



A TERAPIA OCUPACIONAL NO CONTEXTO DA GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Occupational Therapy in the Context of Public Health Management in Brazil

Maitê Peres de Carvalho*¹
Ana Paula de Souza Lima²
Rafaela Oliveira da Vitória³
Fernanda Capella Rugno⁴

Abstract: Inserted in the context of administrative practice, health management encompasses a range of actions connected to the organizational flow of the Brazilian Unified Health System that seeks to enable comprehensive health care for the population. This article sought to report the experience of Occupational Therapy with the 7th Regional Health Coordination, acting predominantly in the regulation of the system and highlighting the importance of the Occupational Therapist in the health management process. The main activity performed was the regulation of access in SISREG III, establishing the risk classification of users and, monthly, physical rehabilitation appointments were also scheduled. To schedule these appointments, two criteria were considered: time on the waiting list and severity of the case. It was noticed that the health regulating access needs more professionals with expertise in rehabilitation to aggregate to the evaluation and monitoring of the clinical case. The Occupational Therapist, as a regulator of the system, have much to contribute to clinical reasoning aimed at physical

rehabilitation from the perspective of human occupation, which is the core of his training.

Keywords: Health Information Management; Primary Health Care; Health Care Coordination and Monitoring.

Resumo: Inserida no contexto da prática administrativa, a gestão em saúde abarca uma gama de ações conectadas ao fluxo organizacional do Sistema Único de Saúde que busca viabilizar a atenção integral à saúde da população. Este artigo buscou relatar a experiência da Terapia Ocupacional junto à 7ª Coordenadoria Regional de Saúde, atuando predominantemente na regulação do sistema e destacando a importância do Terapeuta Ocupacional no processo de gestão em saúde. A principal atividade desempenhada foi a regulação de acesso no SISREG III, estabelecendo-se a classificação de risco dos usuários e, mensalmente, também eram agendadas as consultas de reabilitação física. Para o agendamento dessas consultas foram ponderados dois critérios: tempo na fila de espera e gravidade do caso. Percebeu-se que a regulação do acesso em

¹ Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Professora Substituta do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

² Acadêmica de Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

³ Especialização em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP). Terapeuta Ocupacional da 7ª Coordenadoria Regional de Saúde, RS.

⁴ Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

*Endereço para Correspondência:

Colegiado do Curso de Terapia Ocupacional
Av. Duque de Caxias, 250
CEP 96030-000 Bairro: Fragata
Pelotas, RS
E-mail: maite.carvalho@ufpel.edu.br

saúde necessita de mais profissionais com expertise em reabilitação para agregar a avaliação e acompanhamento do caso clínico. O Terapeuta Ocupacional enquanto regulador do sistema tem muito a contribuir com o raciocínio clínico voltado à reabilitação física sob a ótica da ocupação humana, que é o cerne de sua formação.

Palavras-chave: Gestão da Informação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Regulação e Fiscalização em Saúde.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, assegura à população brasileira o direito universal e gratuito à saúde. O Ministério da Saúde é responsável por estruturar as diretrizes e princípios do SUS, cabendo a aplicação e o desenvolvimento das mesmas aos estados e municípios. Ao SUS compete desde atendimentos primários até procedimentos mais complexos que abrangem atendimentos de urgência e emergência ou mesmo eletivos, além de vacinas, medicações, cirurgias, dispensação de fraldas ou órteses, próteses e materiais especiais (OPM), por exemplo¹.

Avanços significativos na construção do SUS desvelam a descentralização da saúde no Brasil, rompendo com o antigo modelo centralizado na assistência, e designando responsabilidades e recursos para os entes federados. Dessa forma, a prestação dos serviços adquire maior qualidade e torna-se mais eficiente, bem como possibilita a fiscalização e o controle atento dos usuários².

Inserida no contexto da prática administrativa, a gestão em saúde abarca uma gama

de ações conectadas ao fluxo organizacional do SUS que busca viabilizar a atenção integral à saúde da população e estabelecer as relações entre as esferas de gestão do sistema^{3,4}.

Em 2008, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulação⁵ através da Portaria nº 1.559, ampliando o conceito de regulação a partir de três eixos: regulação dos sistemas, da atenção e do acesso. Dessa forma, torna-se possível a articulação das ações de regulação em saúde e do monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro⁶.

