

REGINALDO AFONSO DE PAULA

**RELAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DO TRABALHO EM
EQUIPE NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.**

REGINALDO AFONSO DE PAULA

**RELAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DO TRABALHO EM
EQUIPE NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado à Universidade Federal de Minas Gerais como exigência para obtenção do Título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Geraldo Cunha Cury

FOLHA DE APROVAÇÃO

Reginaldo Afonso de Paula

Relação multiprofissional do Trabalho em Equipe na Atenção Básica de Saúde.

Trabalho de Conclusão de curso apresentado à Universidade Federal de Minas Gerais como exigência para obtenção do Título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Profº. Geraldo Cunha Cury

Profº. Geraldo Luiz Moreira Guedes

Profª. Maria Inês Barreiro Senna

DEDICO este trabalho a Deus, minha esposa Elisangela e a meus filhos que são a força e alegria da minha vida. Da mesma forma, aos meus pais e irmãos que sempre foram os meus exemplos de coragem e determinação.

AGRADECIMENTOS

Expresso meu agradecimento: Em primeiro lugar, agradeço o Profº Geraldo Cunha Cury que, com sua indiscutível competência e profissionalismo, orientou-me durante todo o período da realização do meu TCC.

À Bibliotecária Cristine Sardinha Schneider Lopes e Enfª Neuza Maria de Oliveira as quais com adequado equilíbrio entre sabedoria, competência e carinho auxiliou-me nesta pesquisa.

A meu amado pai, José Maria de Paula, por ser uma pessoa tão especial, a qual admiro e me espelho, que por sua existência e importância em minha vida sempre me incentivou na busca de ser uma pessoa melhor.

A minha amada mãe Anézia Antonia de Paula (in memoriam) a qual sempre esteve ao meu lado e mais ainda nesse momento, agradeço por tudo que sou e por tudo que me ensinou, sendo minha admiração incansável.

E, acima de tudo agradeço a Deus que me iluminou e orientou, me auxiliando a manter a calma e a persistência durante essa jornada.

RESUMO

PAULA. A. REGINALDO. RELAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DO TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE. Trabalho de Conclusão de curso - Universidade Federal de Minas Gerais.

O objetivo deste estudo foi definir e informar o papel do trabalho integrado de uma equipe multiprofissional, fornecendo subsídio teórico para intervenções coerentes e eficientes na atuação da equipe de saúde da família, com o intuito de melhorar o processo de trabalho em função dos melhores resultados para a população. A proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes. Além do campo da responsabilidade e do saber específicos de cada profissão ou ocupação, há um campo de competências e de responsabilidade compartilhado. É nesse campo, na reorganização dos serviços de saúde, que este estudo enfatiza a importância de desenvolver práticas educativas que contribua com a qualidade do fazer cotidiano do profissional e com a troca do conhecimento entre os membros da equipe e entre os profissionais e os usuários, na atenção individual e coletiva, ou seja, ser capaz de planejar juntos, profissionais, usuários e grupos representativos da comunidade, ações que transformem a realidade do território adscrito, não só do ponto de vista sanitário, mas, principalmente os aspectos cultural, econômico e social.

Palavras Chaves: trabalho integrado, equipe de saúde da família, relação multiprofissional e práticas educativas.

ABSTRACT

PAULA. A. Reginald. Multidisciplinary RELATIONSHIP OF TEAMWORK IN PRIMARY CARE HEALTH.

Conclusion of course - Federal University of Minas Gerais.

The objective of this study was to define and inform the role of the integrated work of an interdisciplinary team, providing basis for theoretical interventions consistent and efficient performance of the team of family health in order to improve the work process in the best results for population. The purpose of teamwork has been conveyed as a strategy to face the intense process of specialization in health. This process tends to deepen the knowledge vertically and respond to individual aspects of health needs, without taking account both the articulation of actions and knowledge. In the field of responsibility and knowledge specific to each profession or occupation, there is a field of expertise and shared responsibility. It is in this field, in the reorganization of health services, this study emphasizes the importance of developing educational practices that contribute to the quality of daily professional and the exchange of knowledge between team members and between professionals and users, attention on individual and collective, that is, be able to plan together, professionals, users and groups representing the community, actions that transform the reality of the territory ascribed, not only from health point of view, but focusing especially on cultural, economic and social.

Keywords: integrated work team of family health, relationship and multidisciplinary practices

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Macrolocalização da cidade de São Sebastião do Paraíso (MG).....23

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1.0 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	12
1.1 A multidisciplinaridade no Programa Saúde da Família.....	12
1.2 O trabalho em equipe no Programa Saúde da Família.....	16
1.3 O trabalho com grupos.....	20
2.0 METODOLOGIA	23
2.1 Caracterização do município de São Sebastião do Paraíso (MG).....	23
2.2 Caracterização do Serviço de Saúde de São Sebastião do Paraíso (MG).....	24
2.3 O Sistema Único de Saúde (SUS) em São Sebastião do Paraíso (MG).....	25
3.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
4.0 REFERENCIAS	28

INTRODUÇÃO

As ciências humanas tomaram a saúde como objeto de estudo, analisando as práticas, a qualidade do cuidado, as expectativas do cliente, a resolutividade e as profissões, buscando tornar o cidadão mais consciente de seu importante papel social. Incrementaram os estudos sobre os determinantes não biológicos do processo saúde-doença, relações familiares e bioética, reformulando conceitos de saúde, doença, papel do Estado e da sociedade.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem constituído um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade como um todo. Neste contexto, a descentralização dos processos decisórios em saúde tem possibilitado uma melhor visualização dos problemas a serem enfrentados (SILVA & TRAD, 2005).

A sustentabilidade político-econômica do SUS e sua legitimidade dependem da promoção de mudança radical do modelo de atenção, pois a qualidade e a resolutividade das ações e serviços de saúde possibilitarão ao SUS tornar-se patrimônio nacional e ser o local preferencial de atendimento para todos os segmentos sociais.

