



DISPOSITIVOS E CONTRIBUIÇÕES DA POLÍTICA  
NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E  
POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

PARA O FORTALECIMENTO DOS PROCESSOS DE TRABALHO DE  
GESTORES E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO TOCANTINS





DISPOSITIVOS E CONTRIBUIÇÕES DA POLÍTICA  
NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E  
POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

PARA O FORTALECIMENTO DOS PROCESSOS DE TRABALHO DE  
GESTORES E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO TOCANTINS

ANA LAURA TAVARES DA SILVA RIBEIRO

DENIZE GRAZZIELI DA SILVA

EMANUELLY KAROLINY PAIVA BORGES

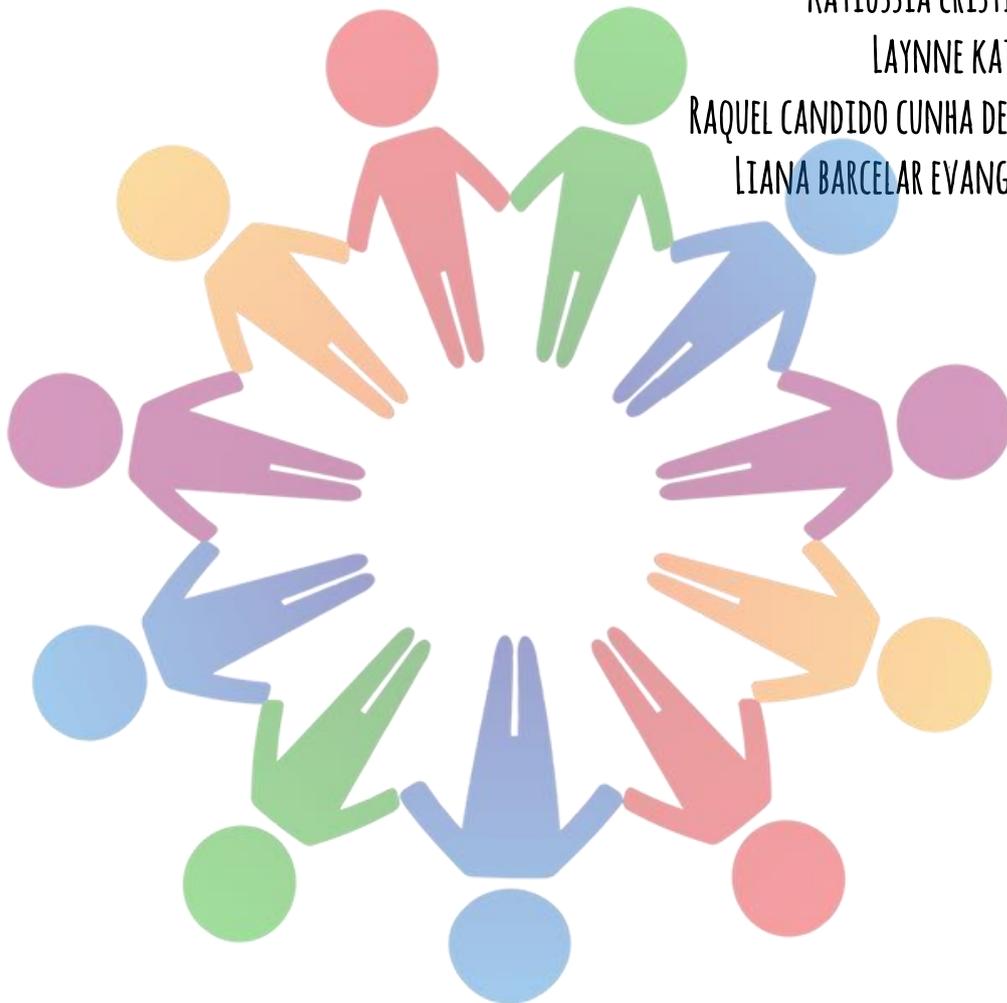
GIOVANNA DE OLIVEIRA ARAÚJO

KATIUSSIA CRISTINA OLIVEIRA ROSA

LAYNNE KATRYCIA SOUZA LOPES

RAQUEL CANDIDO CUNHA DE OLIVEIRA BONFIM

LIANA BARCELAR EVANGELISTA GUIMARÃES



ANA LAURA TAVARES DA SILVA RIBEIRO  
DENIZE GRAZZIELI DA SILVA  
EMANUELLY KAROLINY PAIVA BORGES  
GIOVANNA DE OLIVEIRA ARAÚJO  
KATIUSSIA CRISTINA OLIVEIRA ROSA  
LAYNNE KATRYCIA SOUZA LOPES  
RAQUEL CANDIDO CUNHA DE OLIVEIRA BONFIM  
LIANA BARCELAR EVANGELISTA GUITMARÃES

DISPOSITIVOS E CONTRIBUIÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO  
PERMANENTE EM SAÚDE E POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

PARA O FORTALECIMENTO DOS PROCESSOS DE TRABALHO DE GESTORES E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA NO TOCANTINS

PALMAS, TO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
2020

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para fins comerciais.

© 2020 Ana Laura Tavares da Silva Ribeiro

Denize Grazieli da Silva  
Emanuelly Karoliny Paiva Borges  
Giovanna de Oliveira Araújo  
Katiussia Cristina Oliveira Rosa  
Layne Katrycia Souza Lopes  
Raquel Candido Cunha de Oliveira Bonfim  
Liana Barcelar Evangelista Guimarães

CAPA

Marcelo Diniz

PROJETO GRÁFICO

Marcelo Diniz e Liana Barcelar Evangelista Guimarães

Todas as imagens *Creative Commons* – site PNGWING - <https://www.pngwing.com/pt>

## Dados da Catalogação Anglo-American Cataloguing Rules – AACR2

---

D612

Dispositivos e Contribuições da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e Política Nacional de Humanização: para o fortalecimento dos processos de trabalho de gestores e profissionais da atenção primária no Tocantins [recurso eletrônico]. / Ana Laura Tavares da Silva Ribeiro [et al...]. -- Palmas, TO: Secretaria de Estado da Saúde, 2020.  
38 f.; il. Color.

