

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA
EM GESTÃO E ATENÇÃO DE SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ATENÇÃO BÁSICA/ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA

Camile Dalla Corte de Araujo

**ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL: PERCEÇÃO DE
RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA**

Santa Maria, RS
2017

Camile Dalla Corte de Araujo

**ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL: PERCEPÇÃO DE RESIDENTES
MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA**

Artigo submetido ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção de Sistema Público de Saúde.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Regina Real Lima Garcia

Santa Maria, RS

2017

Camile Dalla Corte de Araujo

**ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL: PERCEÇÃO DE RESIDENTES
MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA**

Artigo de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase em Atenção Básica/ Estratégia Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Ênfase em Atenção Básica/ Estratégia Saúde da Família.**

Aprovado em: 13 de março de 2017

Vera Regina Real Lima Garcia, Dra. (UFSM)

(Presidente/ Orientador)

Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dra. (UFSM)

Tanise Martins dos Santos, Mestre (UFSM)

Silvana Bastos Cogo, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS

2017

RESUMO

ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL: PERCEPÇÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

AUTORA: Camile Dalla Corte de Araujo

ORIENTADORA: Prof. Dr^a. Vera Regina Leal Garcia

Este trabalho trata-se de um estudo de campo descritivo, com abordagem qualitativa e tem como objetivo analisar o dispositivo acolhimento multiprofissional sob a percepção de residentes multiprofissionais atuantes na atenção básica. Para tanto, foram entrevistados onze profissionais (educadores físicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos) da Residência Multiprofissional alocados em três estratégias de saúde da família. Foi feita uma entrevista semiestruturada com dez questões norteadoras no período de setembro à outubro de dois mil e dezesseis, onde os participantes foram questionados sobre a temática do acolhimento multiprofissional, de que forma seus núcleos profissionais poderiam contribuir para o acolhimento e se seus cursos de graduação os teriam preparado para a prática deste dispositivo. Os dados foram analisados na modalidade análise de conteúdo e separados em duas categorias: o acolhimento multiprofissional na atenção básica e formação para o SUS. Os resultados obtidos revelaram que, apesar de se sentirem aptos à realizar um bom acolhimento, os profissionais residentes se sentem poucos preparados por seus cursos de graduação para a atuação na atenção primária e consideram a interação com outros núcleos profissionais fundamental para a integralidade do cuidado e maior atenção às condições de saúde da comunidade.

DESCRITORES: Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Humanização da Assistência; Formação Profissional.

ABSTRACT

MULTIPROFESSIONAL HOST: PERCEPTION OF MULTIPROFESSIONAL RESIDENTS OF THE BASIC ATTENTION

AUTHOR: Camile Dalla Corte de Araujo

ORIENTADORA: Prof. Dr^a. Vera Regina Leal Garcia

This work is a descriptive field study with a qualitative approach and aims to analyze the multiprofessional host device under the perception of multiprofessional residents acting in basic care. Eleven professionals (physical educators, dental surgeons, nurses, physiotherapists, nutritionists and psychologists) from the Multiprofessional Residency were interviewed in three family health strategies. A semistructured interview was conducted with ten guiding questions from September to October of two thousand and sixteen, where the participants were questioned about the theme of multiprofessional reception, how their professional nuclei could contribute to the reception, and whether their undergraduate courses would have prepared them for the practice of this device. The data were analyzed in content analysis mode and separated into two categories: multiprofessional care in basic care and SUS training. The results showed that, although they feel able to make a good reception, the resident professionals feel few prepared for their undergraduate courses for the primary care service and consider the interaction with other professional nuclei fundamental for the integrality of the care and attention to community health conditions.

DESCRIPTORS: host; primary health care; humanization of care; professional qualification.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 MÉTODO.....	7
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	9
3.1 O acolhimento multiprofissional.....	9
3.2 Formação para o SUS.....	11
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	12
5 REFERÊNCIAS.....	14

1 INTRODUÇÃO

Criado em 19 de setembro de 1990 por meio da lei nº8.080/90 (BRASIL, 1990), o Sistema Único de Saúde (SUS) vem, ao longo desses anos sofrendo inúmeras mudanças e avanços, especialmente no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde. Diversas políticas e estratégias vem sendo criadas para que o acesso à saúde seja facilitado e os serviços sejam cada vez melhor qualificados para atender à população. Dentre as estratégias, pode-se pontuar a implementação do Programa de Saúde da Família, atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF).