Uma mudança radical no modelo de atenção à saúde envolve não apenas priorizar a atenção primária e retirar do centro do modelo o papel do hospital e das especialidades, mas, principalmente, concentrar-se no usuário cidadão como um ser humano integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doentes. A humanização do cuidado envolve desde o respeito na recepção e no atendimento, até a limpeza e conforto dos ambientes dos serviços de saúde, deve orientar todas as intervenções.

Para ampliar o acesso e garantir a cobertura de ações e cuidados à saúde, é necessário expandir e organizar redes de serviços de saúde articuladas. As unidades básicas, acolhedoras, de qualidade e resolutivas nas suas ações integrais, preventivas e curativas, baseadas nas necessidades e demandas da população, devem articular-se aos demais níveis do sistema local de saúde com garantias de referência e contra-referência. Nesse sentido, é imprescindível articular atividades de saúde coletiva com ações de assistência clínica nos serviços de atenção básica, estabelecer esses serviços como porta de entrada dos sistemas locais de saúde, equipar e expandir os serviços de urgência e emergência e de referência (FORUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2006).

Na tentativa de reorganizar a atenção básica em saúde, em substituição à prática assistencial vigente, voltada para a cura de doenças, o Ministério da Saúde do Brasil, em

1994, assumiu o desafio de incorporar, em seu plano de ações e metas prioritárias, as estratégias de Saúde da Família, embasada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência (ROCHA; NASCIMENTO; LIMA, 2002).

A Universalidade, enquanto princípio, trouxe o conceito de acesso garantido a todas as pessoas, independente de sexo, renda, raça, procedência, ocupação, nível social ou outras características sociais ou individuais. A Equidade veio como um princípio norteador de justiça social, já que trata desigualmente os desiguais, investindo mais onde as necessidades da população são maiores. A Integralidade visou o indivíduo como um todo, incluindo em seu conceito a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da população (CUNHA, 2003).

Para a orientação das práticas, o PSF prevê: diagnóstico de saúde da comunidade, planejamento e programação local, complementaridade, abordagem multiprofissional, referência e contra-referência, educação continuada, integração intersetorial, acompanhamento, avaliação e controle social.

Nesse modelo, a família que vive na área de abrangência da ESF passa a ser objeto de atenção, sendo compreendida a partir do ambiente onde vive, como são construídas as relações intra e extra-familiares e como desenvolve a luta pela melhoria das suas condições de vida. Somado a essa dimensão, é importante entender que as relações entre as famílias e os serviços de saúde estão inseridas em um conjunto de determinantes sociais, políticos e econômicos. Só a intervenção e recuperação do corpo biológico não têm respondido de forma plena às necessidades de saúde, pois estas vão além e demandam uma atenção que leve em conta a integralidade do ser humano, a qualidade de vida e a promoção da saúde. Portanto, o conhecimento do funcionamento da família, de suas características, do contexto social, cultural e econômico no qual está inserida, é de fundamental importância para a realização do planejamento das intervenções de saúde (MELLO, et al., 2005).

Os profissionais das equipes de saúde são responsáveis por uma população adscrita, em uma área de abrangência definida, onde residam de 600 a 1000 famílias, com um limite máximo de 4500 habitantes. O Ministério da Saúde permite a flexibilização destes critérios de acordo com as características sócio-políticas, econômicas e geográficas da região. Esses profissionais devem residir no município onde atuam e trabalhar em horário integral, de forma a garantir a criação de um vínculo com as famílias sob sua responsabilidade (Brasil, 1998).

O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação multiprofissional pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro,

ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO & ROCHA, 2006).

A abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõe as equipes multiprofissionais, para tanto há necessidade de dispositivos que alterem a dinâmica do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional. Há que se identificar nessas equipes, os elementos que configuram uma nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produz o cuidado em saúde (FRANCO & MERHY, 2000).

O presente trabalho tem como objetivo, definir e informar o papel do trabalho integrado de uma equipe multiprofissional, fornecendo subsídio teórico para intervenções coerentes e eficientes na atuação da equipe de saúde da família.

1.0 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 A RELAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

A discussão dos conceitos de relação multiprofissional dentro da realidade do PSF é de fundamental importância para provocar mudanças na formação dos diversos profissionais envolvidos com a estratégia de saúde da família.

De acordo com o Departamento de Gestão da Educação Permanente em Saúde (EPS), a incorporação da Educação Permanente na cultura institucional, com contribuição efetiva para a mudança do modelo assistencial, pressupõe o desenvolvimento de práticas educativas que foquem a resolução de problemas concretos, em um processo de discussão em equipe, na perspectiva de transformação de realidade. Para tanto, é necessário:

- resgatar a relação entre os integrantes da equipe de trabalho;
- dominar e aplicar saberes profissionais específicos de forma compartilhada com a equipe;
- levar em consideração todo conhecimento dos integrantes das equipes, assim como seus aspectos culturais;
- valorizar e somar saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a perspectiva de viver e conviver com qualidade coletivamente;
- atuar de forma a identificar qual a fundamentação do saber do outro, os determinantes dos processos por ele vivenciados, o modo de se cuidar e o seu quadro socioeconômico para, a partir da visão que o outro tem do problema, estabelecer a melhor estratégia de ação que, necessariamente, tem que respeitar a autonomia do outro;
- compreender a linguagem e o significado das expressões próprias de determinada coletividade ou de um grupo profissional, assim como fazer-se compreender, compartilhando e possibilitando a construção recíproca de novos conhecimentos.
- Transformar conceitos teóricos em práticas do dia a dia com acolhimento, humanização, integralidade e vínculo no atendimento;
- Ter como centro de todas as ações as necessidades apresentadas pelos usuários.

Podemos concluir que os princípios devem ser os mesmos entre os profissionais de saúde e o usuário nos processos pedagógicos entre profissionais em saúde e profissionais de outras áreas.