Impresso por computador (Fotocópia)  
ISBN 978-65-87830-00-1

1. Saúde Pública – Atenção primária. 2. Profissionais da saúde - Tocantins. 3. Instrutivo. I. Ribeiro, Ana Laura Tavares da Silva. II. Silva, Denize Grazieli da. III. Borges, Emanuelly Karoliny Paiva. IV. Araújo, Giovanna de Oliveira. V. Rosa, Katiussia Cristina Oliveira. VI. Lopes, Layne Katrycia Souza. VII. Bonfim, Raquel Cândido Cunha de Oliveira. VIII. Guimarães, Liana Barcelar Evangelista.

CDD 614.098117  
CDU 614.39-051(811.7)  
NLM W 84.6

---

Marcelo Diniz - Bibliotecário – CRB 2/1533. Resolução nº 184, de 29 de setembro de 2017.

### Como referenciar este documento:

RIBEIRO, Ana Laura Tavares da Silva *et al.* **Dispositivos e Contribuições da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e Política Nacional de Humanização**: para o fortalecimento dos processos de trabalho de gestores e profissionais da atenção primária no Tocantins. Palmas, TO: - Palmas: Secretaria de Estado da Saúde, 2020. 38 f. ISBN 978-65-87830-00-1.

# SUMÁRIO

## **APRESENTAÇÃO**

**PASSO 1 - O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária em saúde**

**PASSO 2 - Conheça, reflita, dialogue com os seus pares e com os outros sobre as atribuições profissionais e o trabalho em equipe**

**PASSO 3 - Territorialização**

**PASSO 4 - Acolhimento com Classificação de Risco - Acesso – Protocolo - Humanização - Redes**

**PASSO 5 - Trabalho interprofissional / Clínica ampliada**

**PASSO 6 - Projeto terapêutico singular e matriciamento**

**PASSO 7 - Saúde do trabalhador na atenção primária e ambiência**

**PASSO 8 - Educação permanente em saúde**

**PASSO 9 - Informatização - PEC/E-SUS**

**PASSO 10 - Planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde**

**REFERÊNCIAS**



## APRESENTAÇÃO

Conhecedores da complexidade do processo de trabalho da Atenção Primária em Saúde, não pretendemos esgotar os assuntos tratados nesta publicação, mas sim, apresentar alguns dispositivos de duas importantes políticas públicas brasileiras, Política Nacional de Humanização e Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como ferramenta de apoio a gestores e profissionais da Atenção Primária em Saúde.

Organizados no formato de dez passos que possam direcionar, contribuir e fortalecer o processo de trabalho na APS, seja por meio de uma leitura individual ou como material para reflexão coletiva dos diferentes atores e cenários de prática.



## PASSO 1 - O APOIO INSTITUCIONAL COMO PILAR NA COGESTÃO DA APS

A PNH como política pública de saúde, assume a inseparabilidade entre clínica e política, o que implica a inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde; e a transversalidade, entendida como aumento do grau de abertura comunicacional nos grupos e entre os grupos, isto é, a ampliação das formas de conexão intra e intergrupos, promovendo mudanças nas práticas de saúde (PASSOS, 2006, *apud* SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009, p. 604).

Assim, possui um dispositivo denominado, apoio institucional que para a gestão e o cuidado em saúde, possui função gerencial e de qualidade da atenção, que tem potência para reformular as práticas hierarquizadas e autoritárias de planejamento e coordenação em saúde, ou seja, o apoio institucional é disparador de mudanças que fortalecem a autonomia, a responsabilização, as práticas coletivas e as novas relações entre gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde. Esses pressupostos estão alinhados aos conceitos da Atenção Primária à Saúde (APS) integral e participativa, o que leva à conclusão que apoio institucional e matricial são processos que provocam novos modelos de gestão e atenção à saúde (CASANOVA; TEIXEIRA; MONTENEGRO, 2013).

Desta forma, esta estratégia da PNH de aperfeiçoamento político-institucional, gerencial e de organização da atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), afirma os valores constitucionais de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social na saúde. (CASANOVA; TEIXEIRA; MONTENEGRO, 2013).



## PASSO 2 - CONHEÇA, REFLITA, DIALOGUE COM OS SEUS PARES E COM OS OUTROS SOBRE AS ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS E O TRABALHO EM EQUIPE

A prática em saúde no SUS é organizada na perspectiva da integralidade da atenção. “A ‘integralidade’ é concebida como uma construção coletiva, que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado em saúde” (PINHEIRO, 2008, p. 262). Para se contemplar a atenção integral à saúde, os profissionais devem atuar de acordo com as suas atribuições.

As atribuições dos profissionais das equipes de atenção básica devem ser pautadas nas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões. Os profissionais no seu cotidiano de trabalho dispõem de competências e atribuições comuns aos demais profissionais da área, como também atribuições específicas e restritas a sua profissão.



[Ir para o sumário](#)



Os profissionais de saúde no exercício de sua profissão devem participar do processo de territorialização e mapeamento para conhecer as demandas da sua área de atuação, manter atualizado os cadastramentos das famílias, praticar o cuidado familiar e propor ações de atenção e educação em saúde conforme a necessidade da população local, garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção de agravos e priorizar o acolhimento aos usuários.

O acolhimento dos usuários deve garantir escuta qualificada e encaminhamentos resolutivos para que o vínculo ocorra de forma efetiva. É importante lembrar que a atenção ao usuário deve ser realizada não apenas no âmbito da Unidade de Saúde, mas em domicílio, em diferentes locais do território (BRASIL, 2011).

