

Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Serviço Social

**O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): CONTEXTUALIZAÇÃO
DE SUA IMPLANTAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL**

Maria Martha Lauande da Costa

Brasília, 4 de março de 2013.

Maria Martha Lauande da Costa

**O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): CONTEXTUALIZAÇÃO
DE SUA IMPLANTAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social - SER, do Instituto de Ciências Humanas - IH, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade de Brasília (UnB) sob a orientação da Prof.^a Dra. Andréia de Oliveira.

Brasília, 2013

Maria Martha Lauande da Costa

**O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): CONTEXTUALIZAÇÃO
DE SUA IMPLANTAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social - SER, do Instituto de Ciências Humanas - IH, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade de Brasília (UnB) sob a orientação da Prof.^a Dra. Andréia de Oliveira.

Aprovada em:

Menção:

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Andréia de Oliveira
Assistente Social – UnB/ Orientadora

Prof.^a Dra. Ângela Vieira Neves
Assistente Social – UnB/ Membro Interna

Ma Cláudia Regina Merçon de Vargas
Assistente Social – SEAD/HUB/ Membro Externa

RESUMO

A fim de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços da atenção básica de saúde, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esse estudo busca, primeiramente, contextualizar a atuação do NASF na Atenção Básica de saúde brasileira, caracterizando sua constituição e implantação até a atualidade; identificar o quantitativo de equipes atualmente implantadas no Brasil e as categorias profissionais que as compõe; identificar e analisar as normatizações e orientações da prática profissional dessas equipes; contribuir no fortalecimento do debate acerca da atuação destas, gerando novos estudos e pesquisas e, identificar a inserção do assistente social, com foco no quantitativo de profissionais no conjunto das equipes dos NASFs implantadas neste país. Trata-se de uma pesquisa exploratória que, para alcançar os objetivos e a apreensão da temática proposta, utilizar-se-á com relação aos procedimentos metodológicos, de um estudo documental e bibliográfico acerca do NASF. Os resultados serão apresentados visando caracterizar o que de mais relevante se observou na proposta de contextualizar a atuação do NASF na Atenção Básica de saúde brasileira.

Palavras-Chave: Atenção básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Política de saúde. Saúde. Saúde da Família. Sistema Único de Saúde. Reforma Sanitária Brasileira.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária em Saúde

CAP - Caixa de Aposentadoria e Pensão

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

DAB - Departamento de Atenção Básica

DMP - Departamento de Medicina Preventiva

ESF - Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

IAP - Instituto de Aposentadoria e Pensão

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MES - Ministério da Educação e Saúde

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PAC - Programa de Agente Comunitário

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSF - Programa Saúde da Família

PST - Projeto de Saúde no Território

PTS - Projeto Terapeutico Singular

RAS - Redes de Atenção Básica

SBH - Sociedade Brasileira de Higiene

SCNE - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SF - Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
PERCURSO METODOLÓGICO	12
1. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: PRINCIPAIS MARCOS	
1.1. A trajetória da política de saúde no Brasil: breve contextualização.....	14
1.2. O Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e a Constituição Federal de 1988.....	18
2. A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	
2.1. A Constituição Federal de 1988: bases legais do Sistema Único de Saúde (SUS).....	20
2.2. Atenção Básica em saúde: principais marcos e conceitos básicos.....	24
2.3. A Atenção Básica em saúde no Brasil: trajetória, conquistas e desafios no SUS	
2.3.1. Saúde da Família.....	28
2.3.2. Plano Nacional de Atenção Básica.....	32
3. NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	
3.1. Princípios e diretrizes gerais.....	35
3.2. Ferramentas tecnológicas.....	37
3.3. A equipe do NASF.....	39
3.4. Análise do Núcleo de Apoio à Saúde da Família desde sua implementação até novembro de 2012.....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

INTRODUÇÃO

A política de saúde brasileira sempre foi marcada por dificuldades e crises. A partir da década de 70, o país vivenciou uma crise no setor de saúde de grande importância, pois, foi onde o modelo assistencial previdenciário até então vigente e hegemônico no país, baseado em uma atenção médico-assistencial privatista e curativa, foi abalado com propostas que visavam uma transformação das práticas em saúde com objetivo de ampliar a cobertura da saúde para a população que não estava inserida neste modelo de assistência previdenciária.

Neste cenário, marcado pela crise previdenciária e pela presença de vários movimentos de democratização da sociedade brasileira, foi a presença de movimentos sociais, de universidades e de experiências desencadeadas na esfera municipal que tornou favorável a constituição de um amplo projeto de saúde pública. Esse projeto conformou o Movimento pela Reforma Sanitária brasileira, em que se defendeu, principalmente, a descentralização do setor de saúde e a participação social, tendo sua expressão máxima na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986. Nessa Conferência foram delineados os princípios norteadores do que viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS) proposto pela Constituição de 1988 (CONASEMS, 2007).

Este modelo assistencial foi questionado por segmentos que defendiam uma perspectiva ampliada do direito à saúde e sua concepção, de modo que se conquistou, no âmbito constitucional, a saúde como um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Esse novo modelo de saúde deu-se a partir da implantação do Sistema Único de Saúde, que, como política pública, também buscou a cidadania e a minoração da exclusão social e das desigualdades sociais. Nesse sistema, os três níveis de governo e o setor privado contratado e conveniado exercem ação conjunta com objetivo único, tendo como diretrizes básicas fundamentais a universalização, a equidade e a integralidade, e desta forma, as ações de atenção à saúde devem obedecer aos princípios fundamentais de descentralização, regionalização, hierarquização, resolubilidade e participação social a fim de possibilitar maior acessibilidade aos usuários (ARONA, 2009 & ROMAGNOLI, 2009).

Incorporando e reafirmando os princípios do SUS descritos acima e com a intenção de romper com o modelo assistencial de saúde, que tinha como base a atenção curativa com postura medicalizante, verticalizada e individualista, centrada na atuação do médico e com pouca resolutividade, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) com o objetivo de reorientar esse modelo assistencial a partir da atenção básica (ROMAGNOLI, 2009).

A formulação do PSF foi estimulada durante os anos noventa pelo Ministério da Saúde fortalecendo as ações de caráter preventivo com investimentos em programas de ações básicas como parte da estratégia de reorganização do próprio modelo de atenção, tendo em vista, principalmente, a promoção da saúde.

Em sua concepção e implementação inicial, o PSF¹ foi marcado como programa paralelo, com funções delimitadas e com um enfoque seletivo e restritivo em população de menor renda e unidades sem articulação à rede assistencial. Alguns anos mais tarde, com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pelo Ministério da Saúde no ano de 2006, estabeleceu-se a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS). Com esta aprovação, foi reafirmado o conceito da atenção. Assim, a concepção e o escopo do conceito de atenção primária brasileira foram ampliados, incorporando os atributos da atenção primária à saúde abrangente, colocando-a como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para estruturação dos sistemas locais de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

De acordo com as diretrizes conceituais da Atenção Básica expostas no Portal da Saúde², essa nova concepção de atenção primária supera a proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes multiprofissionais são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, atuando por meio de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade.

¹ “O PSF deve conter uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros” (BRASIL, 2006).

² O Portal da Saúde é um *site* do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>>. Acesso em: 1 mar/2013.

Assim, ainda de acordo com o referido Portal, as equipes de Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade, mediante a adstrição de clientela. Seu desafio é ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança do citado modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.

A fim de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008.

De acordo com o Caderno de Diretrizes do NASF (2009), o Núcleo de Apoio à saúde da Família deve ser constituído por uma equipe interdisciplinar que atua em conjunto com os profissionais da Saúde da Família (SF), compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade dessas equipes.

A referida equipe deve estar comprometida com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre seus próprios integrantes, incluindo em sua atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente e popular em saúde, promoção da integralidade, da participação popular e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

De acordo com o caderno acima citado, o NASF tem como missão o apoio e compartilhamento de responsabilidades, não se constituindo como porta de entrada do sistema para os usuários, mas como apoio às equipes de Saúde da Família.

Tendo em vista que o NASF representa uma proposta recente do Ministério da Saúde, decidiu-se realizar uma pesquisa bibliográfica e documental sobre esse tema, de forma que se pretende, como este trabalho, contribuir no debate acerca da nova experiência no âmbito do SUS, mais precisamente na atenção básica à saúde, ao procurar conhecer a atuação das equipes do NASF.