Caracterizada pela peculiaridade de atender as famílias de um território limitado (não excedendo 4.000 pessoas), as ESF fazem parte da atenção básica e têm a função de orientar os fluxos dos usuários na rede de atenção à saúde. Também têm a atribuição de promover o cuidado integral, planejar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e estabelecer vínculo com a comunidade.

Em síntese, a atuação da equipe de ESF não se limita a medicar, consultar ou examinar, e passa à significância de acolher a pessoa em si, seja por meio de um diálogo, de um gesto ou de qualquer atitude de doação com a consciência do efeito terapêutico que isso proporciona. (MACHADO et al., 2016, p.7)

O acolhimento, dispositivo pertencente à Política Nacional de Humanização (PNH), é uma ferramenta que tem sido utilizada, especialmente nas ESF, para ordenar os processos de trabalho e garantir os direitos dos usuários, no que diz respeito ao acesso e à equidade.

Em seu aspecto conceitual, o acolhimento é considerado uma tecnologia leve que otimiza a demanda dos usuários e organiza o processo de cuidado da unidade local, sendo o profissional responsável por acolher, responsabilizar, resolver e automatizar, utilizando relações de vínculo e capacidade de escuta aberta. (PENNA, FARIA & REZENDE, 2014, p. 816)

Segundo Merhy (2007 apud SANTOS et al, 2016, p. 2), no contexto da produção do cuidado aos usuários dos serviços de saúde, as tecnologias leves são caracterizadas pelas práticas de acolhimento, vínculo, autonomização, escuta sensível, ou seja, as tecnologias relacionais

Além disso, para qualificar e respaldar os profissionais das equipes de referência, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), instituído em 2008, tem a finalidade de aumentar o alcance das Equipes de Saúde da Família na rede de

serviços à saúde, com o propósito de fornecer apoio matricial de modo compartilhado nos territórios (BRASIL, 2009).

O apoio matricial refere-se ao suporte assistencial e técnico-pedagógico oferecido por uma retaguarda especializada (apoio) para equipes de referência que são compostas por profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde, responsáveis pelo cuidado longitudinal de certo número de casos e/ou famílias. (CAMPOS & DOMITI, 2007, p. 400)

Esta estratégia coloca em evidência a necessidade de apoio de outros núcleos profissionais no campo da saúde, tais como: nutrição, educação física, fisioterapia, terapia ocupacional, medicina veterinária, entre outros.

Com a inserção desses profissionais nos serviços de saúde, colocam-se em pauta as mudanças oriundas desse processo e a maneira que esses profissionais se inserem e, inevitavelmente, têm que se ajustar ao modelo de saúde que tem sido construído. Sabe-se que o campo da saúde, inicialmente, era constituído, predominantemente, por médicos e enfermeiros, porém, com a criação dos NASF, da ESF e, paralelo à isso, a mudança dos paradigmas acerca do processo saúde-doença, foi necessário que outros campos de saber se apropriassem do conhecimento e iniciassem um processo de protagonismo, atuando não mais como retaguarda para a medicina, mas como linha de frente no cuidado.

Neste sentido, a residência multiprofissional foi implementada para preparar e formar profissionais melhores capacitados para a saúde coletiva, voltada para a educação em serviço, e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuando a médica. (BRASIL, 2005) Com isso, se consolida a importância de outros núcleos profissionais atuando ativamente na atenção primária, produzindo conhecimento, prevenção de doenças e promoção da saúde.

Desta forma, buscando compreender melhor qual a visão dos residentes da atenção básica/estratégia de saúde da família sobre o acolhimento multiprofissional na atenção básica, o presente trabalho tem como objetivo analisar o acolhimento multiprofissional na visão dos profissionais residentes na atenção básica, e qual o papel da Residência Multiprofissional na prática do acolhimento.

2 MÉTODO

Esta pesquisa faz parte do projeto intitulado “Acolhimento multiprofissional em unidades da Estratégia de Saúde da Família de Santa Maria”. Trata-se de um estudo

de campo, descritivo, com abordagem qualitativa. Sobre a importância da pesquisa qualitativa no campo da saúde, Bosi (2012, p. 577) afirma que no âmbito da pesquisa, isso significa investimentos em estudos de processos humanos em lugar de tão somente estocar biotecnologias que, a despeito de sua indiscutível importância, apenas serão úteis se e quando assimiladas culturalmente.

Os participantes do estudo foram residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção de Sistema Público de Saúde, da ênfase Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família, todos alocados nas unidades selecionadas: ESF Maringá, ESF Lídia e ESF São José. Fizeram parte da amostra onze residentes. Desses, quatro são enfermeiros, dois nutricionistas, dois psicólogos, um dentista, um profissional de educação física e um fisioterapeuta.