Na perspectiva da gestão em saúde no âmbito do SUS, no que concerne ao Sistema Nacional de Regulação (SISREG III), o presente artigo buscou relatar a experiência da Terapia Ocupacional junto à 7ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), no Rio Grande do Sul, atuando predominantemente na regulação do sistema e destacando a importância do Terapeuta Ocupacional no processo de gestão em saúde.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) na 7ª CRS, localizada no município de Bagé/RS, no período de 15 de março a 25 de junho de 2021, totalizando 680 horas.

As coordenadorias no Rio Grande do Sul são órgãos espalhados pelas regiões do estado para garantir a capilaridade das ações em saúde em nível regional, bem como assessorar os gestores municipais, contribuir para a construção de Redes

de Atenção à Saúde, monitorá-las e fiscalizá-las. A 7ª CRS abrange 6 municípios da região do Pampa (Aceguá, Bagé, Candiota, Dom Pedrito, Lavras do Sul e Hulha Negra) e compartilha com a 3ª CRS diversas ações em média e alta complexidade. A macrorregião Sul totaliza 28 municípios.

O estágio curricular das duas alunas foi orientado por uma docente do curso e supervisionado pela Terapeuta Ocupacional do serviço, a qual coordena a Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência.

Foram realizadas reuniões virtuais semanais, em média, com duração de três horas, a fim de discutir particularidades específicas de alguns casos, sanar dúvidas e traçar estratégias futuras. Ademais, ocorria de maneira regular o contato diário por aplicativo de mensagens visando a troca de informações em tempo real no intuito de agilizar o fluxo do sistema e os benefícios aos usuários, uma vez que a principal atividade desempenhada era a regulação de acesso no SISREG III.

Nesse sistema era realizada a classificação de risco dos usuários inseridos no SISREG III, a qual tem por intuito orientar a tomada de decisões referente à prioridade de atendimento na fila de espera. Mensalmente também era realizado o agendamento das consultas de reabilitação física. A cotização deste atendimento ocorre por meio da Programação Pactuada Integrada (PPI), instrumento que analisa e distribui as vagas com um critério populacional. Um quantitativo de 12 vagas era disponibilizado para os municípios de abrangência da 7ª CRS, entretanto, devido a algumas questões técnicas e à pandemia da COVID-19 houve descontinuidade no fluxo por aproximadamente cinco meses e, após retomada,

foi possível aumentar o número de vagas para 30 na reabilitação física com a revisão da PPI por tamanho da população de abrangência de ambas Coordenadorias Regionais de Saúde, mantendo assim esse quantitativo até que houvesse tempo de espera equitativo entre as CRSs da macrorregião Sul. Para o agendamento mensal das consultas de reabilitação física, foram ponderados dois critérios: tempo na fila de espera e gravidade do caso; pautados em um protocolo pré-definido pela equipe técnica.

RESULTADOS

Tendo em vista a escassez da literatura no Brasil acerca da regulação dos sistemas, neste caso o SISREG III, justifica-se a relevância de suscitar uma discussão acerca dessa temática a fim de problematizar eventuais lacunas encontradas e possibilitar maior celeridade e eficácia ao processo como um todo.

Sob a perspectiva da formação profissional das alunas que experienciaram essa prática com a regulação do sistema, foi possível perceber o quão enriquecedora tornou-se a vivência na gestão em saúde. Esse perfil exige competências e habilidades que não são exploradas na trajetória acadêmica e requerem experiência prática com profissionais que tenham expertise na área. Além disso, entender a importância da continuidade do processo para suprir as demandas dos usuários assim como o fluxo dos protocolos e etapas a serem cumpridas trouxe grande contribuição para a formação em Terapia Ocupacional das acadêmicas sob a ótica da Atenção Primária em Saúde com foco na gestão.

Os processos de regulação do acesso e de classificação de risco ocorrem no formato on-line e

não necessitam do contato direto com o usuário; sendo assim, não houve dificuldade imposta pelo momento atual da pandemia da COVID-19. Contudo, o fluxo que envolve todo o processo de regulação desde a emissão do laudo médico até o momento da alta terapêutica é composto por várias etapas, as quais são realizadas por diferentes servidores. Tais etapas ocorrem por meio do encaminhamento do usuário ao Serviço de Reabilitação Física, podendo ser realizado na atenção primária da rede de saúde do seu município ou no momento da alta hospitalar. Na Secretaria Municipal de Saúde, de posse do devido encaminhamento, é realizada a inserção da solicitação, na fila de espera do sistema, vinculado juntamente ao número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) enquanto usuário do SUS.