Dentre as atribuições dos profissionais também está a realização de busca ativa e notificações de doenças e agravos, realização de reuniões de equipes, trabalho interdisciplinar e em equipe, bem como avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas, registro das atividades nos sistemas de informação e participação no processo de educação permanente.

Assim, o fazer em saúde, é constituído a partir do saber e de habilidades, e as ações em saúde devem propor o resgate das condições consideradas adequadas à pessoa ou grupo social, a partir do diálogo permanente entre os envolvidos.

Além da prática sanitária, outra habilidade essencial na prática em saúde, é a de planejar ações. Os profissionais devem realizar o planejamento de suas ações baseado na realidade de vida da população a ser atendida. Assim, o processo de trabalho deve ser coletivo, ou seja, decorrente da colaboração de vários profissionais.

Para se propor uma melhor articulação do trabalho em equipe



deve-se pensar em interdisciplinaridade. Para Furtado (2010), a recomposição dos fragmentos do saber se faz necessária para superar as barreiras edificadas em torno das diferentes áreas do conhecimento.

A atenção primária se caracteriza por um conjunto de ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção a serem desenvolvidas por meio de práticas realizadas por equipes que assumem a responsabilidade sanitária, levando em conta a dinâmica territorial onde é implantada. (SILVA, 2016).

No contexto da saúde, o trabalho em equipe envolve um planejamento compartilhado, distribuições de atividades e ações, cooperação e colaboração. O trabalho em equipe manifesta-se da necessidade de definir objetivos e metas, e um plano de trabalho bem definido, através do qual se proporcione um crescimento individual e coletivo. Contudo, trabalho em equipe é um instrumento que tem como um de seus objetivos o trabalho integrado, por meio do envolvimento dos profissionais que compõe a equipe, e diante de um processo de trabalho ao qual estão inseridos, onde buscam resultados por meio de planejamento, e esse planejamento tem foco na assistência integral ao indivíduo e comunidade.

O trabalho em equipe gera vários benefícios, dentre eles destaca a construção de uma rede de relação solidária entre as pessoas. Sendo imprescindível que todos os profissionais compreendam com clareza a importância da integração, apoio e cooperação entre as diversas áreas do conhecimento. Uma vez que, quando há integração na prática dos profissionais a produção dos serviços de saúde torna-se mais efetiva.



## PASSO 3 - TERRITORIALIZAÇÃO

O território é o espaço de interação entre a população e os serviços de saúde. Tal definição expressa o território em permanente construção, muito além de uma mera extensão geográfica, mas com toda sua acumulação cultural, social política e epidemiológica (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Significa organizar os serviços de acordo com o território, ou de modo mais simples, conhecer o local, onde a vida acontece, e, a partir das suas necessidades organizar os serviços necessários. Por isso é importante conhecer o território.

A territorialização representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada.

Já na saúde pública territorialização é utilizada como instrumento para localizar eventos que contribuem para o processo de saúde-doença, identificar e localizar unidades de saúde e delimitar as áreas de atendimento das equipes (GONDIM; MONKEN, 2008).

A territorialização representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada (MONKEN; BARCELLOS, 2005).



A execução das práticas de saúde sobre um substrato territorial já vem sendo utilizada por distintas iniciativas no âmbito do SUS, como a Estratégia Saúde da Família, a Vigilância em Saúde Ambiental, a proposta dos municípios/cidades saudáveis e a própria descentralização prevista na Constituição Federal (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

O SUS se organiza com base num substrato territorial. Com isso, a distribuição dos serviços de saúde assume uma estratégia operacional de demarcação de áreas de abrangência correspondentes aos níveis de complexidade das ações de saúde. As diretrizes organizativas do SUS guardam expressivas relações com a concepção de território enquanto delimitação de uma área específica para cenário das ações de saúde dirigidas a uma população específica, porém com composição distinta, quantitativa e qualitativamente (MENDES, 2002).

Nesses territórios, as práticas de saúde convergem para a integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de modo que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida da população. A organização espacial dos serviços de saúde baseia-se nos princípios da regionalização e da hierarquização, definindo uma base territorial formada por agregações progressivas, tais como a base de atuação dos agentes comunitários de saúde nas microáreas, das equipes de saúde da família também nas áreas, e, por fim, a área de abrangência das unidades básicas de saúde (MENDES, 2002).

A distribuição dos serviços de saúde assume uma estratégia operacional de demarcação de áreas de abrangência correspondentes aos

**SEGUE O CHECK LIST BÁSICO PARA UMA BOA TERRITORIALIZAÇÃO:**

- MAPEAMENTO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA
- OBSERVAR MICROÁREAS E COBERTURAS DAS EQUIPES
- OBSERVAR SERVIÇOS OFERTADOS POR ÁREA
- ANALISAR SINGULARIDADES DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA
- ATUALIZAÇÃO DOS CADASTROS



níveis de complexidade das ações de saúde. A organização espacial dos serviços de saúde baseia-se nos princípios da regionalização e da hierarquização, definindo uma base territorial, a base de atuação dos agentes comunitários de saúde nas microáreas, das equipes de saúde da família também nas áreas, e, por fim, a área de abrangência das unidades básicas de saúde.

### **LINKS ÚTEIS:**

#### **Territorialização na Atenção Básica - 1**

<https://www.youtube.com/watch?v=NCgOYeCCLPY>

#### **Política Nacional da Atenção Básica**

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)



## PASSO 4- ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PROMOVENDO RESOLUTIVIDADE

A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 para efetivar os princípios norteadores do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. Sendo o acolhimento uma das diretrizes de maior relevância da PNH, ressignificando o processo de trabalho em saúde, atendendo assim a todos que procuram os serviços com integralidade e resolutividade, onde o paciente como um todo, indivisível e integrante de uma comunidade. (BRASIL, 2004).