Todos os residentes das três unidades citadas foram convidados a participar, com exceção das autoras do estudo. Também é importante ressaltar que as entrevistadoras não realizaram a coleta de dados em suas unidades de origem para evitar constrangimento e embaraço ao entrevistar os colegas de trabalho. Foram excluídos do estudo residentes que faziam apenas carga horária complementar nas unidades selecionadas.

A coleta dos dados foi realizada pelas autoras do estudo nas unidades escolhidas, em uma sala reservada, no período de setembro à outubro de dois mil e dezesseis. Os coordenadores das unidades foram contatados previamente pelas entrevistadoras para agendamento das coletas e a ordem das entrevistas ficou a cargo dos entrevistados de acordo com sua disponibilidade. A coleta se deu por meio de entrevista semiestruturada, com dez questões norteadoras sobre o tema “acolhimento”, onde os participantes foram questionados sobre a temática do acolhimento multiprofissional, de que forma seus núcleos profissionais poderiam contribuir para o acolhimento e se seus cursos de graduação os teriam preparado para a prática deste dispositivo. Cada entrevista teve, em média, duração de dez minutos, as respostas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra.

Para análise dos dados, seguiu-se a proposta de análise de conteúdo proposto por Bardin (2011), na modalidade temática, que inclui a pré-análise, a exploração do material e a interpretação. A análise de conteúdo se coloca a serviço da compreensão das questões apresentadas, e visa a diminuição das incertezas por permitir leituras mais sofisticadas dos resultados obtidos (BARDIN, 2011). Na primeira etapa, estabeleceu-se contato com o material obtido, com objetivo de se apropriar das informações contidas nas entrevistas transcritas; na exploração,

realizou-se a categorização dos dados, quando o texto sofreu recortes e as respostas foram agrupadas a partir de suas afinidades temáticas; por fim, na fase de interpretação, buscou-se a compreensão e a interpretação dos dados, confrontando com a literatura já existente sobre o tema.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer CAAE nº 58156116.3.0000.5346 e todos os participantes do estudo receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, para preservação da identidade dos entrevistados, todos foram catalogados com a letra inicial “P” de participante, seguidos de um número ordinal em ordem crescente.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados quatro são enfermeiros, dois nutricionistas, dois psicólogos, um dentista, um profissional de educação física e um fisioterapeuta. Após a leitura e interpretação dos dados por meio da metodologia escolhida, duas categorias temáticas emergiram: o acolhimento multiprofissional na atenção básica e a formação para o SUS.

3.1 O acolhimento multiprofissional na atenção básica

Quando questionados sobre qual a função do acolhimento na atenção básica, foi possível perceber muitos discursos pautados no que dizem as leis, os cadernos, as portarias. “Garantir acesso, integralidade e, principalmente equidade, eu acho. Todo mundo que procura merece e deve ser atendido.” (P.5)

Por outro lado, também foi marcante a vivência diária de cada residente, inserindo nas respostas exemplos e relatos de experiência.

“(…) então pra mim acolhimento é desde a hora que eu chego no portão até a hora que eu saio da unidade, assim...e a gente estruturou o acolhimento numa sala, mas mais para uma questão de organização, mas do dia-a-dia é na recepção, indo pro banheiro, ele é na porta saindo para visita, o acolhimento de fato é estar ouvindo a pessoa...acolher o que ela esta necessitando assim.” (P.3)

Para Franco et al (1999, p. 345), o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: (a)

atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

As percepções dos residentes compactuam com as ideias dos autores e, além disso, sua presença no serviço de saúde torna possível a integração entre núcleos, a constante mudança do eixo central e o estabelecimento de outros profissionais de referência no cuidado em saúde.

Além disso, ficou evidente nos discursos que todos os profissionais entrevistados realizam diariamente o acolhimento em suas unidades. Contudo, percebeu-se que é fator determinante que mais de um profissional esteja envolvido no cuidado e na resolutividade das situações elencadas pelos usuários durante o acolhimento.