O objetivo geral deste trabalho é contextualizar a atuação do Núcleo de Apoio em Saúde da Família na Atenção Básica de saúde brasileira, tendo como objetivos específicos a) caracterizar sua constituição desde sua implantação até a atualidade; b) identificar o quantitativo de equipes desde núcleo atualmente implantadas no Brasil e as categorias

profissionais que as compõem; c) identificar e analisar as normatizações e orientações da prática profissional das equipes; d) contribuir para o fortalecimento do debate acerca da atuação do NASF, gerando novos estudos e pesquisas; e e) identificar a inserção do assistente social junto a tais equipes, com foco no quantitativo de profissionais no conjunto das equipes implantadas no Brasil.

O trabalho foi desenvolvido em três capítulos: 1º) A política de saúde no Brasil: principais marcos; 2º) A Atenção Básica em saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS); 3º) Núcleo de Apoio em Saúde da Família (NASF).

O primeiro capítulo, que trata da política de saúde no Brasil, foi iniciado com a abordagem do que é política pública e como foi a conformação da política de saúde brasileira, desde a sua implementação até o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e a conquista da Constituição Federal de 1988.

O segundo capítulo versa sobre a questão da Atenção Básica em saúde, onde se inicia discorrendo sobre as bases legais do SUS. Depois aborda a história da Atenção Primária a Saúde, caracterizando seus principais marcos e conceitos básicos até a implementação da Atenção Básica no Brasil, tratando de sua trajetória, conquistas e desafios. Ainda neste capítulo, discorre-se sobre a Estratégia de Saúde da Família e o Plano Nacional de Atenção Básica, que são de plena importância para o objeto de estudo deste trabalho (NASF), o qual é tratado no terceiro capítulo.

No terceiro capítulo, como foco central do presente trabalho, far-se-á uma abordagem sobre a sistemática do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, dos quais são tratados os princípios e diretrizes gerais do NASF, suas ferramentas tecnológicas e a suas equipes de trabalho. Em sequência, ao final deste trabalho, têm-se as considerações finais acerca do estudo realizado.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa exploratória que para alcançar os objetivos e a percepção da temática proposta, utilizou-se com relação aos procedimentos metodológicos, um estudo documental e bibliográfico acerca do NASF.

Vale destacar que o projeto inicial de pesquisa objetivava identificar e analisar as possibilidades e dificuldades na atuação do Núcleo de Apoio em Saúde da Família na Regional de Saúde do Paranoá – DF. Para tanto, propôs-se fazer uma pesquisa de campo por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais do NASF da Regional de Saúde do Paranoá - DF que contempla as Regiões Administrativas do Paranoá (RA 7) e Itapoã (RA 28).

O projeto inicial de pesquisa foi elaborado e encaminhado para o Comitê de Ética da FEPECS no mês de outubro de 2012. Apesar de toda documentação ter sido enviada, não houve resposta por parte do citado Comitê até o mês de fevereiro de 2013. Diante de tal fato, acordou-se com a orientadora Prof.^a Dr.^a Andréia de Oliveira pela redefinição do projeto inicial de pesquisa, alterando seus objetivos e metodologia.

Para o alcance do objetivo deste trabalho que é contextualizar a atuação do Núcleo de Apoio em Saúde da Família na Atenção Básica de saúde brasileira, realizou-se uma pesquisa acerca do NASF e da temática envolta. Informações, normatizações, portarias, leis e decretos acerca da temática também foram pesquisados no site do Ministério da Saúde, assim como informações estatísticas, como gráficos e tabelas acerca da implantação das equipes, foram pesquisadas na base de dados do SCNE, DATASUS e SIAB.

Vale destacar que foi realizado contato com a coordenação geral da Gestão de Atenção Básica, do Departamento de Atenção Básica do MS, a qual encaminhou dados acerca da implantação do NASF, que foram de grande importância para conclusão deste trabalho.

Para a construção do presente estudo e das análises presentes, realizou-se um levantamento bibliográfico sobre a temática que envolve a APS e o NASF, seguido de sucessivas leituras deste material. Após a leitura e sistematização do material escolhido, realizou-se uma análise dos dados apresentados. Nesse processo, tais dados foram analisados de acordo com os princípios e diretrizes expostos no “Caderno de Atenção Básica - Diretrizes do NASF” e dos objetivos gerais e específicos propostos nessa pesquisa. Os resultados são

apresentados visando caracterizar o que de mais relevante se observou na proposta de contextualizar a atuação desse núcleo de apoio.

A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: PRINCIPAIS MARCOS

1.1. Trajetória da política de saúde no Brasil: breve contextualização

A Política Pública pode ser regulada e provida pelo Estado, englobando demandas, escolhas e decisões privadas, podendo e devendo ser controlada pelos cidadãos. Compromete não só o Estado em garantir direitos, mas também a sociedade na defesa da institucionalidade legal e integridade dessa política (PEREIRA, 2008).

A política pública expressa, assim, a conversão de demandas e decisões privadas e estatais em decisões e ações públicas que afetam e comprometem a todos (PEREIRA, 2008). É um conjunto de diretrizes e referenciais ético-legais adotados pelo Estado diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade que afeta e compromete a todos.

Compreende-se, então, que as políticas públicas são gestadas e implementadas pelo Estado para o enfrentamento de problemas sociais, tais como a erradicação da pobreza, a redução das desigualdades sociais e aqueles relacionados à saúde. Para solucionar tais problemas são necessárias políticas sociais universais e, nesse sentido, a política de saúde é essencial para a construção de uma democracia que assegure não apenas os direitos civis e políticos, mas também os direitos sociais da cidadania.

A necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde para obter uma resposta efetiva, eficaz e segura às situações de saúde dominadas pelos problemas citados acima, levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2010, p. 2302).

Assim, três modelos de políticas conformaram o sistema de saúde brasileiro durante sua história, são eles: o modelo sanitarista campanhista, o modelo sanitarista desenvolvimentista e o modelo médico assistencial privatista.

Surgido no século XIX, o modelo de saúde sanitaria campanhista institucionalizou-se:

Como ações especializadas com o objetivo de controle de determinadas doenças, as campanhas sanitárias se caracterizaram pela autonomia frente às práticas rotineiras de saúde, por sua curta duração e, em diversos momentos, por assumirem um perfil análogo ao das operações militares (SCOREL & TEIXEIRA, 2008, p.348).

Centralizador e autoritário, esse modelo sanitaria campanhista, tratado muitas vezes como caso de polícia, caracterizava-se por uma política de saúde pública que divergia de um modelo de atenção médico, baseado em seguros e medicina individual e curativa.

O período de governo de Getúlio Vargas (1930-1945) desenvolveu um projeto de construção nacional voltado para a integração do país e para a valorização do trabalho e do operariado urbano. Ampliou as medidas iniciais de assistência médica que surgiram durante a Primeira República, aumentando a oferta de serviços médicos aos trabalhadores urbanos.

A partir de 1933, esse governo passou a transformar as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)³ em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) que passaram a congregam os trabalhadores por categorias profissionais. Estas também ofereciam serviços médicos como as CAPs, mas priorizava benefícios e pensões (SCOREL & TEIXEIRA, 2008).

A assistência nos IAPs limitava-se aos trabalhadores inseridos no trabalho assalariado formal e parte de sindicatos, enquanto os desempregados, subempregados e trabalhadores rurais não estavam inclusos nas ações de assistência à saúde do Estado.

Analisando o governo Vargas, notam-se as suas duas bases distintas de política de saúde: a saúde pública e a medicina previdenciária. A saúde pública sob o comando do Ministério da Educação e Saúde (MES) destinava-se a controlar e erradicar doenças e problemas de saúde da coletividade. Já a assistência médica, era individual e destinada a indivíduos impossibilitados de trabalhar devido a doenças (SCOREL & TEIXEIRA, 2008).

Durante o governo Dutra (1946-1951), passou-se a adotar a noção de “seguridade social”, contrária a de “seguro social” antes difundida. Com a nova ideia, o Estado passa a ter obrigações naturais para com qualquer cidadão, devendo intervir ativamente (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986).

³ As primeiras CAPs foram criadas em 1917 como entidades autônomas e semipúblicas. Caracterizavam-se como fundos organizados por empresas, compostos por contribuição de trabalhadores, empregadores e consumidores dos serviços das empresas. Restrito a somente três categorias profissionais, seus recursos eram destinados às aposentadorias por idade, tempo de serviço e invalidez ou aos dependentes em caso de morte do trabalhador (SCOREL & TEIXEIRA, 2008).