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. Para um melhor entendimento sobre o acolhimento faz-se necessário definir a **Demanda Espontânea** como qualquer atendimento não programado na Unidade Básica de Saúde (UBS) e **Demanda Programada** para os atendimentos agendados previamente. É interessante afirmar ainda, que atenção à demanda espontânea faz parte das atribuições de todos os trabalhadores da UBS. Por isso, é importante que os profissionais se reúnam regularmente para tratar da organização e avaliação do processo de acolhimento e de atendimento à demanda espontânea. (BRASIL, 2011).

Além disso, o acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento à demanda espontânea. A equidade, como um princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo



com a sua necessidade, corrigindo diferenciações injustas e negativas e evitando iatrogenias devido a não observação das diferentes necessidades. Lembrando ainda que a ampliação de acesso contempla adequadamente tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos. (BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva, destacamos o caráter estruturante e estratégico que a Atenção Primária pode e deve ter na constituição das redes de atenção à saúde, na medida em que caracteriza pela grande proximidade ao cotidiano da vida das pessoas e coletivos em seu território, pois as UBS são o tipo de serviço de saúde com maior grau de descentralização e capilaridade. Além de ser uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, a Atenção Primária à Saúde tem que se constituir numa “porta aberta” capaz de dar respostas “positivas” aos usuários, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços. (BRASIL, 2011).

A estratificação de risco vai orientar não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, como também o tempo em que isso deve ocorrer. Na atenção básica, diferentemente de um pronto-socorro, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento médico (após acolhimento inicial), a não ser em situações de alto risco, nas quais a intervenção médica imediata se faz necessária (junto com os outros membros da equipe). Porém, em certas situações, é importante priorizar o atendimento, sob pena de manter a pessoa em sofrimento, por tempo prolongado. E a estratificação de risco bem como os protocolos e fluxos podem ser bastante úteis nesse sentido, impactando positivamente na qualidade do acesso, na história natural de doenças agudas graves e potencialmente fatais. (BRASIL, 2012a).

Pensando nisso o Ministério da Saúde desenvolveu os Cadernos



de Atenção Básica nº 28 (volume I e II) como ferramenta potencialmente útil, não substituindo, mas auxiliando a construção partilhada e cotidiana de modos de cuidar e gerir. Trazendo fluxogramas com as mais diversas queixas dos usuários na UBS e possibilidades de intervenção.

### **LINKS ÚTEIS:**

**Caderno de Atenção Básica nº 28 Vol. I**

<https://central3.to.gov.br/arquivo/404134/>

**Caderno de Atenção Básica nº 28 Vol. II**

<https://central3.to.gov.br/arquivo/404133/>

**Humanizausus: Acolhimento com avaliação e classificação de risco: avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**

[http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento com avaliacao e classificacao de risco.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf)



## PASSO 5 - TRABALHO INTERPROFISSIONAL / CLÍNICA AMPLIADA

O Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo a integralidade como um de seus princípios, sabendo que para desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde é necessário a colaboração de todos os profissionais.

Considerando as mudanças epidemiológicas que vem surgindo no cenário da saúde nos dias atuais e com o aumento da expectativa de vida e as condições crônicas de saúde, que necessitam por mais tempo de cuidados, e que trazem a necessidade de um cuidado integral que consagre as demandas de saúde dos usuários e da população, tornando as equipes de saúde multiprofissionais.

Nessa perspectiva, sabemos que para se alcançar esse objetivo temos que abandonar a formação profissional individualizada e adotar uma Educação Interprofissional como orientadora para o trabalho em equipe, mudando o olhar profissional desde a formação, dando-lhe maior preparo para as práticas interprofissionais.

Resultando na melhoria da qualidade da comunicação, que permite articular inúmeras ações e a parceria entre os profissionais da saúde, características fundamentais para a qualidade do atendimento aos usuários, desmanchando o modelo de atendimento hegemônico taylorista/fordista em saúde, a este modelo atribui-se o objetivo de alcançar a máxima produtividade, com isso tornando o processo de trabalho fragmentado e rígido, que leva a desmotivação e alienação dos trabalhadores, o que é o oposto do que se espera no SUS.

Considerando que a gestão também é de suma importância para se alcançar um trabalho interprofissional, visto que a gerência do serviço de saúde tem relevante importância para à promoção da prática



interprofissional. Segundo Campos (2000 *apud* PEDUZZI *et al.*, 2011, p. 630), “[...] a ordem tradicional dos serviços reforça o isolamento profissional, produz fragmentação e dificulta o trabalho em equipe [...].”

Um dos principais instrumentos para se ter uma gestão interativa, onde se consiga interagir no processo de trabalho a gestão, profissionais e usuários, é a comunicação, possibilitando uma via de mão dupla, onde todos somam ao processo de trabalho, trazendo a realidade vivida no dia a dia para a gestão. Outro ponto que se faz importante, é a possibilidade do profissional poder usar de sua criatividade e ter autonomia no seu processo de trabalho, participando de decisões junto a gestão, com isso conseguimos também trabalhar o fator psicológico dos profissionais, dando a eles sentindo no trabalho e acreditando na sua capacidade.

Nesse contexto vêm a Clínica Ampliada, que inicialmente foi proposta por Campos em 1997, e em 2003 foi inserida na Política Nacional de Humanização, como uma diretriz, dizendo que:

Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. É integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário. A vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados e o diagnóstico é feito não só pelo saber dos especialistas clínicos, mas também leva em conta a história de quem está sendo cuidado, de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas. (BRASIL, 2010a).

Na Clínica Ampliada os profissionais englobam todas as circunstâncias, ou seja, o sujeito, a família e o contexto social, com o propósito de aumentar a independência do sujeito, da família e da comunidade na resolução dos seus problemas, visto que estes fatores influenciam diretamente na saúde.