A regulação em saúde é uma ação política de garantia de direitos que envolve ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação. Compreende desde a estrutura física, os profissionais que integram o serviço e suas demandas, os equipamentos e materiais necessários ao fluxo de trabalho, além do controle e da avaliação dos custos e gastos em saúde⁷⁻⁹.

Considerando-se a situação financeira do país nos últimos anos, agravada pela preocupante condição de saúde pública ocasionada pela COVID-19 a partir de 2020, destaca-se a relevância do adequado investimento público em saúde já que tantos cortes orçamentários foram estabelecidos no país. Para que não haja desperdício ou falta de recursos, bem como falhas no serviço de saúde ou ainda para que a assistência não seja negada a algum usuário, torna-se essencial uma gestão eficiente¹⁰.

Desse modo, o acréscimo de 18 vagas, além das 12 já disponibilizadas habitualmente para os municípios de abrangência da 7ª CRS no que concerne à reabilitação física, foi de grande valia ao usuário. A fila de espera estava assumindo grandes proporções e a morosidade alcançava quase 2 anos. Com as 30 vagas atuais foi possível proporcionar maior celeridade ao processo. A literatura aponta a redução do tempo de espera para atendimento na média e alta complexidade como um dos principais desafios do sistema de saúde neste âmbito¹¹.

O SISREG III possui um protocolo clínico de critérios para a regulação de vagas ambulatoriais, o qual estabelece prioridades para representar o tempo máximo desejável de atendimento. Didaticamente distribuído por cores, a cor vermelha sinaliza um agendamento prioritário para situações clínicas graves e/ou emergências, sugerindo atendimento em até 30 dias; já a cor amarela indica situações clínicas urgentes e que necessitam de um agendamento relativamente ágil em até 90 dias. A cor verde pode aguardar até 180 dias apontando a não urgência do caso e, a cor azul refere-se a atendimentos eletivos, podendo esperar mais de 180 dias¹². A classificação de risco é um dos critérios de priorização dentro da regulação de acesso à assistência a qual visa organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso à assistência em saúde no SUS de forma equitativa¹³.

Ademais, outro aspecto importante observado pelas estagiárias e pelos servidores que realizam a classificação de risco dos usuários refere-se à necessidade de padronização e tecnicidade na escrita das informações do caso clínico ao ser inserido no SISREG III. Na regulação de procedimentos ambulatoriais do usuário, o

tópico Histórico de Observações poderia conter elementos mais consistentes acerca das demandas do usuário a fim de permitir uma avaliação mais qualitativa do quadro em questão. São frequentes as situações em que é preciso avaliar a gravidade e urgência de um caso tendo apenas informações como idade do usuário, Classificação Internacional da Doença (CID) e OPM solicitado.

Para o profissional que está realizando a classificação da gravidade de determinado caso, é necessário maior nível de detalhamento e qualidade das informações a fim de que dados importantes não sejam omitidos e possam vir a prejudicar a demanda específica do usuário. Para a dispensação de cadeiras de rodas, órteses ou próteses, o profissional responsável pela regulação do acesso necessita estar ciente das condições físicas atuais do usuário e evolução do quadro de maneira sucinta mas completa, além, é claro, de apresentar conhecimento técnico-científico para avaliar essas instâncias.

Além disso, quando é prescrita ao usuário alguma OPM, se faz necessário que a dispensação do recurso seja realizada com as devidas orientações, treino para uso e manutenção adequados, levando em consideração a capacidade adaptativa de cada indivíduo e a personalização da OPM de acordo com as necessidades e características específicas do usuário.

O Terapeuta Ocupacional apresenta expertise na referida área. A partir do Decreto-Lei 938¹⁴, de 13 de outubro de 1969, foi reconhecida e regulamentada a Terapia Ocupacional no Brasil caracterizando-a como uma profissão da área da saúde com atuação relativa à ocupação humana e ao desempenho ocupacional, cuja assistência direciona-se à promoção da saúde, prevenção de

doenças, reabilitação e bem-estar do cliente analisando-o sob seu contexto biopsicossocial, cultural e espiritual¹⁵⁻¹⁶.

Sendo assim, o papel do Terapeuta Ocupacional enquanto regulador do sistema contribuiria com o raciocínio clínico voltado à reabilitação física sob a ótica da ocupação humana. Tal competência certamente melhoraria a efetividade da OPM prescrita ao considerar-se os contextos de desempenho do indivíduo, seus papéis ocupacionais e fatores do cliente¹⁵⁻¹⁷.