Inativos e pensionistas passaram a ser incorporados na assistência médica previdenciária, sendo que com a Constituição de 1946 a assistência sanitária, hospitalar e médica passaram a ser incorporadas na legislação do trabalho e da previdência social.

Eleito na disputa para sucessão de Dutra, Getúlio Vargas volta ao poder em seu segundo governo (1951-1954) e uma nova corrente de ideias chamada de sanitarismo desenvolvimentista, começa a se constituir.

O pensamento sanitarista desenvolvimentista era de que o nível de saúde de uma população depende, em primeiro lugar, do grau de desenvolvimento econômico de um país ou de uma região e que, portanto, as medidas de assistência médico-sanitária são, em boa parte, inócuas quando não acompanham ou não integram esse processo (SCOREL & TEIXEIRA, 2008, p.370).

Os sanitaristas desenvolvimentistas pretendiam criar uma coordenação entre as campanhas e promover uma extensão de cobertura de saúde municipalizando os serviços de saúde. Dessa forma, os municípios estariam mais perto dos usuários, oferecendo uma atenção à saúde preventiva e curativa, e as ações de coordenação e controle seriam para o nível federal.

Tais sanitaristas foram os vitoriosos na disputa para direção da Sociedade Brasileira de Higiene (SBH) contra o grupo do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado a partir de um acordo entre o governo brasileiro e o norte-americano para atuar no combate a doenças em regiões de trabalho de borracha e ferro. O SESP contava com verbas vindas da cooperação americana e em suas ações conjugava medicina preventiva e curativa (SCOREL & TEIXEIRA, 2008).

Durante o período de Ditadura Militar brasileira, configurou-se um sistema de atenção estatal a saúde onde a concentração de recursos foi majoritariamente para esfera da previdência social.

A primeira medida foi a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ocasionando uma centralização administrativa e financeira e a uniformização dos benefícios para todos os trabalhadores segurados. Aqueles que não contribuíam para previdência social obtinham atenção à saúde em centros e postos de saúde pública, em serviços de saúde filantrópicos ou em consultórios e clínicas privadas (SCOREL & TEIXEIRA, 2008).

Dessa forma, centralizada e unificada no INPS, a previdência passou a ter função assistencial e redistributiva. De acordo com OLIVEIRA; TEIXEIRA (1986), nesse período da

previdência social predominou a prática médica individual, assistencialista e especializada ao invés das ações de saúde pública de caráter preventivo e interesse coletivo.

A criação de um complexo médico-industrial com altas taxas de acumulação de capital nas grandes empresas produtoras de medicamentos e de equipamentos, juntamente com o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado em moldes capitalistas visando a lucratividade do setor saúde, também foram destacadas como características pelos autores referidos anteriormente. Criam-se assim, as bases para o modelo médico assistencial privatista.

O modelo médico-assistencial privatista que foi hegemônico na década de 70, se assenta no seguinte tripé: a) o Estado como financiador do sistema por meio da Previdência Social; b) o setor privado nacional como maior prestador de serviços de assistência médica; e c) o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, principalmente equipamentos médicos e medicamentos (MENDES, 1993).

Esse modelo, centrado na demanda espontânea, atende aos indivíduos que procuram por sua livre e espontânea iniciativa os serviços de saúde de acordo com o seu conhecimento do que é doença. Predominantemente curativo e pouco comprometido com os níveis de saúde da população, tal modelo encontra seus fundamentos na medicina flexneriana⁴, nos planos de saúde e mesmo nos serviços públicos, até que se organizem para atender a uma população adstrita (PAIM, 2008).

No Brasil, esse modelo esteve presente na assistência filantrópica e na medicina liberal, fortaleceu-se com a expansão da previdência social e consolidou-se com a capitalização da medicina nas últimas décadas do século XX, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (PAIM, 2008, p. 557).

O modelo econômico implantado pela Ditadura Militar entra em crise levando o modelo médico assistencial privatista junto consigo. Marcus Vinícius Polignano em “História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão”⁵ discorre sobre os motivos que levaram à crise do modelo de saúde em questão, dos quais destaca-se os seguintes:

⁴ A medicina flexneriana dá ênfase na atenção médica individual, secundarizando a promoção da saúde e a prevenção das doenças, valorizando o ambiente hospitalar em detrimento da assistência ambulatorial (PAIM, 2008).

⁵ Trabalho disponível em *site* da internet, entretanto, não tem informações de data de publicação.

- Por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde;
- os aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médica-hospitalar de complexidade crescente;
- a diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário reduzindo as suas receitas;
- a incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de excluídos do sistema por não terem carteira assinada;
- os desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal;
- o não repasse pela união de recursos do tesouro nacional para o sistema previdenciário.

Durante esse período, a abordagem dos problemas de saúde foi se transformando, constituindo-se a base teórica e ideológica de um pensamento médico-social, o qual foi abordado nos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) das universidades da época. Iniciaram-se nesses locais as bases universitárias que somaram e foram de suma importância no então denominado Movimento Sanitário, um movimento social que propunha uma ampla transformação do sistema de saúde vigente (ESCOREL, 2008).

1.2. O Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e a Constituição Federal de 1988

O início dos anos 70 no Brasil foi marcado por diversas crises, dentre elas, cabe destacar nesse trabalho, a crise do “milagre econômico”, a crise da ditadura militar e seu autoritarismo, a crise do capitalismo mundial e a crise do setor saúde.

Expressada pela baixa eficácia da assistência médica, altos custos do modelo médico-hospitalar e pela baixa cobertura dos serviços de saúde, a crise do setor saúde foi caracterizada por um modelo de saúde assistencial previdenciário, baseado em uma atenção médico-assistencial privatista e curativa.

Diante dessa situação, surgiram vários movimentos sociais no interior da sociedade civil que lutavam pela redemocratização do país. Tais movimentos estiveram associados a lutas por mais justiça social e equidade, a fim de conseguir uma solução para o problema das desigualdades sociais, levando também a condições que permitiriam tanto um melhor estado de saúde da população quanto um acesso mais equitativo aos serviços de saúde (COELHO, 2010).

De acordo com Sônia Fleury (2009), um movimento em especial surgiu a partir das lutas de resistência à ditadura e do seu modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social, foi o movimento pela reforma sanitária. Este se organizou desde diferentes lugares, tais como universidades, sindicatos de profissionais de saúde, movimentos populares e o Congresso Nacional. Defendeu a redemocratização da saúde brasileira e um amplo projeto de saúde pública que buscava a descentralização e a participação social (CONASEMS, 2007).

Ainda remetendo às afirmações de FLEURY (2009), o processo de reforma sanitária brasileira orientou-se por quatro princípios:

- princípio ético-normativo que insere a saúde como parte dos direitos humanos;
- princípio científico que compreende a determinação social do processo saúde doença;
- princípio político que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática;
- e, por fim, o princípio sanitário que entende a proteção à saúde de uma forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação.

A partir desses princípios percebe-se que a reforma sanitária voltou-se a um amplo modelo de proteção social, mais justo e democrático, onde a saúde estava ligada a cidadania e um direito do ser humano.

Foi no ano de 1986 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que o conceito de saúde foi ampliado e relacionado às condições de vida e não mais, somente, à ausência de doenças. A partir de então, a saúde passou a ser vista como direito de cidadania, sendo inseparável da democracia (ARONA, 2009).

Tal conferência aprovou a unificação do sistema de saúde, o dever do Estado, elaborou novas bases financeiras do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social. A 8ª CNS marcou a história das conferências de saúde no Brasil por ter sido a primeira

vez que a população participou das discussões. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal de 1988 como nas leis orgânicas da saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90.

Participaram dessa conferência mais de 4.000 delegados que, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, envolvendo promoção, proteção e recuperação⁶.

O conceito ampliado de saúde foi adotado na Constituição de 1988, onde, de acordo com o art. 196, a saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do Estado. A Constituição estabeleceu que a saúde é parte da seguridade social (art.194), é um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Ainda, criou-se o SUS, regido pelos princípios de descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

2. A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

2.1. A Constituição Federal de 1988: bases legais do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8.080/90 e nº 8.142/90. Com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornou obrigatório o atendimento público a todos os cidadãos de forma gratuita.