A EPS foi oficialmente considerada uma estratégia capaz de trazer a arena da formação e do desenvolvimento de profissionais de saúde abordagens metodológicas dialógicas e democráticas. Esta estratégia, tendo como referência o que foi proposto pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), coloca o processo de trabalho como o *locus* gerador de aprendizado significativo (VASCONCELOS & GRILLO & SOARES, 2009 apud BRASIL, 2007).

A proposta de EPS parte do reconhecimento de que é no trabalho que o sujeito põe em prática a capacidade de auto-avaliação, de investigação, de trabalho colaborativo em equipe, de identificação da necessidade de conhecimentos complementares. É no cotidiano que o trabalhador formula temas para os quais necessita de aperfeiçoamento ou atualização, em uma perspectiva de transformação do seu saber e do seu fazer. Pressupõe ações articuladas e, na mesma lógica, com os níveis de gestão e com as instituições formadoras de recursos humanos, ou seja, a compreensão de que EPS é um processo contínuo, coletivo e institucional de reflexão sobre a organização, as ações e os resultados do processo de trabalho, que deve resultar em transformação da realidade do trabalho e da saúde da população.

Assim, a EPS se apresenta como um conceito e um fazer novos, que se diferenciam dos processos de Educação Continuada. Em um serviço em que a Educação Permanente é real, haverá espaço nas agendas para momentos de reflexão nos quais um membro da equipe poderá compartilhar com os demais profissionais o que viu e ouviu em determinada atividade de educação continuada como seminários, congressos, cursos, reuniões técnicas, revistas científicas, entre outros.

A esperança segundo Vasconcellos & Grillo & Soares, (2007), é de que consiga romper com o modelo educacional tradicional caracterizado por uma educação autoritária, que formam profissionais que estabelecem relações profissional-usuário-comunidade autoritária e diretivas.

O reconhecimento desses espaços de interação profissional, facilitaria a execução na prática de um trabalho de cunho verdadeiramente multiprofissional.

A introdução do tema interdisciplinaridade resultou do trabalho do filósofo Hilton Japiassu e de Georges Gusdorf, juntos, os dois autores se constituíram referência sobre o tema no Brasil.

Gusdorf, (1990), comparou o conhecimento a uma granada que explodiu em múltiplos pedaços, cada um formando o que chamamos disciplina, segundo o autor

constatamos diariamente os limites inerentes aos diversos recortes que fazemos para entender melhor a realidade que nos cerca.

Conforme a perspectiva epistemológica da ciência, disciplinas nada mais são do que um saber organizado, constituído por um conjunto de teorias, conceitos e métodos voltados para melhor compreensão de fenômenos. Segundo a perspectiva pedagógica, disciplinas adquirem sentido de conhecimentos a serem abordados por meio de matérias específicas. Porém, podem variar significativamente a forma e intensidade desse intercâmbio de interação entre disciplinas (FURTADO, 2007).

Na tentativa de caracterizar melhor as diferentes formas de aproximação e trocas entre saberes e disciplinas, alguns autores elaboraram conceitos delineando os modos de interação disciplinar, fixando-os em algum ponto entre dois pólos: por um lado, quase nenhum contato entre as disciplinas, e, no outro extremo, grande intercâmbio entre elas. A multidisciplinaridade, a pluridisciplinaridade, a interdisciplinaridade, e a transdisciplinaridade, que representariam, respectivamente, graus cada vez maiores de interação e a troca entre universos disciplinares distintos. Foi proposta por Jantsch, (1972) e adaptado por Almeida Filho, (1997) as seguintes classificações.

A multidisciplinaridade é caracterizada pela justaposição de várias disciplinas em torno de um mesmo tema ou problema, sem o estabelecimento de relações entre os profissionais representantes de cada área no plano técnico ou científico. As várias disciplinas são colocadas lado a lado, carecendo de iniciativas entre si e de organização institucional que estimule e garanta o trânsito entre elas, como exemplo, podemos citar os quase inexistentes canais de troca entre profissionais que trabalham em um ambulatório de especialidades, diferentes áreas coexistem lado a lado, porém com baixíssima inter-relação, ou seja, vários profissionais reunidos, mas trabalhando isoladamente conforme situação descrita a seguir:

O paciente passa por uma contagem de linfócitos, em seguida é atendido pelo oncologista e, finalmente, dirige-se à sala de quimioterapia. Neste caso não há contato entre os profissionais envolvidos no atendimento: o bioquímico da contagem de linfócitos, o médico oncologista e a enfermeira que cuida da quimioterapia não estão articulados entre si de modo que apareçam relações entre as disciplinas. Os profissionais estão inseridos em um esquema automático, o qual não gera espaço para uma articulação como em outras modalidades da disciplinaridade (IRIBARRY, 2002).

A pluridisciplinaridade é caracterizada pelo efetivo relacionamento de disciplinas entre si, havendo coordenação por parte de uma dentre as disciplinas ou pela direção da organização. São estabelecidos objetivos comuns entre as disciplinas, que deverão estabelecer estratégias de cooperação para atingi-lo. Aqui prevalece a idéia de

complementaridade sobre a noção de integração de teorias e métodos. Mesas-redondas constituídas de especialistas convidados a debater sobre um tema, são exemplos de iniciativas pluridisciplinares, podemos citar outro exemplo prático: um paciente procura atendimento psiquiátrico e, após receber orientação e prescrição psicofarmacológica, é encaminhado, pelo próprio psiquiatra a um psicólogo para um trabalho de psicoterapia. Os profissionais cooperam, mas não se articulam necessariamente de maneira coordenada. Nesse caso, a cooperação não é automática, mas cumpre a finalidade de estabelecer contatos entre os profissionais e suas áreas de conhecimento (IRIBARRY, 2002).