Relativo ao processo de alta, destaca-se que o mesmo é competência do serviço de reabilitação após a concessão e o treino da OPM. A alta é decidida em conjunto pela equipe multidisciplinar tendo como tempo médio já pré-estabelecido pelas Diretrizes da reabilitação física e orientações para concessão de OPMs do estado do Rio Grande do Sul (2018), 6 meses para a alta terapêutica. Este tempo pode ser ampliado conforme a necessidade clínica. Para usuários em acompanhamento pediátrico não se aplica um tempo médio pré-estipulado, visto que a alta será possibilitada de acordo com o alcance do potencial funcional da criança. De acordo com as diretrizes, junto à alta deve ser fornecido um documento de contra referência indicando qual ponto de atenção deverá ser buscado na rede de atenção básica de seu município de origem¹⁸. Entretanto, existem aspectos que, se aprimorados, acredita-se que poderiam otimizar ainda mais o fluxo do sistema e, conseqüentemente, a qualidade do serviço oferecido ao usuário.

Advinda da experiência adquirida neste estágio na gestão em saúde, bem como pautado em observações e discussões com a Terapeuta Ocupacional do serviço, propõe-se a criação de um

protocolo de encaminhamento com qualificação da solicitação inicial passando por um profissional da reabilitação que agregaria à equipe multiprofissional, tais como o terapeuta ocupacional e o fisioterapeuta. Esses profissionais apresentam conhecimento na área para contribuir qualitativamente informando mais detalhes do caso clínico à documentação para que haja subsídios mais contundentes para a avaliação inicial e agilidade do processo. Tais profissionais da reabilitação poderiam também compor ações locais para oferecer acompanhamento e dar continuidade ao cuidado junto ao território dos usuários.

A equipe multiprofissional na regulação em saúde representa a incorporação do princípio da integralidade do SUS¹⁹. A partir da Lei 8.080/90²⁰, entende-se que a integralidade de assistência é um conjunto de serviços continuados que deve abranger diversas complexidades em saúde. Esse princípio vê-se contemplado na pluralidade das ações da equipe multiprofissional que, por ser composta por diversos campos do saber, consegue dar vazão a uma adequada articulação da rede de atenção em saúde e atender as especificidades de cada caso em uma perspectiva integrada e holística^{21,22}.

Um estudo realizado com as Secretarias Municipais no Rio Grande do Sul buscou conhecer o perfil do gestor no SUS de acordo com o porte dos municípios²³ e constatou que a maioria eram mulheres com idade média de 43 anos, alto nível de escolaridade e com formações predominantemente nas áreas de administração e enfermagem. Já Moura et al. (2016)²⁴ identificou no Ceará o

predomínio de médicos e enfermeiros. Em ambos estudos o Terapeuta Ocupacional apresenta inexpressivo percentual de inserção na gestão.

Salienta-se a relevância do trabalho em equipe - principalmente na gestão em saúde - como um grande desafio que pode ter sua origem na formação acadêmica compartimentada que ainda existe nos dias de hoje. Na teoria muito se fala em trabalho de equipe, mas na prática ainda se percebe pouca integração efetivamente. Há uma enorme dificuldade da maioria dos profissionais em compartilhar informações, discutir conjuntamente casos clínicos para a tomada de decisões e até mesmo realizar encaminhamentos de pacientes para outros profissionais da saúde, inúmeras vezes por falta de conhecimento acerca da totalidade de abrangência da área de atuação do seu colega de trabalho.

É fundamental investir em educação permanente, solidificar relações interpessoais no trabalho e incentivar a comunicação para reestruturação das práticas assistenciais. Uma apropriada integração dos profissionais de saúde proporciona um ambiente mais agradável para se trabalhar, melhores resultados para o usuário do sistema de saúde e maior economia aos cofres públicos tendo em vista o fluxo linear do serviço. Destaca-se, ainda, a relevância do trabalho multiprofissional para a saúde pública, uma vez que torna o atendimento mais humanizado, contemplando os princípios essenciais do SUS como universalidade, integralidade e equidade²⁵.

CONCLUSÕES

São notáveis os avanços e conquistas para a saúde proporcionados pelo Sistema Único de Saúde brasileiro. Foram muitas as barreiras e ainda existem inúmeros desafios para melhorar o acesso e a assistência. Alguns dilemas conjunturais desafiam os gestores e trazem à tona a necessidade constante de adaptações. A articulação entre gestores, servidores e usuários é imprescindível para que as políticas públicas sejam revertidas em benefícios à sociedade propiciando na prática os três princípios do SUS: equidade, universalidade e integralidade.