Para isso, utiliza-se da integração de equipe multiprofissional, da adscrição de clientela e da construção de vínculo entre profissionais e usuários na



elaboração de projeto de cuidado. Esse projeto de cuidado é desenvolvido de forma singular e em conformidade com a vulnerabilidade de cada caso, com vistas à ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença, tomando a integralidade como objetivo maior. Também é uma forma de, concretamente, tornar humanizados os serviços de saúde, visando a mudanças nos modelos de atenção e gestão, promovendo a produção de saúde e de subjetividades na afirmação do encontro clínico entre trabalhador de saúde e usuário, relação está de produção conjunta. (BRASIL, 2009 *apud* DELZIOVO; PEDEBÔS; MORETTI-PIRES, 2012, p. 11).

Os princípios da universalidade e da integralidade apontam a necessidade de se modificar os modelos de gestão dos processos de trabalho em saúde, com o objetivo de alcançar a Clínica Ampliada trazendo como ferramenta o trabalho em equipe.

Portanto, para se entender de fato a necessidade de saúde por uma visão integral vamos muito além do acesso aos serviços de saúde e tratamentos médicos, têm que se ter um olhar ampliado e levar em conta os determinantes sociais, sendo “[...] ferramenta de construção de projetos de cuidado. Utilizar esta ferramenta de cuidado significa perceber que uma manifestação de sofrimento/doença está dentro de um contexto de vida, individual e coletivo.” (BONFADA et al., 2012 *apud* DELZIOVO; PEDEBÔS; MORETTI-PIRES, 2012, p. 13).

É preciso mudar o olhar especialista sobre o usuário e colocar em prática um olhar interdisciplinar, enfrentando a fragmentação dos conhecimentos e ações. Algumas sugestões para desenvolver o trabalho interprofissional e a Clínica Ampliada no Processo de trabalho na Atenção Primária:

- Trabalhar com profissionais que entendam a prática interprofissional e interajam entre si;
- Que a equipe multiprofissional compartilhe os casos, em que o usuário do SUS seja visto como um todo;
- Levar em conta o contexto social dos usuários, através do conhecimento do território;
- Interagir a Gestão com os profissionais nas tomadas de decisões,



através de reuniões ou momentos de compartilhamento de ideias, onde todos dão suas contribuições;

- Ter a comunicação como instrumento principal para possibilitar a interação da gestão, profissionais e usuários;
- Que o profissional possa ter liberdade em conduzir seu trabalho da maneira que achar com maior resolutividade, com o apoio da gestão;
- Que a gestão dê condições dignas de trabalho aos profissionais.

### **LINK ÚTEIS:**

#### **Política Nacional de Humanização:**

<http://redehumanizaus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>

#### **Clínica Ampliada:**

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1088/1/PDF%20-%20Livro%20do%20Curso.pdf>

#### **HumanizaSUS:**

<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizaus/diretrizes>

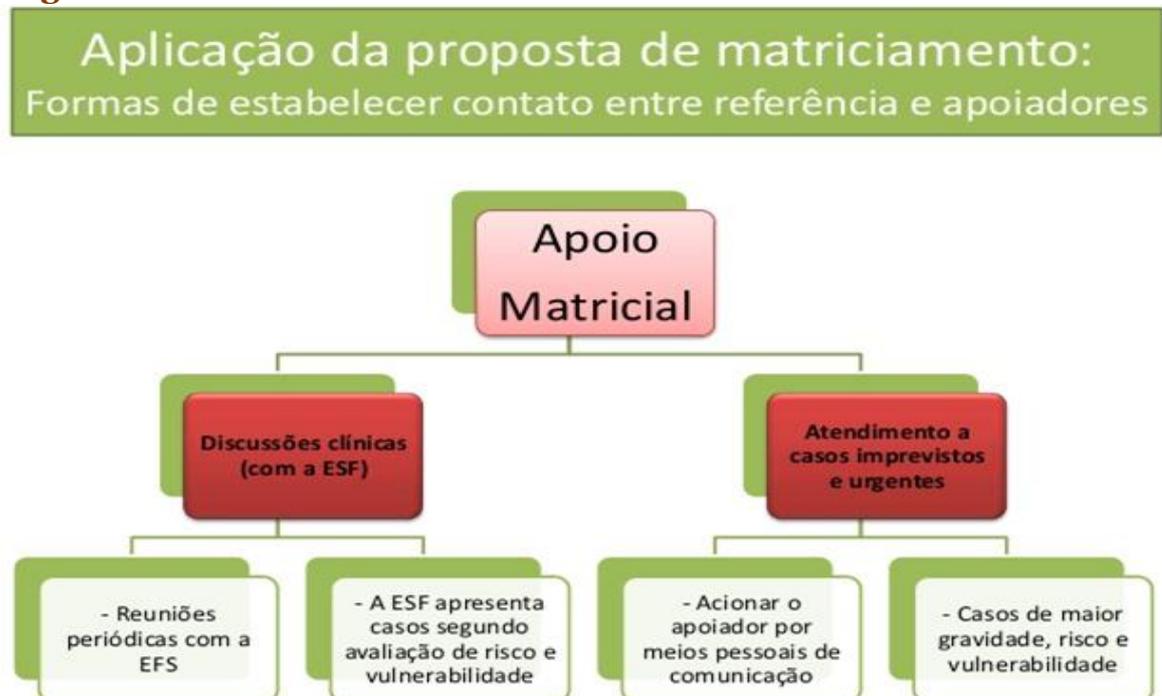


## PASSO 6 - PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR E MATRICIAMENTO

O Apoio Matricial, também chamado de matriciamento, é um modo de fortalecimento das práticas em saúde de forma compartilhada obedecendo a integralidade e à resolubilidade da atenção, por meio do trabalho interdisciplinar.

