores da comunidade para o melhoramento das condições de vida (DOMINGUEZ, 1998).

A ESF presume que os diversos especialistas sejam entendedores de variados temas para laborar com a complexidade do ser humano, pertencente, tanto ao contexto pessoal, familiar, social, cultural, demográfico e epidemiológico. Isso tudo, pede dos profissionais uma atuação diferenciada, guiado pelo respeito, pela ética e no compromisso com a comunidade pelas quais são responsáveis, por meio do vínculo de confiança e afeto, operando de forma participativa na construção de meios saudáveis no ambiente familiar. Isso demanda capacitação e qualificação para o trabalho interdisciplinar, resolutivo e integral.

CONCLUSÃO

Desse modo, a presente revisão mostra a relevância das atividades que a equipe interdisciplinar em saúde exerce na atenção básica, tendo como modelo a assistência na Estratégia de Saúde da Família, proporcionando com isso uma melhor contribuição para que os objetivos do SUS possam ser alcançados de forma a proporcionar uma melhor qualidade de saúde para a população.

Na busca pela melhor forma de interação da equipe multiprofissional com a sociedade, novas formas de mobilização do coletivo devem acontecer para que as práticas dos distintos profissionais promovam uma maior integração, cujos resultados venham contribuir para a saúde e qualidade de vida da população.



Artigo

Dessa forma, os profissionais das equipes de saúde da família buscam constantemente inovar no modo de se fazer o trabalho assistencial em saúde, justamente para transformar as relações entre trabalhadores e usuários, estabelecendo vínculos e acolhimento eficaz. Isso, necessariamente, em apoio e anuência dos gestores públicos.

Releva-se aí o trabalho multiprofissional na estratégia de saúde da família sob o prisma do modelo de assistência à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e das modificações do processo de trabalho em equipe na atenção básica, em articulação com políticas sociais e econômicas, para que a saúde da população possa acontecer a contento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface*, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 50 – 53, 2001.

BRASIL. Constituição Federal, 1988.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Estratégia Saúde da Família*. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em: 04 Set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde da Família*. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/pngc/contatos/772-acoes-e-programas/saude-da-familia/41285-saude-da-familia>> Acesso em: 05 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Da Regionalização*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html> Acesso em: 12 de Set. 2018.



Artigo

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 10 de Set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Secretaria Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. 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 à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

LIMA, Carlos Bezerra de. Programa Saúde da Família (PSF) In: **Enfermagem Atual** em Cursos, Petrópolis – RJ: EPUB, 2005, p. 105-133.

MADEIRA, K.H. Práticas do trabalho interdisciplinar na Saúde da Família: um estudo de caso [dissertação]. Itajaí (SC): Universidade do Vale do Itajaí; 2009.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO; 2001. p. 39-64.

PASSINHO, R.S. 1.000 Questões comentadas de provas e concursos em enfermagem. 1. ed. Salvador: Editora Sanar, 2016. v. 1. 988p.

VERGARA, S. C. Projetos e Relatórios de pesquisa em Administração. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2007. 96p.