A Lei 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Tem vigor em todo o território nacional para qualquer ação ou serviço de saúde realizado por pessoas ou empresas.

⁶Informação retirada a partir do Relatório final da 8ª Conferência Nacional da Saúde.

Em seu art. 2º, a referida lei define saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, garantindo a saúde com a formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Entretanto, deixa claro que o dever do Estado não exclui o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

No Art. 4º, a citada lei dispõe que “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde”.

O §1º desse artigo estabelece que:

§1º - Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos inclusive de sangue e homoderivados, e de equipamentos para a saúde.

Nesse sentido, CAMPOS & AMARAL (2007) leciona que do Sistema Único de Saúde fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros, bancos de sangue, além de fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ e o Instituto Vital Brasil.

A Lei 8.080/90 afirma, também, no §2º, do art. 4º que a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde em caráter complementar. Isso poderá se dar por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda população de uma determinada região (CAMPOS & AMARAL, 2007).

Os objetivos e atribuições do SUS estão descritos no art. 5º da já mencionada Lei 8.080/90, e compreendem a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de política de saúde e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

O SUS tem como objetivo tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços de qualidade. Propõe promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as

informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação - Vigilância Epidemiológica -, são algumas de suas responsabilidades de atenção, assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público - Vigilância Sanitária (CAMPOS & AMARAL, 2007).

Dos princípios e diretrizes, dispõe o art. 7º da lei referida que as ações e serviços de saúde deverão ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal de 1988, obedecendo ainda, dentre outros, aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; [...].

As ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (art. 8º). A direção do sistema é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos órgãos competentes (art. 9º).

Em relação à Lei 8.142, esta dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Em seu art. 1º, dispõe que o Sistema Único de Saúde contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com duas instâncias colegiadas, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

Em relação à Conferência de Saúde,

Reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (art. 1º, §1º).

Em relação ao Conselho de Saúde,

Em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuará na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (art. 1º, §2º).

O exercício da cidadania tem sido realizado por meio da instituição dos Conselhos de Saúde, onde a sociedade tem a oportunidade de viver a relação entre Estado e população e construir seu conceito de direito à saúde (MENDES, 1999). Cabe destacar que a comunidade muitas vezes tem dificuldade em aderir aos espaços e grupos comunitários de discussão, assim como de participar de Conselhos e Conferências. Tal realidade pode ser explicada devido à cultura brasileira do assistencialismo, da conformação e falta de esperança de que a realidade possa mudar, já que muitos desconhecem seus direitos e se sentem incapazes de lutar por melhorias no país.

É sabido que através do Sistema Único de Saúde todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS da esfera municipal, estadual e federal, sejam públicas ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde. Devemos ter cuidado ao caracterizá-lo como gratuito, pois é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população, compondo os recursos do governo federal, estadual e municipal.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei 8.080/90, resume a organização do SUS no seu art. 3º, nos seguintes termos:

O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

Esse decreto regulamenta a Lei nº 8.080/1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Dentre as concepções importantes referidas no aludido decreto, destaca-se nesta monografia o entendimento de portas de entrada como serviços de atendimento inicial à saúde do usuário do SUS e o entendimento de rede de atenção à saúde como conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Como portas de entrada às ações e aos serviços

nas Redes de Atenção à Saúde, o decreto estabelece os serviços de atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e especial de acesso aberto (art. 2º).

Apesar de ter-se conquistado as bases constitucionais e legais, pode ser notado que a operacionalização da reforma no setor saúde, que objetiva a construção de um sistema de serviços de saúde universal, democrático, integral e igualitário, encontra vários empecilhos (COSTA et al, 2009).

Dentre esses empecilhos, pela experiência da autora e a realidade atual, nota-se que na maioria das unidades de saúde há uma grande desorganização e grande falta de infraestrutura, alinhada a grandes filas, atendimento desumanizado, pacientes espalhados pelos corredores à espera de atendimento, mortes que poderiam ser evitáveis, entre outros.

Assim, grandes dificuldades são encontradas em implantar e garantir o exposto em lei. Nota-se que a população muitas vezes fica à margem do atendimento nesses serviços, podendo encontrar um meio de participação e gestão social nos Conselhos e Conferências expostos acima. Esses são exemplos de locais onde a população pode discutir e exigir melhoras nos serviços de saúde, garantido o cumprimento da legislação.

Em concordância com o campo de interesse do presente estudo, vamos nos centrar na atenção primária (denominada do Brasil como atenção básica) e, mais especificamente, no Núcleo de Apoio em Saúde da Família, conforme itens subsequentes.

2.2. Atenção Básica em saúde: principais marcos e conceitos básicos

A Atenção Básica à Saúde ou Atenção Primária a Saúde (APS) é a atenção que se dá de forma ambulatorial no primeiro nível, ou seja, os serviços de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Tem sido considerada a base para a constituição de um sistema de saúde eficaz, eficiente, qualificado e que preconize o direito humano à saúde (OLIVEIRA, 2002).

Foi entendida pela Conferência Internacional sobre APS como atenção à saúde essencial, fundada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, primeiro componente de um processo permanente de assistência sanitária, cujo acesso deveria ser garantido a todas as

peças e famílias da comunidade mediante sua plena participação (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Essa Conferência, realizada no ano de 1978 na cidade de Alma-Ata (Cazaquistão) e organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), é conhecida como Conferência de Alma-Ata. Conhecida internacionalmente tem grande importância e influência nas discussões sobre políticas de saúde e direito à saúde.

Em sua declaração (OMS; UNICEF, 1978), reafirma a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. É um direito humano fundamental e a consecução de seu maior nível de saúde requer os setores saúde, sociais e econômicos trabalhando juntos.

Defende que a promoção e proteção da saúde são essenciais para o desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade da vida e, inclusive, para a paz mundial. Entretanto, os governos devem se responsabilizar pela saúde da sua população, adotando medidas sanitárias e sociais adequadas.

Os cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possa manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contato com os indivíduos, a família e a comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde (OMS; UNICEF, 1978).

Os cuidados de saúde primários visam solucionar os problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Devem ser apoiados por sistemas de referências integrados e funcionais, que levem à progressiva melhoria dos cuidados de saúde para todos (OMS; UNICEF, 1978).

Após Alma-Ata, o que imperou nos países em desenvolvimento foi a implementação de uma APS seletiva. Contudo, a discussão de saúde se ampliou. Movimentos sociais em âmbito internacional passaram a enfatizar a compreensão da saúde como direito humano, a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde e também a necessidade de estabelecer políticas de desenvolvimento inclusivas, apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, para reduzir desigualdades e alcançar equidade em saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 582).

No entanto, ressalta-se que a perspectiva seletiva de APS na década de 80 foi fortemente apoiada por agências internacionais (como o Banco Mundial e a Fundação Ford), de modo que fundamentam as intervenções nos países mais pobres enfatizando o combate das principais doenças e a diminuição dos custos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

OLIVEIRA (2012), fundamentando-se em GIOVANELLA; MENDONÇA (2008); MENDES (1996); e na ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (2011b), apresenta três principais interpretações de APS que reforçam ou se contrapõem a uma perspectiva ampliada/abrangente de APS: a) compreendida como estratégia de reordenamento do setor da saúde e como modelo assistencial; b) como estratégia de organização e reordenamento do primeiro nível de atenção do sistema de saúde, ou seja, de organizar e operacionalizar a porta de entrada do sistema; c) concebida como programa focalizado e seletivo, destinado a populações e regiões pobres, com cesta restrita de serviços, baixa densidade tecnológica e baixos custos.

Contudo, corroboramos com o posicionamento de que:

A APS é compreendida e implementada, em diferentes dimensões, em perspectiva mais ou menos abrangente, mais ou menos seletiva e focalizada, como estratégia de reorganização do primeiro nível de atenção ou como estratégia de reorganização de sistemas de saúde. A opção por uma ou outra perpassa, dentre outros aspectos, por diferentes formas de organização e modelos dos sistemas de saúde, pela correlação de forças existentes e pelas condições sócio-históricas de cada momento, de modo que poderá ou não contribuir para o fortalecimento do processo de democratização da saúde (OLIVEIRA, 2012, p. 92).