A interdisciplinaridade representa o grau mais avançado de relação entre disciplinas, se considerarmos o critério de real entrosamento entre elas. Nesse caso, seriam estabelecidas relações menos verticais entre diferentes disciplinas, que passariam, também, a compartilhar uma mesma plataforma de trabalho, operando sob conceitos em comum e esforçando-se para decodificar o seu jargão para os novos colegas. Pode-se pensar no exemplo de uma equipe para atendimento ambulatorial de gestantes adolescentes de baixa renda. A equipe é formada por um médico pediatra, um médico psiquiatra, um psicólogo, um assistente social, uma psicopedagoga, uma enfermeira e uma secretária. Cada área mencionada agrega ainda estudantes que realizam estágio no ambulatório. No entanto, o que prevalece é o saber médico, responsáveis pela orientação no trabalho da equipe (IRIBARRY, 2002).

Jean Piaget, durante um encontro promovido pela Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico de Países Desenvolvidos, em 1970, para discutir o tema da interdisciplinaridade, afirmou que aos trabalhos interdisciplinares deveriam suceder uma etapa superior, na qual as interações entre o conhecimento se dariam sem as fronteiras disciplinares.

1.2 O TRABALHO EM EQUIPE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

A atitude e o encaminhamento dado frente aos mais variados problemas percebidos pelo homem, individuais e coletivos e em sua relação com os demais seres vivos e o ambiente em que vive são determinados por uma concepção de mundo, de sociedade e do homem que nele vive. Não há, portanto, postura humana neutra e, também, não há uma única forma de ver o mundo, a sociedade e o homem que nele vive. Para tanto, não basta que os especialistas em saúde tenham domínio e apliquem isoladamente os seus saberes profissionais específicos, é preciso somar saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a perspectiva de viver com qualidade, incluindo o ambiente de trabalho (VASCONCELOS & GRILLO & SOARES, 2009).

A proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes (PEDUZZI, 1998).

Além do campo da responsabilidade e do saber específicos de cada profissão ou ocupação, há um campo de competência e de responsabilidade compartilhado, com isso, é necessário desenvolver práticas que contribuam com a qualidade do fazer cotidiano do profissional e com a troca do conhecimento entre os membros da equipe e entre os profissionais e os usuários, na atenção individual e coletiva, isto significa ser capaz de planejar juntos, profissionais, usuários e comunidade, ações que transformem a realidade do território adscrito, não só do ponto de vista sanitário, mas, principalmente, que leve em consideração os aspectos cultural, econômico e social (VASCONCELOS & GRILLO & SOARES, 2009).

Ainda, segundo os autores, é necessário abordar uma postura política que contribua com os processos de construção da cidadania e da democracia, em curso no país. Isto exige determinada postura; comunicação entre o profissional, os demais trabalhadores e os usuários, nas diversas ações e momentos coletivos e individuais que acontecem no serviço. Isto quer dizer que toda atividade executada pelos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde está impregnada de determinada concepção de fazer e agir no cotidiano pessoal e profissional. Essa relação estará sempre marcada pela presença do eu e do outro, iguais e diferentes, e, portanto, por diferentes formas de concepções do mundo e do ser humano no mundo.

O profissional de saúde precisa atuar de forma a identificar qual a fundamentação do saber do outro, as relações causais determinadas dos processos por ele vivenciados,

o modo de se cuidar e o seu quadro socioeconômico. A partir da visão que o outro tem do problema, o profissional estabelece a melhor estratégia de ação que, necessariamente, tem que respeitar a autonomia do outro, com ética. É necessário também, compreender a linguagem e o significado das expressões próprias de determinada coletividade, assim como fazer-se compreender, compartilhando e possibilitando a construção recíproca de novos conhecimentos.

A proposta do Programa Saúde da Família é a de uma equipe composta minimamente por um médico generalista, 4 a 6 agentes comunitários de saúde, trabalhadores de saúde bucal, dois auxiliares de enfermagem e um enfermeiro, cuidando de 800 a 1000 famílias adscritas a uma área de abrangência (BRASIL, 1998).

O processo de trabalho das equipes se estrutura a partir do conceito de delimitação do território, mapeamento das áreas e microáreas. As principais responsabilidades de acordo com o Guia Prático de Programa de Saúde da Família, (2001) constituem: saúde da criança; saúde da mulher, controle de tuberculose; eliminação de hanseníase; ações de saúde bucal. Somam-se a isso visitas domiciliares, reuniões entre os profissionais e a comunidade, atividades educativas com grupos definidos, ações administrativas de supervisão e educação continuada.

As atividades da equipe seriam: conhecer a realidade das famílias; identificar os problemas de saúde e situação de risco; realizar o planejamento e programação local com a participação comunitária; estabelecer vínculo de confiança com os usuários através de uma conduta ética; resolver os problemas de saúde em nível de atenção básica; garantir o acesso à comunidade dentro de um tratamento de referência e contra-referência; prestar atendimento integral à demanda adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada; coordenar e/ou participar de grupos de educação em saúde; promover ações intersetoriais e outras parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados; fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde; incentivar a participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde, no conselho municipal de saúde e auxiliar na implantação do cartão nacional de saúde (GUIA PRÁTICO DE PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2001).

Na proposta de Saúde da Família, o trabalho em equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho, no qual os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da linguagem (ARAÚJO & ROCHA, 2007).

O estabelecimento de uma relação dialógica no interior das unidades de saúde pode contribuir para a superação de relações hierarquizadas, em que os profissionais raramente conhecem as potencialidades dos outros (ARAÚJO & ROCHA, 2007).

Peduzzi, (1998), considera que a formação dos profissionais de saúde estão pautadas no modelo biomédico, o que representa uma limitação para a atuação na esfera da interação.

O trabalho em equipe na saúde da família requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a atenção primária, a qual toma a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social, bem como a promoção da saúde, e prevenção e reabilitação, trazendo a intersectorialidade como parceira na resolutividade dos problemas de saúde (PEDUZZI, 1998).

É enfatizada no documento do Ministério da Saúde, Brasil, (1998), que os profissionais previstos no PSF devem estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo. Pois, atividades e funções que buscam definir um perfil mínimo para atuação, não é suficiente para um trabalho em saúde compartilhado, humanizado, com responsabilização e vínculo com a comunidade, reconhecendo a saúde como direito de cidadania. Quando consideramos que a unidade produtora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas sim uma equipe; que o foco central de atenção não é o indivíduo exclusivamente, mas também a família e seu entorno; que as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde devem se sustentar no conhecimento que contemple as determinações bio-psico-sociais da saúde-doença, cuidados e na autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade. A assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a relação interdisciplinar, bem como a multidisciplinar são necessárias.