Configura como uma retaguarda especializada que oferece suporte técnico-pedagógico às equipes de referências, as quais são as equipes responsáveis pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Dessa forma, esses arranjos organizacionais deslocam "o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar". (CAMPOS; DOMITTI, p. 400).

**Figura 1 – Matriciamento**



Fonte: Brasil (2014)



O Projeto Terapêutico Singular (PTS), entendido como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar, configura-se como um dispositivo potencial para o planejamento das ações em saúde na Estratégia de Saúde da Família, especialmente nos serviços onde o trabalho está organizado na lógica de Apoio Matricial e Equipe de Referência.

Portanto, o Projeto Terapêutico Singular Representa – PTS representa um momento de toda a equipe – NASF e ESFs – envolvida, em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o indivíduo e/ou família com alguma necessidade complexa de saúde.





### O PTS se desenvolve em quatro momentos:

- **Diagnóstico:** deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social. Deve tentar captar como o “sujeito singular” se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, como também o trabalho, a cultura, a família. Ou seja, tentar entender o que o sujeito faz de tudo o que fizeram dele.
- **Definição de metas:** uma vez que a equipe fez os diagnósticos, faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.
- **Divisão de responsabilidades:** é importante definir as tarefas de cada um com clareza.
- **Reavaliação:** momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo (Caderno da Atenção Básica: Diretrizes do NASF, 2009).

#### LINK ÚTEIS:

##### **Apoio Matricial | Formação em Debate:**

<https://www.youtube.com/watch?v=-cvt4v64J9M>

##### **Projeto Terapêutico Singular | Formação em Debate:**

<https://www.youtube.com/watch?v=WV3WexELcFk>



## PASSO 7 - SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E AMBIÊNCIA

A Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde é uma conquista dos profissionais que foi evoluindo durante décadas, mas que ainda se configura como desafios permanentes, que precisam ser aprimorados. Esse desenvolvimento ocorreu no ambiente, na produção do trabalho e na saúde tendo como âmbito a Atenção Primária, com redefinições de práticas e mudanças na metodologia da assistência.

Essa evolução no campo da saúde do trabalhador se deu através de movimentos organizados pelos profissionais e gestores políticos institucionais da saúde.

Na visão de Lacaz (2007) para que a saúde do trabalhador na atenção primária seja efetiva é necessário a aproximação das equipes de saúde, especialmente às equipes de saúde da família e suas necessidades sociais preestabelecidas pelos profissionais.

A atenção primária em saúde de acordo com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), deve ser gerida pela rede de atenção do Sistema Único de Saúde, visando a integração com os demais componentes da vigilância em saúde para fortalecimento dos processos de trabalho (BRASIL, 2012a).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), a Saúde do Trabalhador é definida como um conjunto de ações de saúde individual e coletiva que atua na prevenção de agravos, no tratamento, no diagnóstico, redução de danos e especialmente, na manutenção da saúde para desenvolver uma atenção integral, propiciando os determinantes e condições de saúde do coletivo.



Ainda, segundo o Ministério da Saúde, as ações em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária deve se orientar pela identificação do território, do mapeamento das atividades produtivas, da identificação das famílias e na observação dos riscos para a saúde dos trabalhadores, do meio ambiente, da população e dos riscos ocupacionais relacionados ao trabalho (BRASIL, 2002).

Em relação aos acidentes de trabalho o profissional de saúde deve conduzir clinicamente os casos de complicações mínimas, realizar notificações nos sistemas de informação, investigar o local de trabalho, solicitar à empresa a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho e discutir entre as equipes, as causas de seu adoecimento (BRASIL, 2002).

Acredita-se que, muitos profissionais sabem a relevância do trabalho para a saúde e da existência de uma cartilha com informações voltadas para Saúde do Trabalhador na Atenção Primária, nas práticas dos serviços, nas ações realizadas. No entanto, ainda há uma deficiência de materiais apoiadores para direcionar os mesmos em seu processo de trabalho.

Na saúde, ambiência trata-se do espaço físico profissional, social e das relações interpessoais voltadas para a saúde, na atenção acolhedora, humana e resolutiva. Conforme a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2005), existem diretrizes voltadas para a valorização da ambiência na saúde embasadas nos princípios da transversalidade e indissociabilidade entre atenção e gestão, como um método para contribuir nas transformações das analogias de trabalho.

Essas diretrizes são norteadas por três eixos: o espaço que dirige o conforto do ambiente da saúde; o ambiente como instrumento que possa facilitar o processo de trabalho e, a ambiência como lugar de encontro entre os indivíduos.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), a ambiência



sozinha não altera o processo de trabalho e pode ser utilizada como metodologia que possa contribuir para as alterações dos espaços almejados pelos profissionais de saúde e seus usuários, levando em consideração, a flexibilidade, a funcionalidade, a biossegurança, a prevenção de acidentes e todos os arranjos que beneficiem o processo de trabalho.

Os tipos de espaços adotados pela PNH são preconizados pela criação de ambiência acolhedora, ou seja, espaços coletivos que possam propiciar a interação entre os sujeitos e as intervenções nos espaços físicos dos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Existem na Política Nacional de Humanização algumas dicas que podem ser implantadas nas unidades de saúde em relação a ambiência, são elas:

- Instituir um ambiente coletivo para que seja deliberado ingerências no espaço. Pode ser através de uma roda de conversa, por meio de debate, onde estejam presentes gestores do serviço, funcionários da saúde e representantes dos usuários, além dos profissionais de arquitetura e engenharia.
- Refletir numa executiva de trabalho com o grupo que contenha a presença de um apoiador/facilitador.
- Requerer discussão sobre o modelo assistencial e os processos de trabalho que ocorrem ou ocorrerão no lugar da intervenção, fortalecendo esses processos por meio de fluxogramas, planos ou outro instrumento que o grupo achar mais apropriado.