Cabe ainda ressaltar o importante estudo de STARFIELD (2002) sobre os atributos da APS, estes foram apresentados por meio de uma análise comparativa da APS em 12 países industrializados:

- Primeiro contato: ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados;
- Longitudinalidade: responsabilidade pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida;

- Abrangência ou integralidade: reconhecimento de todas as necessidades do paciente, de modo que a totalidade dos serviços seja garantida para toda a população, independente da faixa etária, tal como o encaminhamento e acesso aos serviços especializados;
- Coordenação: responsabilidade em garantir diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas. Deve garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços;
- Orientação para comunidade: conhecimento das necessidades, da cultura, dos problemas e recursos disponíveis na população adstrita;
- Centralidade na família: consideração do contexto e dinâmica familiar a fim de saber responder às necessidades de cada membro assertivamente;
- Competência cultural: reconhecimento das diferentes características dos grupos populacionais atendidos, tais como etnia, raça e cultura, entendendo as representações dos processos saúde-enfermidade.

Dos atributos e funções da APS contidos nos estudos de STARFIELD (2002), pode-se dizer segundo OLIVEIRA (2012), que há valorização do vínculo entre equipe de saúde (com ênfase no profissional médico) e população/usuário. O centro da discussão coloca-se principalmente na atenção clínica, numa atenção longitudinal e coordenada, com centralidade familiar e comunitária. A autonomia do usuário relaciona-se à utilização dos serviços, aceitação das orientações e recomendações pelos profissionais de saúde e na decisão de quanto querem participar nesse processo. No entanto, a autora chama a atenção que no âmbito da atenção à saúde, os atributos são relevantes e necessários. Mas, quando descolados de perspectiva sócio-crítica, podem cair na armadilha individualizante e despolitizada que tende para o fortalecimento da subalternização do usuário e no simples assentimento deste nas decisões profissionais (OLIVEIRA, 2012).

Mais recentemente, em 2008 a OPAS e a OMS, publicaram um documento intitulado de “Renovação da atenção primária em saúde nas Américas” sob o argumento de que a APS é parte integrante do desenvolvimento de sistemas de saúde e que esses sistemas têm a melhor abordagem para o alcance de melhorias sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas (OPAS/OMS, 2008 *apud* OLIVEIRA, 2012).

O documento de posicionamento da OPAS/OMS, de Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas, ratifica a ordem econômica social vigente e delega unicamente para

o espaço da política, a tarefa de viabilizar políticas de saúde universais (GÖTTEMS; PIRES, 2009, p. 188 *apud* OLIVEIRA, 2012, p. 97).

Já no Brasil, a atenção básica em saúde vem passando por um processo de reestruturação e fortalecimento, mas também por muitos desafios, conforme veremos no item a seguir.

2.3. A Atenção Básica em saúde no Brasil: trajetória, conquistas e desafios no SUS

2.3.1. Estratégia Saúde da Família

No Brasil, a adesão às proposições da APS, segundo Oliveira (2012), intensifica-se a partir de meados dos anos 90 com o processo de municipalização e descentralização. Tal processo foi utilizado como estratégia de construção do SUS em meio à conjuntura neoliberal e, portanto, desfavorável às políticas sociais e à implantação de sistema público de saúde como direito de cidadania.

Diante do processo de descentralização político-administrativa, transferência de responsabilidades nas ações e serviços de saúde para estados e municípios, o Ministério da Saúde passa a investir em programas e ações básicas como parte da estratégia de reorganização do modelo de atenção e sob defesa da importância da promoção da saúde (OLIVEIRA, 2012, p.103).

Assim, em meio a essas estratégias de reformulação do modelo assistencial de saúde, criou-se o Programa Saúde da Família (PSF) em dezembro de 1993, por meio da Portaria MS 692. Posteriormente, com a NOB-SUS 01/1996, passa a ser concebido como Estratégia de Saúde da Família (ESF) para implementar a APS, assumindo a caracterização de primeiro nível de atenção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Essa nova estratégia deve ser entendida como uma forma de substituição do modelo vigente, de forma que esteja completamente sintonizada com os princípios de universalidade, equidade da atenção, integralidade das ações e à defesa da vida do cidadão. Para tanto, deve-se estabelecer uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, por meio de

ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas (BRASIL, 2000).

O ESF é operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais⁷ em Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁸. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias (máximo de quatro mil habitantes), localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2011).

As equipes de Saúde da Família devem estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população, estimulando a organização desta para exercer o controle social das ações e serviços de saúde. Deve ainda utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões e atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais (BRASIL, 2011).

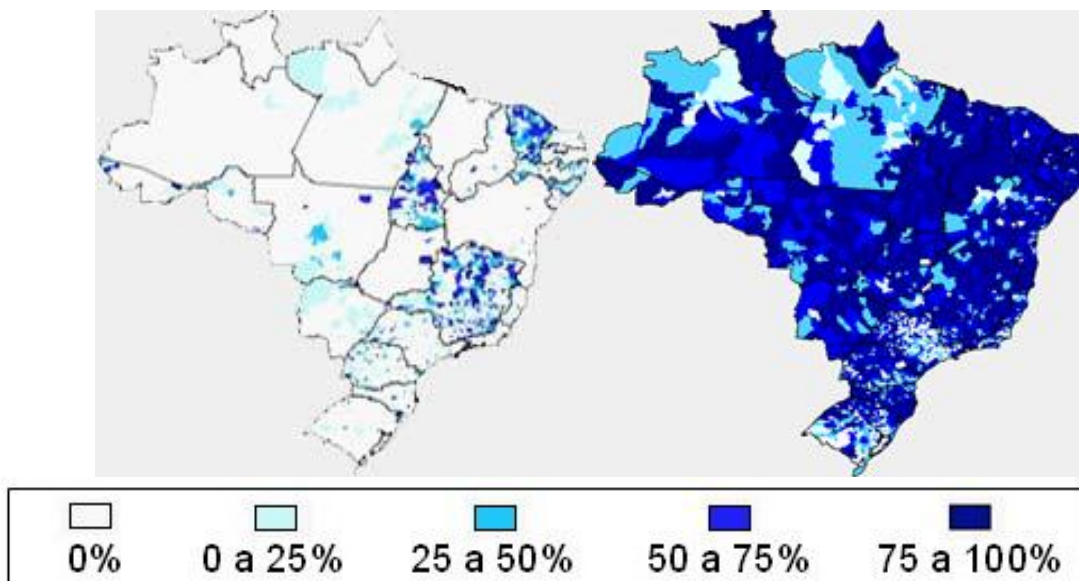
Assim, nota-se que o Saúde da Família tem como característica levar a saúde para mais perto das famílias e melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, organizando os serviços de Atenção Básica e reorientando os profissionais que hoje trabalham com assistência e saúde.

De acordo com os gráficos abaixo, nota-se a expansão do PSF, a qual apresentou um crescimento muito expressivo nos últimos anos, reordenando o modelo de atenção no SUS. Buscando maior racionalidade na utilização dos níveis assistenciais, percebe-se que tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família.

GRÁFICO 1 - Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família no Brasil de 1998 a set/2010.

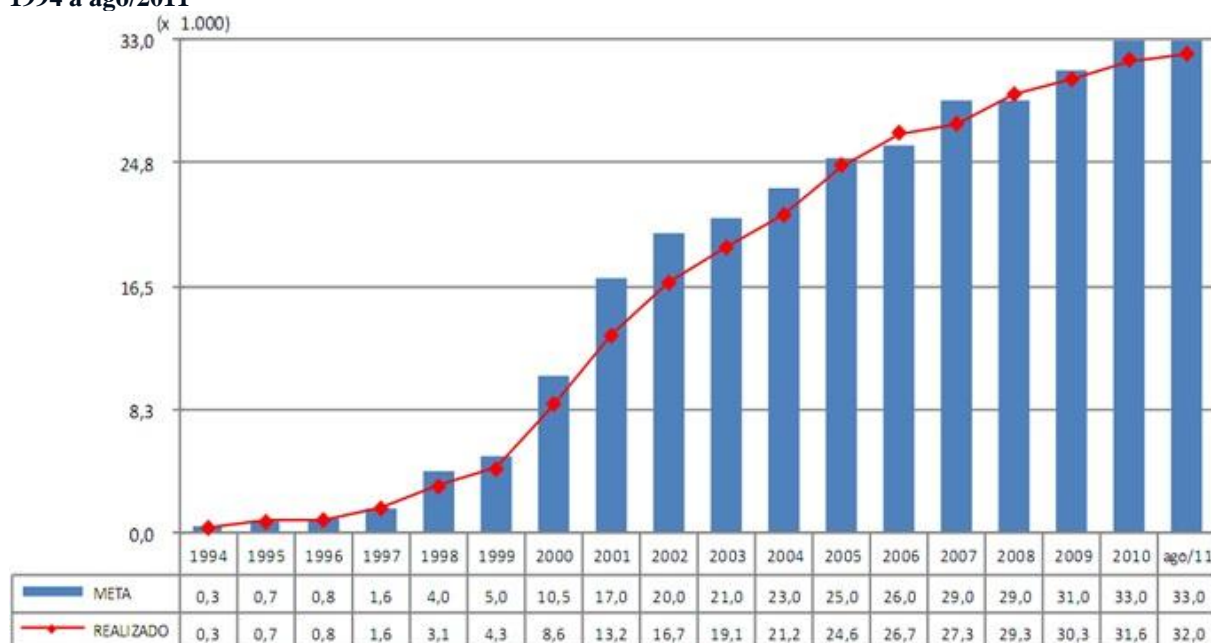
⁷ De acordo com o Caderno 1 - A Implantação da Unidade de Saúde da Família, organizado pelos Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família, as equipes da SF são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