Discussões a respeito da equipe multidisciplinar para atenção básica à saúde consideram que a divisão do trabalho especializado não é problematizada. Dessa forma, coloca-se para os trabalhadores o desafio do trabalho em equipe para afazeres que eles desconhecem e precisam desbravar, construir e inventar. É necessário considerar o trabalho de equipe em Saúde como uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos (FORTUNA et. al, 2005).

O desafio é: como articular as características individuais para desenvolver um trabalho coletivo, um trabalho em equipe?

Conversando e elaborando planos de atendimento em conjunto para cada família, definindo o fazer de cada um em relação ao caso. Mas, conversar, muitas vezes, não é fácil, pois nesses momentos, deparamos com as contradições, com as diferenças, com

as expectativas que temos uns dos outros e que não são claramente faladas, nesse caso, trabalhar com objetivos e metas é um ponto importante para a equipe.

Os integrantes da equipe vão trocando saberes, constituindo-se como equipe. Podem surgir, ainda, lideranças para a resistência à mudança, quando algum ou alguns integrantes ajudam o grupo a não realizar sua tarefa. Sabotam, seduzem, esses, de acordo com FORTUNA, (2005), são papéis complementares no grupo, o grupo permite a situação. É necessário identificar quais lideranças podem estar surgindo na equipe em que direção se faz o liderar, se para a tarefa ou para a não-tarefa. É interessante, nesse caso, que líderes diferentes assumam os papéis, familiarizando com os conceitos, aproximando-se de seus colegas, dominando áreas de competências e compartilhando responsabilidades.

Trabalhar em equipe requer rever poderes, desocultar os poderes, olhar se sua disputa não está incoerente com a direcionalidade do trabalho. Deve-se considerar que uma equipe é composta por pessoas que trazem especificidades próprias como: profissão, gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho. Experiências de vida, formação e capacitação, visão de mundo, diferenças salariais e, por fim, interesses próprios. Essas diferenças exercem influência sobre o processo de trabalho, pois estão presente no agir de cada profissional.

Os profissionais que compõem as equipes vêm de uma prática na qual predomina o poder do nível superior sobre o nível médio, da categoria médica sobre as demais. Nesse contexto, segundo Araújo & Rocha, (2007), relações de poder hierarquizados, estabelecidas entre os profissionais, fortalecem a situação de status de algumas profissões sobre outras, garantindo posições de liderança na equipe. Dessa maneira, faz-se necessário redefinir no cotidiano, responsabilidades e competências dos integrantes da equipe de saúde.

Ainda segundo o mesmo autor, estabelecer uma prática comunicativa como estratégia para o enfrentamento dos conflitos significa romper com velhas estruturas hierarquizadas, tão presentes no modelo de saúde. Considerando esse fato, os profissionais de saúde desenvolvem o trabalho com relativa autonomia, mas com subordinação ao fazer do médico, ao contrario do que é proposto pela ESF, onde as relações de poder se enfraquecem priorizando a escuta e a interação entre os profissionais.

1.3 O TRABALHO COM GRUPOS

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, o trabalho com grupos foi incorporado pelas equipes, sendo, sugerido em planos nacionais de organização da atenção à saúde. É fundamental destacar que os grupos operativos devem ter um objetivo claro e um planejamento adequado. No Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*, como exemplo, está contida a indicação de que o enfermeiro deve realizar atendimento grupal com hipertensos e diabéticos como estratégia que favorece a adesão ao tratamento grupal com hipertensos e diabéticos como estratégia que favorece a adesão ao tratamento (controle e prevenção de complicações). Em relação às atribuições do médico, ainda que não cite os grupos como exemplo, há uma indicação de que ele programe, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente. No referido plano, não há atribuições específicas para o cirurgião-dentista, mas ele é citado como membro da equipe multiprofissional, considerada essencial para o controle da hipertensão e do Diabetes *mellitus* (BRASIL, 2001).

Vasconcelos & Grillo e Soares, (2009), afirmam que há tendência dos profissionais de saúde em denominar e generalizar toda atividade de grupo como *grupo operativo*. O grupo operativo é fundamentado na psicologia social de Pichon-Rivière, centrado no processo de inserção do sujeito no grupo, no vínculo e na tarefa.

Segundo os mesmos autores a dinâmica de um grupo que está reunido para produzir algo é marcada por três momentos: pré-tarefa, tarefa e projeto.

A pré-tarefa é o momento em que predominam mecanismos de dissociação, com finalidade de defesa dos sentimentos de culpa e ambivalência, dificuldades de tolerância, frustração e postergação. Todo grupo, ao formular os seus objetivos, se propõe a uma mudança ou realização. Mas, também, apresenta um grau menor ou maior de resistência a essa mudança. Diante da possibilidade dela ocorrer, deixa evidentes os medos básicos de perda e de ataque, isto é, o medo de perder o que já tem. Por outro lado, há o medo do desconhecido, que se liga a uma ansiedade paranóica ou persecutória. Tal resistência à mudança provoca entraves psíquicos e afetivos à aprendizagem e à comunicação intragrupo (BERSTEIN, 1986, PISCHON-RIVIÈRE, 1998, APUD, VASCONCELOS & GRILLO & SOARES, 2009)

A tarefa é o momento em que se rompe a estereotipia em que surgem no momento da pré-tarefa são elaborados, avançando na elaboração de seu objetivo. A execução da tarefa acarreta enfrentar alguns obstáculos relacionados de seu objetivo. A execução da tarefa acarreta enfrentar alguns obstáculos relacionados a conceitos preestabelecidos que devem ser desconstruídos e reconstruídos. Para o grupo significa trabalhar sobre o

objeto-objetivo e sobre si. Neste momento, alcança-se mais operatividade e criatividade, podendo-se sistematizar objetivos e realizar tarefas propostas ou novas tarefas. O grupo está em tarefa implícita quando se dedica a elaborar as ansiedades e contradições que emergem no transcorrer do processo grupal.