É importante salientar a relevância do trabalho multiprofissional para a saúde pública, pois adequadas articulações tendem a cooperar com o fluxo linear do serviço proporcionando maior efetividade. Ademais, reitera-se que o Terapeuta Ocupacional enquanto integrante dessa equipe pode contribuir com o raciocínio clínico voltado à reabilitação física sob a ótica da ocupação humana - que é o cerne de sua formação - e cuja assistência direciona-se à promoção da saúde, prevenção de doenças, reabilitação e bem-estar do cliente analisando-o sob seu contexto biopsicossocial, cultural e espiritual. Esse olhar integral para o sistema como um todo é o ponto-chave da questão.

REFERÊNCIAS

1. Souza GCA, Costa ICC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde Soc.* 2010; 19(3):509-17.
2. Santos NS. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(1):273-80.
3. Tanaka OU, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(4):821-8.
4. Brasil. Portaria nº 2.203, de 6 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. *Diário Oficial da União, Brasília/DF.* [acesso em 2021 jun. 10]. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/U_PT-MS-GM-2203_051196.pdf.
5. Brasil. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União, Brasília/DF.* [acesso em 2021 jun. 23]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html.
6. Albieri FAO, Cecilio LCO. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. *Saúde Debate.* 2015; 39(n. esp.):184-95.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Curso Básico de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2016. [acesso em 2021 jun. 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_regulacao_SUS_led_eletronica.pdf.
8. Giannotti, EM. A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços: um estudo de caso do município de Guarulhos. 2013. 132f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
9. Schilling CM, Reis AT, Moraes JC. (Orgs.). A política de regulação do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006, 116p. [acesso em 2021 jun. 22]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/09/DesenvolvimentodeSistemaseServicosdeSaude.pdf>.
10. Silva CR, et al. Fatores associados à eficiência na Atenção Básica em saúde, nos

municípios brasileiros. *Saúde Debate*. 2018; 42(117):382-91.

11. Conil EM, Giovanella L, Almeida PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16(6):2783-94.

12. Brasil. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. SISREG – Protocolo para o Regulador. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2015. [acesso em 2021 jun. 21]. Disponível em: https://www.subpav.org/download/sisreg/SISREG_regulador_protocolo.pdf.

13. Bagatini CLT. A regulação do acesso e sua importância para organizar a oferta e a demanda de serviços nos sistemas públicos de saúde: o caso do Rio Grande do Sul. 2017. 38f. Trabalho Final de Curso (Especialização em Economia), Programa de Pós-Graduação em Economia, Universidade Federal de Goiás, 2017.

14. Brasil. Decreto-Lei 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília/DF*. [acesso em 2021 jun. 23]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-938-13-outubro-1969-375357-publicacaooriginal-1-pe.html>.

15. American Occupational Therapy Association - AOTA. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio e processo - 3.ed. traduzida. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2015; 26(n. esp.):01-49.

16. Pedretti LW, Early MB. Desempenho Ocupacional e Modelos de Prática para Disfunção Física. In: _____. *Terapia Ocupacional: Capacidades Práticas para as Disfunções Físicas*. 5.ed. São Paulo: Roca, 2005.

17. Keenan DD, Morris PA. Amputações e Próteses. In: Pedretti LW, Early MB. *Terapia Ocupacional: Capacidades Práticas para as Disfunções Físicas*. 5.ed. São Paulo: Roca, 2005.

18. Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Diretrizes da reabilitação física e orientações para concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção do estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 2018. [acesso em 2021 jun. 17]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180359/07155907-diretrizes-da-reabilitacao-fisica-e-concessao-de-opm-do-rs.pdf>.

19. Silva MVS, Miranda GBN, Andrade MA. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. *Interface*. 2017; 21(62):589-99.

20. Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília/DF*, 1990. [acesso 2021 jun. 17]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.

21. Feriotti ML. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. *Vínculo - Revista do NESME*. 2009; 2(6):113-219.

22. Pinto LF, et al. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(4):1257-67.

23. Arcari JM, et al. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020; 25(2):407-20.

24. Moura DCN, Pinto JR, Aragão AEA. Perfil dos profissionais atuantes na Gestão em Saúde frente ao novo modelo de reorganização do SUS: A regionalização. *Tempus Actas de Saúde Colet*. 2016; 10(1):75-93.

25. Bezerra RKC, Alves AMCV. A importância do trabalho da equipe multiprofissional na Estratégia Saúde da Família e seus principais desafios. *Rev. Expr. Catól. Saúde* 2019; 4(2):07-15.