⁸ De acordo com o Ministério do Planejamento, em informação contida no *site* do PAC, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são locais onde o usuário pode receber atendimento básico e gratuito em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Os principais serviços oferecidos pelas UBS são consultas médicas, inalacões, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.



Fonte: DATASUS. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em 2 fev/2013.

GRÁFICO 2 - Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas no Brasil de 1994 a ago/2011



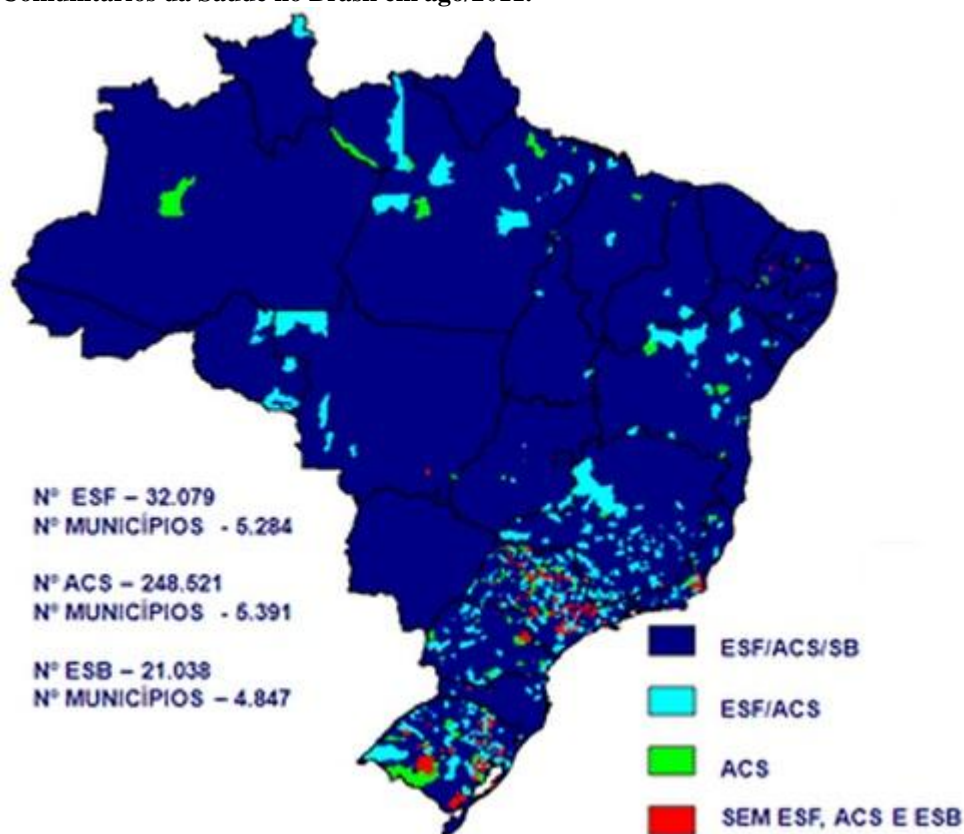
Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em: 2 fev/2013.

Ao analisar os gráficos acima, percebe-se uma expressiva ampliação do número de equipes SF implantadas e um acréscimo da oferta de serviços básicos em todo o país, o que dá

mais oportunidade de acesso ao SUS para um grande segmento populacional (rural e urbano) antes excluído.

A expansão do PSF pode favorecer a equidade e universalidade da assistência uma vez que as equipes vêm sendo implantadas, principalmente, em comunidades que antes não tinham acesso aos serviços de saúde. Porém, isso não quer dizer que a integralidade das ações não seja mais problema na prestação de serviços de atenção, pois é necessário investigar e analisar os aspectos relacionados às práticas de saúde e aos processos de trabalho cotidianos (ALVES, 2005).

GRÁFICO 3 – Situação de implantação de equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários da Saúde no Brasil em ago/2011.



Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em 2 mar/2013.

A partir do gráfico 3 podemos ver como estava a situação das equipes de Saúde da Família no país até agosto de 2011. Nota-se que em todas as regiões do Brasil há equipes de SF e que são mínimas as cidades que não possuem este serviço.

Em vários estados todas as cidades estão cobertas com equipes de SF, o que é muito importante para o desenvolvimento das ações de saúde, pois, assim, pode-se alcançar um maior número de famílias, inclusive àquelas que estão mais afastadas dos grandes centros urbanos e possuem dificuldades em relação ao acesso aos serviços de saúde.

De acordo com o gráfico 3, até agosto de 2011, tínhamos no país 32.079 equipes de SF implantadas em um total de 5.284 municípios. Sabe-se que atualmente o Brasil conta com 5.564 municípios⁹, o que representa uma cobertura de 94,96% dos municípios brasileiros com equipes de Saúde da Família.

Apesar do grande aumento de implantação das equipes de SF, pode-se notar nas Unidades Básicas de Saúde pouco avanço na ampliação do tipo de ações ofertadas, na qualidade, no volume, na continuidade das ações e nos resultados à população. Tal fato pode ser ligado ao grande desafio de execução do sistema, pois este se constrói no dia a dia dos serviços e das práticas profissionais, dependendo dos que acreditam em uma mudança da saúde no Brasil, já que o modelo de saúde assistencialista e curativo ainda tende a se perpetuar (ROMAGNOLI, 2009).

2.3.2 Política Nacional de Atenção Básica

Em março de 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 648/GM, publica a Política Nacional de Atenção Básica, mediante a qual contempla pressupostos da APS de forma mais abrangente. Em 21 de outubro de 2011, publica a Portaria nº 2.488 revogando a Portaria nº 648/GM e estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica.

De acordo com a citada Portaria nº 2.488, a atenção básica é caracterizada por:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e

⁹ Informação retirada do *site* Portal de Notícias do Senado Federal. Disponível em: <<http://www12.senado.gov.br/noticias/entenda-o-assunto/municipios-brasileiros>>. Acesso em 3 mar/2013.

participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida (BRASIL, 2011).

Ainda de acordo com tal portaria, a atenção básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, devendo ser contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, do vínculo e continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização e humanização, da equidade e da participação social, considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando reduzir a atenção integral.

Apesar de a Atenção Básica funcionar como porta de entrada para a população, a fim de diminuir à procura pelas emergências dos hospitais, pode-se observar diariamente que essa situação não é a realidade total do país. Muitas pessoas ainda desconhecem o funcionamento e a lógica da Atenção Básica, e muitos, mesmo conhecendo, preferem não seguir o fluxograma, procurando imediatamente a emergência de hospitais quando se dão de frente com algum problema de saúde. É o costume às respostas imediatas no atendimento e a falta de prevenção aos problemas de saúde, conforme lógica de serviços de saúde que predominou durante anos no país.

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes ter o território adstrito sobre o mesmo e possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, estabelecendo mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento. Importante ainda destacar que o serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva aos seus usuários (BRASIL, 2011), o que muitas vezes não é encontrado nas unidades de saúde.