(...) as dificuldades seriam eu me apropriar também do que extrapola o meu campo do saber (...) Mas também não é uma dificuldade porque o acolhimento, ele é pra isso. É pra forçar que os profissionais atuem de forma integrada, então tu não precisa saber tudo da área do outro, mas tu precisa ter um campo de diálogo aberto com os teus colegas. Então, o acolhimento, ele é um dispositivo que força tu dialogar, tu quebrar as barreiras entre os profissionais. (P.6)

Percebe-se que existe uma divergência na forma como o acolhimento é estruturado nas unidades de saúde, ainda muito semelhante à triagem tradicional, onde somente se verifica sinais e se diferencia aquilo que é agudo daquilo que é crônico. Esse paradigma reflete na atuação dos profissionais, que muitas vezes, se sentem inseguros e associam o acolhimento à prática do enfermeiro, como se o ato de escutar, necessariamente antecederesse um procedimento clínico.

O acolhimento não deve ser entendido como um procedimento, mas sim uma conduta, uma postura do profissional. Ele não deve estar associado à uma sala específica, ao início ou ao fim do atendimento, pois deve ser uma constante no trato com o usuário. A função do sujeito que acolhe deve ser escutar e orientar o usuário para aquilo que poderá vir a resolver a sua questão, e isso implica em acionar outros profissionais, visto que o usuário, por ser sujeito integral, possivelmente terá demandas de diferentes ordens, necessitando, por fim, de um acolhimento multiprofissional.

A solução para isso, encontrada pelos próprios entrevistados, é a interdisciplinaridade, e a residência, por ser multiprofissional, movimenta os residentes e os profissionais dos serviços de saúde a se reestruturarem para que ela faça parte dos processos de trabalho e contribua para que o cuidado em saúde seja integral.

Para que ocorra a interdisciplinaridade em saúde faz-se necessário uma mudança significativa dos paradigmas tradicionais norteadores da formação dos profissionais da saúde, buscando uma compreensão mais ampla da pessoa humana, tanto a que se propõe a cuidar da saúde de outrem, como a pessoa que adocece; colocando os sujeitos em interação com outros sujeitos, preocupados todos com o que pode significar conhecer objetos, pessoas e coisas. (CAMPOS, MATTOS, CAMARGO (1994, 2003, 2003, apud OLIVEIRA, 2007, p. 23)

Assim, a divisão e o compartilhamento dos saberes se torna fundamental na prática do acolhimento multiprofissional. É imprescindível que haja troca e espaço aberto para discussão entre os profissionais e desses com os usuários, construindo assim uma rede sólida de vínculo e confiança, fatores que contribuem para o cuidado integral em saúde.

3.2 Formação para o SUS

O ato de acolher é mais do que triar, ele parte de uma premissa em que o sujeito acolhedor se coloca à disposição de escutar aquele que procura o acolhimento. Exige do profissional muito mais do que domínio técnico, capacidade de realizar triagem e conhecimento teórico, exige empatia, olhar ampliado, entrega, escuta qualificada e um olhar atento àquilo que não está dito. Mais do que isso, é um campo de trabalho do desconhecido, pois nunca se sabe o que o usuário carrega consigo, suas angústias, traumas, frustrações.

“A escuta permite construir relacionamentos firmes entre as pessoas a partir da socialização de saberes, de necessidades, de medos e angústias além de ser essencial para estabelecer o sentido de empatia, de forma a atender a necessidade do outro.” (MACHADO et al., 2016, p.7)

O acolhimento, mesmo que ocorra de formas ainda não padronizadas, acontece desde a atenção básica até a alta densidade tecnológica. Em muitos serviços ainda é bastante semelhante à triagem tradicional, porém, o que se espera, é que no futuro o atendimento seja amplamente humanizado.

E, para que possa crer num SUS humanizado, é necessário que saúde e educação estejam em sintonia, especialmente no que diz respeito aos cursos de

graduação. Pode-se perceber através do discurso dos residentes que ainda há falhas no processo de ensino-aprendizagem das universidades, principalmente nas atividades práticas. “Não, nem tive oportunidade de trabalhar com atenção básica, nua e crua como a gente vê. Então eu acho que era mais a parte clínica que a gente viu, não tanto a promoção e prevenção e as estratégias que a gente faz.” (P.11)

O processo educacional na formação dos profissionais de saúde deve ter em vista o desenvolvimento tanto de capacidades gerais (identificadas com a grande área da saúde), quanto daquelas que constituem as especificidades de cada profissão. Entretanto, todo processo educacional deveria ser capaz de desenvolver as condições para o trabalho em conjunto dos profissionais da saúde, valorizando a necessária interdisciplinaridade para a composição de uma atenção que se desloque do eixo — recortado e reduzido — corporativo-centrado, para o eixo — plural e complexo — usuário-centrado. (ALBUQUERQUE et al, 2008, p.5)

Apesar dos esforços, a formação para o SUS, especialmente para a atenção básica, ainda é muito falha, pois promove de maneira muito insipiente a vivência no serviço. Há cursos que sequer tem campo de estágio na atenção primária, e os que investem nessa área ainda possuem formação voltada para a técnica, deixando de lado a formação humanizada.