E no momento do projeto, o grupo precisa de planejamento, sendo assim a possibilidade de mudanças no modo de ver e agir frente às dificuldades permitirá trocas e aprendizado ao indivíduo.

A operatividade está relacionada com o processo de mudança, de operação de transformação da realidade. Sendo assim, a equipe tem de ser consciente em todos os processos de trabalho com grupos.

Os papéis sociais constituintes de um grupo em tarefa podem ser classificados em duas categorias: informais e formais.

Sobre os papéis formais, a teoria de grupo operativo propõe dois: de coordenador e o de observador da dinâmica grupal. O coordenador deve contribuir para que o grupo foque sua operação e realize sua tarefa interna reflexiva, por meio de intervenções interpretativas, para atingir a condição de desenvolver sua tarefa externa. Cabe ao coordenador manter o grupo centrado na tarefa e favorecer a fala de todos, estimulando a expressão dos sentimentos, assim como a comunicação entre os membros do grupo e com ele; estar atento à necessidade de reforço à auto-imagem e auto-estima; fornecer informações necessárias e adequadas.

Os desempenhos em papéis informais emergem espontaneamente no cotidiano das atividades de um grupo. Pichon-Revière descreveu quatro modalidades desses papéis: líder, porta-voz, bode expiatório e sabotador o quais são definidos da seguinte maneira:

O líder é geralmente aquele que favorece o trabalho do grupo, estimula ou sugere o desenvolvimento das atividades do grupo; o coordenador deve aproveitar a capacidade do líder espontâneo que emerge do grupo para auxiliá-lo em seu papel de coordenador. O porta-voz expressa os conteúdos latentes da grupalidade, ansiedades, conflitos, busca de autonomia, manifesta verticalidade (o indivíduo e sua história de vida) e a horizontalidade (o aqui e o agora do processo grupal). O bode expiatório personifica os aspectos difíceis ou amedrontadores da vivência do grupo. Aquele que dificulta ou que obstrui as propostas no processo grupal é o sabotador. De acordo com Pichon-Revière todos esses papéis podem ser expressos de diversas maneiras (ação, palavras ou silêncio).

Na proposta de grupo operativo há um observador não-participante. Sua função é registrar todas as expressões verbais e não verbais para retroalimentar a coordenação.

Logo após a reunião do grupo, coordenador e observador devem analisar as anotações do observador e planejar as próximas atividades do grupo.

Considerando a importância do trabalho multidisciplinar na abordagem aos usuários, podem ser criadas outras funções como orientador de atividade específicas ou especializadas.

O trabalho com grupos exige planejamento e referencial teórico, a forma de abordagem e a postura do coordenador são decisivas para que o grupo atinja a sua finalidade.

2.0 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo. Foi realizado um levantamento de dados, relatos e entrevistas com os responsáveis pela Secretaria de Saúde do município de São Sebastião do Paraíso, MG.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO (MG).

O Município de São Sebastião do Paraíso está localizado na Região Sul de Minas Gerais, com uma área de 838 km² (83.800 hectares), a uma altitude de 940 metros. Sua posição geográfica é no paralelo 20°54' de latitude sul, em sua interseção com o meridiano de 46°59' de longitude oeste (Figuras 1 e 2).

Possui 66.231 habitantes sendo 58.340, localizados na área urbana, o que equivale a 88,1% da população e 7.891 habitantes localizados na área rural, sendo 11,9% da população (IBGE, 2007).

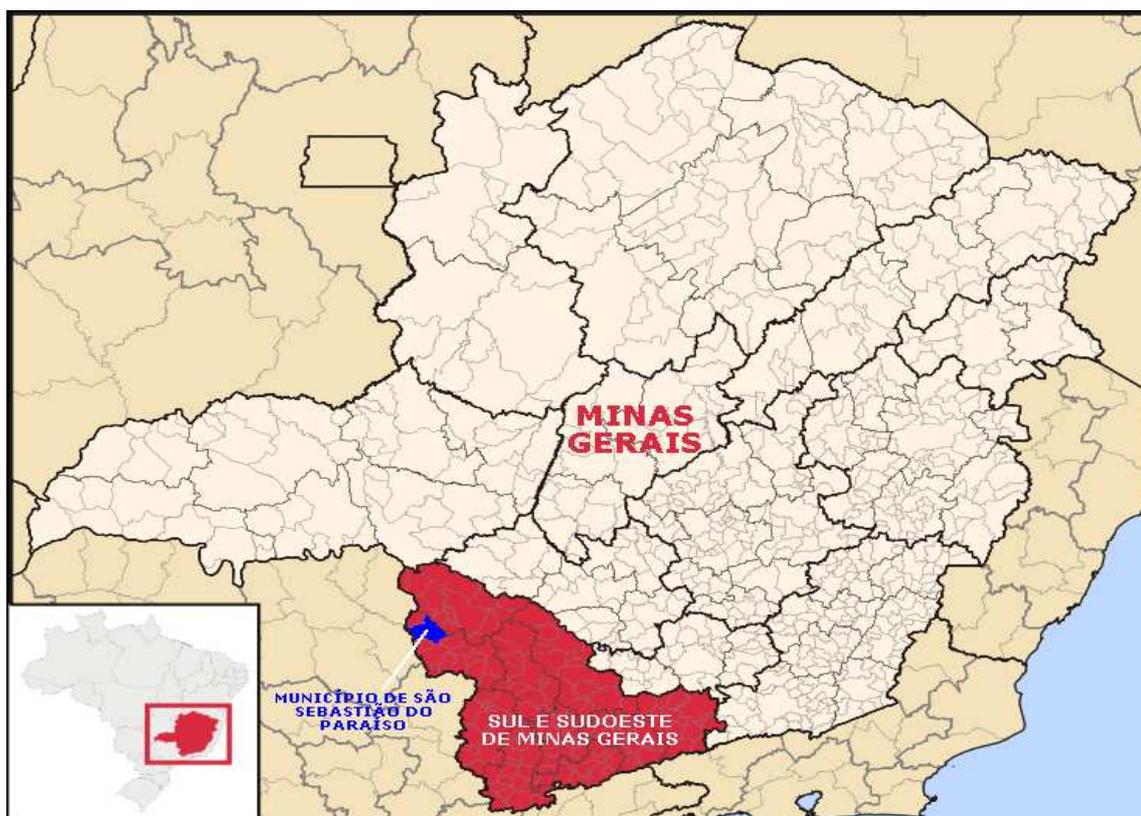


Figura 1. Macrolocalização da cidade de São Sebastião do Paraíso (MG).

Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Sul_de_Minas_Gerais

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,812 (PNUD, 2000), sendo o PIB de R\$576.972,00 (IBGE, 2005) e a Renda per capita anual de R\$8.994,00 (IBGE, 2005).

Segundo os dados do Departamento de Agricultura e Meio Ambiente e Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER), a economia do município é baseada principalmente na agropecuária, exportando vários produtos desse setor para outras regiões e mesmo para o exterior, sendo o café a cultura mais importante.

A captação de água para uso doméstico no município de São Sebastião do Paraíso (MG) é 100% superficial. O Sistema de esgoto sanitário se resume basicamente em redes coletoras de esgoto, lançadas “in natura” nos Córregos do Liso, do Rangel, da Lagoinha e do Bosque (SIPAM, 1998).

O clima da região, segundo levantamento de dados produzidos pela Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado de Minas Gerais, EMATER – MG, (2001), é definido como tropical de altitude (700-1300 m). A existência de um verão chuvoso e inverno seco indicam para o clima da região um regime tropical, entretanto, como existe uma diminuição de temperatura pelo efeito da altitude, pode-se dizer que o clima é tropical de altitude. A temperatura média mensal inferior a 18°C no mês mais frio e inferior a 32°C no mês mais quente.

O regime pluviométrico anual, tipicamente continental, acusa uma periodicidade caracterizada pela concentração máxima de precipitação (85 a 90% do total anual) acumulada nos meses de primavera/verão (outubro a março).

A estação seca, tem duração de 4 meses, estendendo-se de maio a agosto. O máximo de intensidade do período seco, verifica-se nos meses de junho, julho e agosto. Durante o período chuvoso, os meses que acusam maiores precipitações são dezembro e janeiro.

A percentagem de umidade relativa média anual varia em torno de 80%, índice consideravelmente elevado.

O mês que representa valores mais baixos é agosto, com médias oscilando ao redor de 72% e o mês com índices mais elevados é dezembro, com médias da ordem de 83%.

2.2 CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE DE SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO (MG).

O Serviço de Saúde do município de São Sebastião do Paraíso (MG) é formado por dois hospitais, sendo um para Clínica Geral (Santa Casa de Misericórdia de São Sebastião do Paraíso) e o outro especializado em Clínica Psiquiátrica (Hospital Gedor Silveira). A Rede Pública Municipal compreende: PAM, Posto de Puericultura, PSF,

Vigilância Epidemiológica, NAPS (Núcleo de Assistência Psicossocial), CEO (Centro Especializado de Odontologia) e NASF(Núcleo de Apoio a Saúde da Família).

2.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO – MG

O Gestor Municipal, Marcos Rogério de Paula Oliveira descreveu mediante entrevista concedida, sobre as ações do SUS implantadas e implementadas no município.

O Sistema Único de Saúde, o SUS, segundo ele está em fase de crescimento, sendo implantado gradativamente no município.

A criação da Secretaria Municipal de Saúde data de 1986. Em meados de 1997, iniciou-se a implantação da PPI – Programação Pactuada Integrada, e as ações de saúde passaram a ser aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde, fortalecendo assim a participação popular frente a uma gestão de saúde. Com a chamada PPI houve uma desmistificação de procedimentos de baixa, média e alta complexidade; sendo que para o município foi pactuado Atenção Básica à Saúde.

O município atende as legislações determinadas pelos entes federados e a cada portaria lançada o município assume nova responsabilidade.

O SUS no município de São Sebastião do Paraíso (MG), atua com a realização de vários serviços como:

TFD – Tratamento Fora do Domicílio, este serviço era totalmente financiado com recursos federais, em 1998, foi municipalizado e passou a ser custeado com recursos próprios do município.

As consultas especializadas eram realizadas conforme a necessidade do município. Atualmente a referência são os parâmetros que delimitam o atendimento, ou seja, se os atendimentos vão além do pactuado, o município tem que arcar com a diferença.

O atendimento de adulto, criança, idoso, mulher, família, era generalizado, com o SUS, tudo se diferencia e pactua metas a serem cumpridas, caso contrário o município não recebe o recurso financeiro.

Em 1997, São Sebastião do Paraíso implantou a 1ª Equipe de Saúde da Família, programa voltado para uma atenção mais preventiva do que curativa. O PSF no momento de sua implantação e até poucos anos depois, causou um grande impacto na saúde, pois ele acompanhava de perto a família, e começou a desentocar pessoas que tinham graves problemas de saúde e que nunca havia procurado tratamento, como hipertensos, diabéticos, doentes renais, etc. Hoje a realidade do município já é um pouco diferente, a

ações de saúde estão direcionadas a educação, prevenção e a promoção da saúde.

O município conta hoje com 17 Unidades de Saúde da Família (USF) em funcionamento, totalizando 100% de cobertura.

Sobre o Pacto pela Saúde, que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica, lançado em março de 2006, tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, com essa determinante, o município está se programando para atender todas as suas exigências, visando à operacionalização da Atenção Básica, que tem como estratégia a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitos, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde, de acordo com prioridades e pactuações definidas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs).