Podemos ver diariamente em noticiários da televisão, jornais, revistas e *internet*, casos em que pacientes são tratados de maneira nada acolhedora por profissionais da saúde. São inúmeros os casos de profissionais que desrespeitam os usuários, não escutam e são negativos em suas respostas. Um exemplo grave e recente de descumprimento dessas diretrizes e fundamentos é o caso da médica do Hospital Evangélico de Curitiba, que foi presa por

suspeita de causar a morte de diversos pacientes internados na UTI sob sua responsabilidade¹⁰.

Ainda como fundamentos e diretrizes, deve adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e coordenar a integralidade em seus vários aspectos.

A organização da Atenção Básica deve deslocar o processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado deste é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica. Deve também estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde (BRASIL, 2011).

A Portaria nº 2.488/2011, antes referida, define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população. A Atenção Básica tem como dever contribuir com o funcionamento destas RAS de forma que: seja base, com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade; seja resolutiva, por meio de uma clínica ampliada buscando ampliar os graus de autonomia dos indivíduos; coordene o cuidado, objetivando produzir a gestão compartilhada da atenção integral; ordene as redes, para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Em relação às responsabilidades, são as três esferas de governo, cometendo ao Ministério da Saúde, às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e do Distrito Federal, que devem garantir ao funcionamento da Atenção Básica a infraestrutura necessária, o financiamento, mecanismos de avaliação e controle, viabilizar parcerias, estimular a participação social, dentre outros, cada um com alguma especificidade (BRASIL, 2011).

A participação dos estados no financiamento da Atenção Básica é de suma importância, entretanto, há uma excessiva autonomia dos municípios e a ausência ou descaso dos estados na gestão da rede de serviços e programas, o que dificulta a regionalização e a continuidade dos projetos e diretrizes, os quais acabam excessivamente vulneráveis a sazonalidades e conveniências eleitorais (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Assim, vemos que não há uma articulação suficiente entre os entes federados para enfrentar os principais problemas que dificultam a expansão, qualificação e consolidação da

¹⁰ Reportagem divulgada no *site* Rede Sul de Notícias. Disponível em: <<http://www.redesuldenoticias.com.br/noticia.aspx?id=49899>>. Acesso em: 28 fev/2013.

atenção básica no país. O financiamento tripartite deve ser solidário e cooperativo, buscando a integralidade e deve promover a equidade na distribuição dos recursos, ações e serviços de saúde.

A Atenção Básica tem outras equipes e programas além da Estratégia Saúde da Família que visam sua reorganização. São elas as Equipes para Populações Específicas (equipes do Consultório na Rua e para atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense), Programa de Saúde na Escola e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Este último sendo tema deste trabalho e que iremos analisar no próximo capítulo.

3. NASF

3.1. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS

Como dito no capítulo anterior, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para apoiar à inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como as ações da APS no Brasil (BRASIL, 2010).

O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2009, p. 10-11).

Dentre as diretrizes do NASF (BRASIL, 2009), a integralidade é considerada como principal orientadora de suas ações. Compreendida como uma abordagem total do indivíduo, levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal, aborda, ainda, práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de

promoção, prevenção, reabilitação e cura. Como organização do sistema de saúde, suas práticas de saúde ainda devem garantir o acesso às redes de atenção conforme as necessidades de sua população.

Ainda de acordo com essas diretrizes, o NASF deve ter como eixo de trabalho a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, organizando seu processo de trabalho com foco nos territórios de sua responsabilidade, conjuntamente com as equipes de SF que a ele se vinculam, por meio do apoio matricial, com a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento. Por derradeiro, prioriza ações de:

(a) Atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar o que gera experiências para ambos os profissionais envolvidos;

(b) Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação com os profissionais da equipe SF responsáveis pelo caso;

(c) Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes SF.

Em resumo,

Os NASFs devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc. (BRASIL, 2011b).

Analisando as informações acima, nota-se que o NASF é de suma importância no trabalho realizado pelas equipes SF, visto que atuam em ações conjuntas sempre priorizando o usuário do serviço de saúde, de forma que seu atendimento e acompanhamento seja realizado conforme as diretrizes e fundamentos do SUS, buscando a resolutividade das equipes SF. É importante que a comunidade saiba e que seja destacado que o NASF não é porta de entrada para os usuários, é um serviço de apoio e não deve ser utilizado como atendimento individual, apesar de poder fazê-lo caso seja necessário.

3.2. Ferramentas tecnológicas

Em relação à organização e desenvolvimento do processo de trabalho, o Caderno de Diretrizes afirma que o NASF depende de ferramentas tecnológicas, seja de apoio à gestão, como a Pactuação do Apoio, seja de apoio à atenção, como o apoio matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST). Veremos a seguir conforme exposto em tal Caderno.

A Pactuação do Apoio pode ser entendida em duas atividades: a) avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, equipes de SF e o Conselho de Saúde e b) pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas, entre os gestores e as equipes.

O documento referido defende a possibilidade de formar a equipe do NASF para avaliar a situação inicial do território e pressupõe um processo de análise dos gestores juntamente com as equipes de SF e os conselhos de saúde. Antes de definir quais profissionais farão parte das equipes, o gestor deve coordenar um processo de discussão, negociação e análise com as equipes de SF e com a participação social, para definição dos profissionais que serão contratados. A participação das equipes de SF e da população é de extrema importância, pois estes são os que melhor conhecem as necessidades em saúde de seu território.

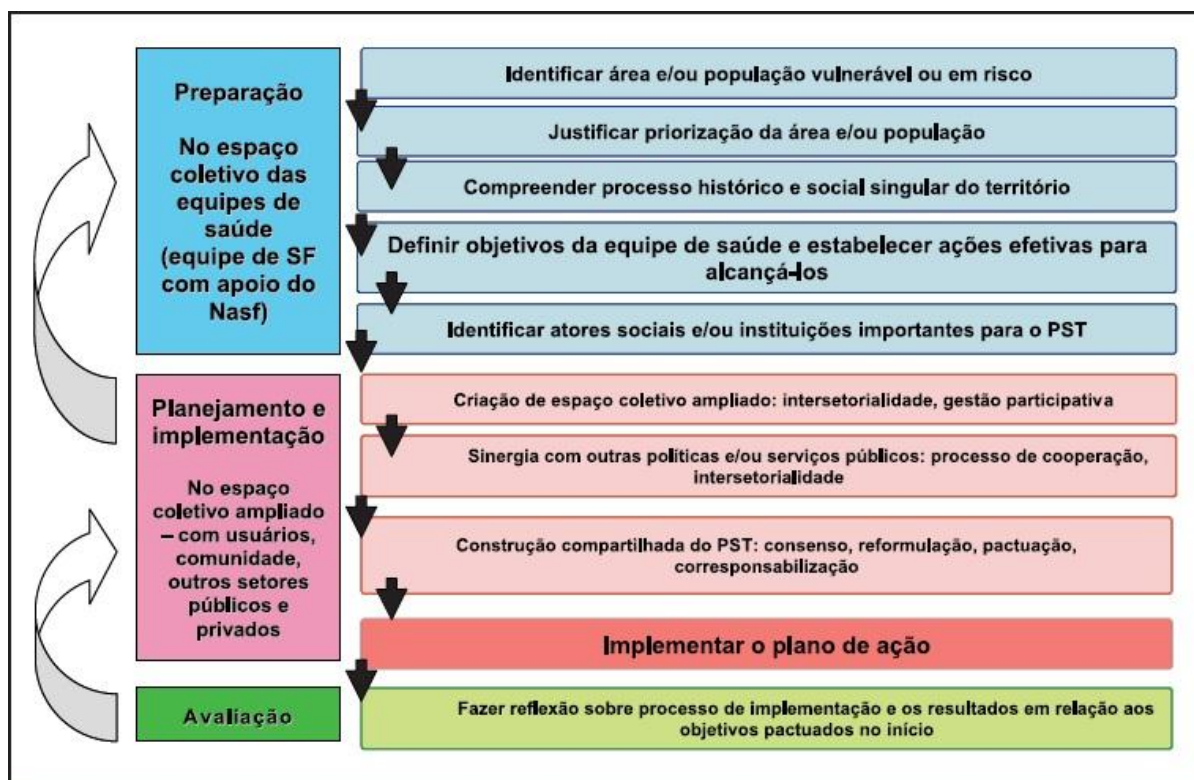
Os gestores, a equipe do NASF e a equipe de SF devem realizar a pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas como uma atividade rotineira. É muito importante que tal pactuação abranja os objetivos a serem alcançados; os problemas prioritários a serem abordados; os critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos; critérios de avaliação do trabalho da equipe e dos apoiadores; e formas de explicitação e gerenciamento resolutivo de conflitos.