#### **LINK UTEIS:**

#### **Portaria Política Nacional Da Saúde Do Trabalhador 1823/2012.**

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)



## PASSO 8 - INFORMATIZAÇÃO - PEC/E-SUS

O **e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS)** é uma estratégia do Departamento de Saúde da Família para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS APS, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico.

### **LINKS ÚTEIS:**

#### **E-SUS Atenção Primária - DAB**

<https://aps.saude.gov.br/ape/esus>

#### **Portaria SISAB 1412/2012**

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412\\_10\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html)



## PASSO 9 - EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A educação permanente de profissionais e gestores em saúde deve constituir parte de pensar e fazer dos trabalhadores com a finalidade de propiciar o crescimento pessoal e profissional dos mesmos e contribuir para a organização do processo de trabalho, através de etapas que possam problematizar a realidade e produzir mudanças.

Os processos de educação permanente impõem aos serviços e setores específicos de treinamento/capacitação e de educação permanente das instituições de serviço de saúde a adoção de concepção pedagógica problematizadora, com o propósito de estimular a reflexão da prática e a construção do conhecimento, a partir do olhar ampliado e crítico ao cotidiano do trabalho e principalmente uma escuta qualificada que impulse às ações articuladas e coletivas.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações.

Nesse sentido, a Educação Permanente se constitui em estratégia para desenvolver os serviços de saúde, pois implica em constante atualização por meio de ações intencionais e planejadas voltadas ao fortalecimento de conhecimentos, habilidades e atitudes, que repercutem no interior das relações e processos desde o microcosmo da equipe, até as práticas organizacionais, interinstitucionais e intersetoriais a implicar nas políticas em que se inserem as ações em saúde.



**Figura 2 – Atividades dos NEPs**



Fonte: As autoras. Adaptado do gráfico NEP HUSM ([2015?])

O Núcleo de Educação Permanente em Saúde desenvolve suas atividades nos diferentes eixos:

- **Educação em Serviço**, a qual compreende atividades de desenvolvimento dos profissionais que atuam no HUSM, por meio de cursos, palestras, seminários de capacitação interna e externa.
- **Educação em Saúde** para pacientes e acompanhantes, desenvolvida por meio de grupos de trabalho sobre temáticas de saúde que interessam à população.
- **Integração ensino-serviço**, a qual tem por objetivo integrar os profissionais de saúde (área médica, assistencial e administrativa), docentes e acadêmicos visando constituir um trabalho em equipe por meio de ações interativas, com vistas à inserção destes sujeitos em programas institucionais conforme as necessidades do serviço e do ensino, e por meio de visitas institucionais de profissionais de saúde e estudantes da área da saúde. Também, envolve projetos de extensão para a Rede Pública de Saúde que se desenvolvem acerca



das políticas do SUS em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa;

- **Apoio à produção** científica o qual se desenvolve em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa.

**LINKS ÚTEIS:**

**Portaria da Política Nacional de Educação Permanente:**

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf)

**Educação Permanente em Saúde - Infográfico**

**Animado:**

[https://www.youtube.com/watch?v=2-E2We4CjdU&feature=emb\\_title](https://www.youtube.com/watch?v=2-E2We4CjdU&feature=emb_title)



## PASSO 10 - PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE

Gerenciar significa monitorar a realização das ações ou modificá-las, se necessário. Trata-se de um passo fundamental às organizações, dada a dinamicidade do cotidiano e da diversidade de atores envolvidos nos processos de trabalho. Assim, é indispensável definir os processos e os instrumentos de gerenciamento (OLIVEIRA; REIS, 2016).

A função planejamento – neste compreendido o monitoramento [acompanhamento continuado de compromissos explicitados nos planos] e a avaliação [emitir um julgamento de valor do que foi realizado] – é inerente a todos profissionais, independentemente de onde atuem. O planejamento detém enorme potencial para viabilizar o alcance de oportuna resolubilidade das medidas estabelecidas e implementadas. Essa é uma das principais potencialidades que conferem ao planejamento o caráter estratégico para a qualificação da gestão. (BRASIL, 2010b, p. 9).

Sob a orientação do gestor, cabe a todos esses conduzir o processo de formulação, monitoramento e avaliação do Plano de Saúde (PS), da Programação Anual de Saúde (PAS) e do Relatório Anual de Gestão (RAG) na conformidade da regulamentação do PlanejaSUS, estabelecidos pela Portaria N° 3.085/2006 e definidos pela Portaria N° 3.332/2006. Esses instrumentos apresentam as seguintes características:

- O Plano de Saúde (PS) aborda as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expresso em objetivos, diretrizes e metas;
- A Programação Anual de Saúde (PAS) operacionaliza as intenções expressas no PS, apontando o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como à gestão do SUS; e
- O Relatório Anual de Gestão (RAG) registra os resultados alcançados



com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos.

Como se desprende o PS, PAS e RAG são instrumentos interdependentes, indissociáveis, que viabilizam a dinamicidade e constância do completo processo de planejamento. Nesse processo contínuo, portanto, não há momentos estanques. No “[...] monitoramento e avaliação –, busca-se identificar pontos de fragilidade que merecerão a adoção de medidas ou intervenções por parte dos responsáveis pelo objeto deste monitoramento e avaliação, visando superar os desafios que impedem o avanço do que está proposto [...], fortalecendo assim o processo de trabalho na Atenção Primária. (BRASIL, 2010, p. 13).

Para mais detalhes sobre estas ferramentas indispensáveis para o planejamento e efetividade das ações em saúde, consulte o link das cadernetas disponibilizadas a fim de nortear os gestores e profissionais de saúde sobre a temática em questão.