Para que seja garantido o direito a atendimentos adequados em saúde e melhor qualidade de vida da população, as ações efetuadas para controle social são desenvolvidas dentro do Conselho Municipal de Saúde.

A Composição do Conselho Municipal é paritária entre a população usuária e o conjunto de outros representantes de segmentos da sociedade, governo municipal, prestadores de serviços e profissionais de saúde.

Até o ano de 2004, o controle social funcionava efetivamente com reuniões periódicas do Conselho Municipal de Saúde para discutir e deliberar assuntos de interesses de nossa sociedade. Neste mesmo ano, os Conselheiros Municipais foram vítimas de várias denúncias, pressões políticas e pessoais, ocorrendo uma evasão dos participantes, culminando com a dissolução do Conselho.

Em 2005, iniciamos um processo de reorganização do CMS, mas devido às dificuldades, não foi possível estruturá-lo conforme a legislação municipal, com isso, foi proposto uma reestruturação conforme Projeto de Lei Municipal Nº 3.476, de 23 de Novembro de 2006, reintegrando os membros de acordo com seus segmentos e assembleias.

No momento, os integrantes do CMS voltaram a atuar, após curso de capacitação e conscientização da importância do CMS para os cidadãos e para o município.

3.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Articular distintos aspectos não é um processo rápido e de um único grupo profissional; é necessário um esforço contínuo para que em todos os espaços possíveis exista a integração de conhecimentos disponíveis no espaço de trabalho e nos espaços de formação, favorecendo a ação multiprofissional nas práticas, onde a valorização das diversas disciplinas contribuam para uma abordagem ampla e resolutiva do cuidado. Com isso uma nova dimensão no sentido de responsabilidades do cuidado entre os membros da equipe contribuindo para a qualidade das ações de saúde.

Portanto, o desafio do trabalho em equipe é pensar no cuidado à saúde como mais que uma atitude, uma relação de complementaridade e interdependência relativa com um saber próprio dos distintos agentes: médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes da saúde, na Saúde da Família. A relação intersetorial deverá ser vista como uma parceira na resolutividade dos problemas de saúde, assim como, um importante ponto para o sucesso do trabalho em equipe seria trabalhar com a definição dos objetivos e metas.

4.0 REFERENCIAS

ARAÚJO.M.B.S; ROCHA.P.M. *Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família*. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 12 (2). 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia Prático de Programa de Saúde da Família*. Brasília; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as Diretrizes para Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília. Diário Oficial da União; 20 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus*.: Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Departamentos de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. 2001.

CUNHA JPP, CUNHA RE. *Sistema Único de Saúde: princípios*. In: Campos FE, Tonon LM, Oliveira Jr M. (org). *Planejamento e Gestão em Saúde*. Belo Horizonte: Coopmed, [s/d]. Cadernos de Saúde, 2.

EMATER (Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado de Minas Gerais). *Projeto de Recuperação dos Rios São João e Santana*. Belo Horizonte - MG, Junho de 2001.

FRANCO. T.B; MERHY. E.E. *PSF: contradições e novos desafios*. In Conferencia Nacional de Saúde. Tribuna livre 2000. [acessado 2009 dez 21]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>.

FORTUNA. C.M.; et al. *O Trabalho de Equipe no Programa de Saúde da Família: Reflexões a Partir de Conceitos do Processo Grupal e de Grupos Operativos*. Ver Latino-am Enfermagem. 13 (2) 262-8. março-abril.2005.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. *O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade*. ABRASCO. CEBES. ABRES. REDE UNIDA. AMPASA. Rio de Janeiro. Julho, 2006.

FURTADO. J.P. *Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões*. Interface – comunic, Saúde, Educ, V.11, n22, p.239-55. mai/ago 2007.

IBGE. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios, 1999*. Microdados. Rio de Janeiro. 2000. CD-ROM.

IRIBARRY. I.N. *O Diagnóstico Transdisciplinar como dispositivo para o trabalho de inclusão*. Em BATISTA C. R. & BOSA C. (Orgs). *Autismo e Educação: Reflexão e proposta de Intervenção*. Porto Alegre. Artmed. 2002

JAPIASSU H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

MELLO, F. D. et al. *Genograma e Ecomapa: Possibilidades de Utilização na Estratégia de Saúde da Família*. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 2005. 15(1):78-88

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

ROCHA S. M. M.; NASCIMENTO L. C.; LIMA R. A. G.; *Enfermagem Pediátrica e Abordagem da Família: Subsídios para o Ensino de Graduação*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol.10. nº 5. Ribeirão Preto. Set./out.2002.

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. *O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais*. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

SIPAM. *Sistema Integrado de Proteção dos Mananciais*. Relatório das atividades programadas pela COPASA (Companhia de Saneamento), 1º volume, Junho de 1998.

SOMMERMAN, A. *Pedagogia da alternância e transdisciplinaridade*. I Seminário Internacional Pedagogia da Alternância, Salvador, BA. 1999. Disponível em <http://www.nupe.fib/pgprof/artigo.htm>. Acesso em 10 maio de 2005.

OLIVEIRA, H.T. *Transdisciplinaridade: Conceito e História*. Artigo publicado em *Encontros e Caminhos: Formação de Educadores Ambientais e Coletivos Educadores*. Ministério do Meio Ambiente. Brasília. 2005.

PICHON-REVIÈRE. *O Processo Grupal*. 3º ed. São Paulo (SP): Martins Fontes, 1982.

PEDUZZI M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação* [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

VASCONCELLOS. M.; GILLO. C.J.M.; SOARES.M.S. *Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para Abordagem ao Indivíduo, Família e Comunidade*. Apostila do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade de Minas Gerais. 2009

WEILL, P. *Axiomática transdisciplinar para um novo paradigma holístico*. In: WEILL. P.; D'AMBRÓSIO, U.; CREMA, R. *Rumo à nova transdisciplinaridade: sistemas abertos de conhecimento*. 2 ed. São Paulo: Summus Editorial, 1993.

http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/C_historico.html