Quando questionados se as graduações lhe prepararam para fazer acolhimento, oito dos onze residentes responderam que não.

“Não. Porque a graduação, principalmente da universidade onde me formei, forma profissional pra consultório, forma profissional técnico, pra fazer procedimento em consultório e só. E acho que a maioria dos cursos, não só da universidade onde me formei. Maioria das escolas forma profissional técnico pra atender em consultoria, em vez de trabalhar multiprofissionalmente.” (P.1)

“Não, com certeza não. Eu acho que só vivendo mesmo e ainda assim tem muito que aprender, a gente vai aprendendo cada dia um pouco mais. Tem que estudar mais sempre pra aprender (...)” (P.4)

As declarações dos residentes traz para o debate uma questão complexa sobre a formação acadêmica para a atenção primária. Não cabe aqui formular diretrizes para reestruturação curricular dos cursos de graduação, porém, se espera contribuir com a apresentação deste, que pode ser encarado como uma hipótese diagnóstica acerca da percepção de profissionais que se depararam com a prática e se veem pouco preparados para a atuação no campo da saúde coletiva, em especial, na prática do acolhimento.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de ser residente é uma jornada desafiadora que proporciona ao jovem profissional uma visão ampla e detalhada do que é ser um trabalhador da saúde. Porém, mais do que isso, dá espaço para que se abra um caminho de autoconhecimento, de novas vivências e, principalmente, de troca e interdisciplinaridade com, pelo menos, três outras áreas de conhecimento.

Especificamente na atenção básica, a aproximação prática de temas, que antes só faziam sentido na teoria, se dá de forma muito intensa e significativa, pois diariamente o residente se confronta com uma realidade que só é passível de transformação através do uso responsável e coerente dos conhecimentos técnicos. Contudo, tão importantes quanto o conhecimento técnico, são as tecnologias leves, a escuta qualificada, a disponibilidade do profissional e a empatia ao acolher.

O acolhimento talvez seja a prática mais desconcertante de todo este processo de atenção à saúde, pois força a desconstrução de quem acolhe e de quem é acolhido, promove vínculo, interação e envolvimento com uma realidade que, na maioria das vezes, não é a do sujeito ouvinte.

Portanto, é necessária uma rede de apoio para ambos os sujeitos, garantindo que a escuta seja de qualidade, assim como o cuidado em saúde que a sucede. O respaldo da universidade, tanto na formação prévia quanto nos campos de atuação, deve ser uma constante, instigando o confronto entre teoria e prática e dando subsídios para que o profissional construa uma postura ética e uma conduta acolhedora no cuidado em saúde.

Espera-se, então, que o estudo traga contribuições para as discussões acerca desta temática, bem como, estimule a reflexão sobre as interações entre saúde-educação como sendo partes fundamentais para um SUS de qualidade, com profissionais melhor capacitados e mais humanizados. Assim como, ressalte a importância da inserção de mais núcleos profissionais nos serviços de saúde, especialmente nas ESF, como forma de integralizar o cuidado e promover saúde.

5 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V.S. et al. **A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde.** Rev Bras de Educ Médica [Internet]. 2008 . Acesso em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10.pdf>

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edição 70, 2011.

BOSI, M.L.M. **Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios**. Rev Ciência & Saúde Coletiva, 17(3):575-586, 2012.

BRASIL. **Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Casa Civil, Subchefia de Assuntos Jurídicos.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: MS; 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27, versão preliminar).

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Casa Civil, Subchefia de Assuntos Jurídicos.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad Saude Publica 2007; 23(2):399-407.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S., MERHY, E.E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil**. Cad Saúde Pública 1999; 15:345-53.

MACHADO, L.M. et al. **Significados do fazer profissional na estratégia de saúde da família: atenção básica enquanto cenário de atuação**. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2016.

OLIVEIRA, T.R.B. **Interdisciplinaridade: um desafio para atenção integral à saúde**. Revista Saúde.Com; p. 20-27, 2007.

PENNA, C.M.M.; FARIA, R.S.R.; REZENDE, G.P. **Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde?** Rev Min Enferm. 2014 out/dez; 18(4): 815-822.

SANTOS, F.P.A. et al. **Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 nov-dez;69(6):1124-31.