#### **LINKS ÚTEIS:**

**Sistema de Planejamento do SUS : uma construção coletiva: monitoramento e avaliação : processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS:**

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_planejamento\\_sus\\_construcao\\_coletiva.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_construcao_coletiva.pdf)

**Proposta de Planejamento Monitoramento e Avaliação:**

<https://projetonems.paginas.ufsc.br/files/2018/08/Caderno.pdf>

**Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS:**

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7411>



Desejamos que este material possa ser útil para a ampliar o acesso, a melhoria da qualidade e da resolutividade das ações na Atenção Primária em Saúde, uma vez que a elaboração desta cartilha surgiu em decorrência do cotidiano do nosso trabalho, a partir dos problemas e desafios concretos que vivenciamos e também a partir das experiências positivas de apoio ofertadas pelas Políticas de Humanização e de Educação Permanente em saúde para a qualificação do processo de trabalho em consonância com as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica.

Que esta Cartilha contribua não apenas para a divulgação das ferramentas citadas e aprimoramento das práticas, mas que fomente intervenções contextualizadas nos territórios e tragam impactos positivos nas relações e processos dos diferentes colegas (gestores e profissionais de saúde).



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Apoio Matricial. *In*: GOMES, Andreia Duarte. Slideplayer, [s. l: s. n], 22 jul 2014. *Slides*. Disponível em: <https://slideplayer.com.br/slide/9556098/>. Acesso em: 11 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada. *In*: BIBLIOTECA Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, Brasília, DF, mar. 2010a. Dicas de Saúde. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/201\\_clinica\\_ampliada.html#:~:text=Ampliar%20a%20cl%C3%ADnica%20%C3%A9%20aumentar,de%20v%C3%ADnculo%20com%20o%20usu%C3%A1rio](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/201_clinica_ampliada.html#:~:text=Ampliar%20a%20cl%C3%ADnica%20%C3%A9%20aumentar,de%20v%C3%ADnculo%20com%20o%20usu%C3%A1rio). Acesso em: 12 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II) ISBN 978-85-334-1973-5. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/404133/>. Acesso em: 16 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). ISBN 978-85-334-1939-1. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I). ISBN 978-85-334-1843-1. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/404134/>. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Área Técnica de Saúde do**



**Trabalhador Saúde do trabalhador.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 63p. (Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família; 5). ISBN: 85-334-0368-2. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_trabalhador\\_cab5\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_cab5_2ed.pdf). Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 48 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento\\_com\\_avaliacao\\_e\\_classificacao\\_de\\_risco.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf). Acesso em: 16 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. 76 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento, v. 8). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_planejamento\\_sus\\_construcao\\_coletiva.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_construcao_coletiva.pdf). Acesso em: 16 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Humanização como política transversal na rede de atenção e gestão em saúde: novo momento da Política Nacional de Humanização.** Projeto - PNH/2005-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. ISSN 1678-4464. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>. Acesso em: 1 maio 2020.

CASANOVA, Angela Oliveira; TEIXEIRA, Mirna Barros; MONTENEGRO, Elyne. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4417-4426, nov. 2014. ISSN 1413-8123. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.14702013>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n11/4417-4426/pt>. Acesso em: 1 jan. 2020.



DELZIOVO, Carmem Regina; PEDEBÔS, Lucas Alexandre; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Clínica ampliada. *In*: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. **Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. 42 p. (Eixo 3 – A Assistência na Atenção Básica). ISBN: 978-85-61682-94-1.

Disponível em:

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1088/1/PDF%20-%20Livro%20do%20Curso.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2020.

FURTADO, Juarez Pereira. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, maio/ago. 2007. ISSN 1807-5762. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000200005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/05.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2020.

GONDIM, Garcia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício.

Territorialização em saúde. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. (orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 392-399. ISBN: 978-85-987-36-6. Disponível em:

<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, abr. 2007. ISSN 1678-4464. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/02.pdf>. Acesso em: 1 maio 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma nova agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, jun. 2005. ISSN 1678-4464. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024>.

Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

OLIVEIRA, Ana Emília Figueiredo de; REIS, Regimarina Soares. **Gestão**



**pública em saúde:** monitoramento e avaliação no planejamento do SUS. São Luís: Edufma, 2016. 45 p. (Guia de Gestão Pública em Saúde, Unidade XIII). ISBN: 978-85-7862-569-6. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7408>. Acesso em: 16 mar. 2020.

PEDUZZI, Marina *et al.* Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011. ISSN 0103-7331. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000200015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a15v21n2.pdf>. Acesso em: 1 maio 2020.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O território no programa de saúde da família. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006. ISSN 1980-1726. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16847/9274>. Acesso em: 1 abr. 2020.

PINHEIRO, Roseni. Integridade em saúde. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. (orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 255-262. ISBN: 978-85-987-36-6. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GOMES, Rafael da Silveira. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 603-613, 2009. ISSN 1807-5762. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a12v13s1.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.

SILVA, Alciene Pereira da. Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos histórico-políticos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00095616, 2016. ISSN 1678-4464. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00095616>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00095616.pdf>. Acesso em: 2 maio 2020.



---

*Esta obra foi composta e editada em junho de 2020  
Topografia utilizada  
Amatic SC e Georgia  
A4 / Word 2019 e PDF  
9,96 MB*

---

---

**TOCANTINS**  
GOVERNO DO ESTADO



*Secretaria de Estado da Saúde  
Escola Tocantinense do SUS Dr. Gismar Gomes (Etsus).  
606 Sul, Al. Portinari, APM 07. CEP: 77022-062  
<https://saude.to.gov.br/>*

---

[Ir para o sumário](#)



978-65-87830-00-1



9

786587

830001

**ETSUS**  
Escola Tocantinense do SUS

ETSUS - ESCOLA TOCANTINENSE DO SUS