Sobre a Clínica Ampliada o documento afirma que esta se direciona a todos os profissionais de saúde na sua prática de atenção aos usuários. Toda profissão tem uma visão, uma evidência de sintomas e informações, de acordo com seu núcleo profissional. Ampliar a clínica quer dizer ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é determinado como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, na qual todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito e para definição de propostas de ações.

Pretende ser uma estratégia das equipes de SF e do NASF para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades. Abaixo um quadro que demonstra, em síntese, os diversos componentes de um Projeto de Saúde do Território:

Figura 1 – Componentes do Projeto de Saúde do Território



Fonte: Caderno de Diretrizes do NASF

Analisando a figura, infere-se que o PST, a fim de preparar o espaço coletivo das equipes de saúde, deve identificar a área e/ou população vulnerável, justificar sua escolha, compreender o processo histórico, social e cultura que tal território possui, definir quais os objetivos da equipe de saúde estabelecendo as ações efetivas para alcançá-los e identificar quais os atores sociais e instituições que são importantes para suas ações.

Após o preparo do espaço coletivo de trabalho, deve planejar e implementar ações com os usuários, comunidade, outros setores públicos e privados. Para isso deve criar as bases do espaço coletivo ampliado, de forma que possua ligação com outras políticas e/ou serviços

públicos para a construção compartilhada do projeto e implementação do plano de ação. Ainda é dever do PST avaliar o processo de implementação e os resultados em relação aos objetivos pactuados.

Assim, o PST funciona como catalisador de ações locais para a melhoria da qualidade de vida da população e também como redução das vulnerabilidades em determinado território. Esse projeto estabelece redes de cogestão e corresponsabilidade, buscando instaurar processos de cooperação e parcerias entre os diversos atores sociais do território (BRASIL, 2009).

Em relação a sua estratégia de intervenção, divide em nove áreas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares¹¹.

3.3. A equipe do NASF

Os NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes SF, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas e academia de saúde¹², compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes que possui vínculo (BRASIL, 2011b).

Há uma responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e essas equipes, de forma que devem rever a prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no desempenho de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011b).

¹¹ É importante destacar que tais áreas estratégicas podem ter a atuação de diversas categorias profissionais, não sendo exclusiva apenas de uma profissão.

¹² As Academias de Saúde devem ser utilizadas como espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção básica para as ações de promoção da saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição (BRASIL, 2011b).

O Caderno de Diretrizes do NASF (2009) afirma que a equipe deve estar comprometida com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre seus próprios integrantes, incluindo em sua atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente e popular em saúde, promoção da integralidade, da participação popular e da organização territorial dos serviços de saúde.

Nos termos da Portaria nº 154/2008, art. 3º, incisos I e III, os NASFs podem ser organizados em duas modalidades: NASF I, composto por no mínimo cinco profissionais não coincidentes e o NASF II, composto por no mínimo três profissionais também não coincidentes. Essa composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e pelos membros do SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de diferentes ocupações.

De acordo com tal portaria, entre os profissionais que podem compor o NASF I, estão o psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional (art. 3º, §2º). Esse tipo de NASF deve estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de 20 equipes de SF (art. 5º). O NASF II poderá ter entre os seus profissionais o psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional; e se vincular a no mínimo três equipes de SF (art. 3º, §4º).

Em seu art. 3º determina vedada a implantação das duas modalidades de NASF de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal. Já em seu art. 4º determina que os NASFs devem funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes de Saúde da Família, sendo a carga horária de seus profissionais de, no mínimo, 40 horas semanais. Ainda neste artigo, define que tais profissionais “devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de Saúde da Família às quais estão vinculados” (art. 4º, §3º).

Um dos desafios postos as equipes do NASF é que a coordenação de uma equipe de referência como esta seja direcionada a criar condições necessárias de integração entre seus profissionais para que almejem projetos comuns. Para isso, devem-se, além de enxergar as diferenças existentes entre as diversas categorias profissionais, respeitá-las, a fim de tentar aproveitá-las para a busca de resolução dos problemas de saúde apresentados pela população.

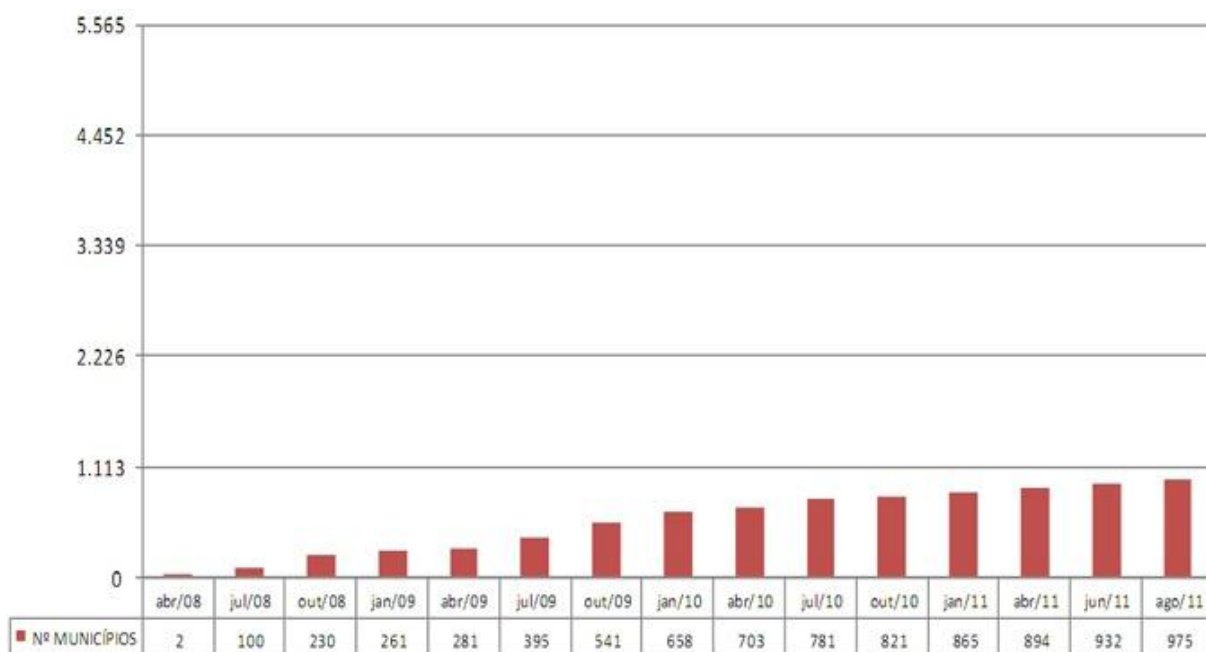
Para alcançar a interdisciplinaridade e seu melhor desempenho, é necessário existir um objetivo comum e a disponibilidade ao diálogo por parte de todos os profissionais integrantes das equipes SF e NASF. Essa troca de conhecimentos por meio de discussões e diálogos é de fundamental importância para as práticas e serviços de saúde.

3.4. Análise do Núcleo de Apoio à Saúde da Família desde sua implementação até novembro de 2012

De acordo com o *site* Portal da Saúde do Ministério da Saúde, só estão aptos a implantar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família os municípios que têm Equipes de Saúde da Família. Para implantar um NASF, o município deve apresentar um projeto, que será submetido pela Secretaria Estadual de Saúde à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite. Depois de publicada a qualificação no Diário Oficial da União e concluído todo o processo, o município começa a receber os recursos referentes ao número de NASFs implantados e informados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os incentivos deverão ser repassados do Fundo Nacional de Saúde para Fundo Municipal de Saúde, de acordo com a modalidade de NASF: a modalidade I recebe R\$ 20 mil de incentivo de implantação e o mesmo valor para custeio, já a modalidade II recebe R\$ 6 mil de implantação e o mesmo valor para custeio.

A seguir vamos analisar a evolução do número de municípios que vem implantando o NASF em seus serviços de saúde.

GRÁFICO 4 - Evolução do número de municípios com Núcleos de Apoio à Saúde da Família implantados no Brasil de abr/2008 até ago/2011.



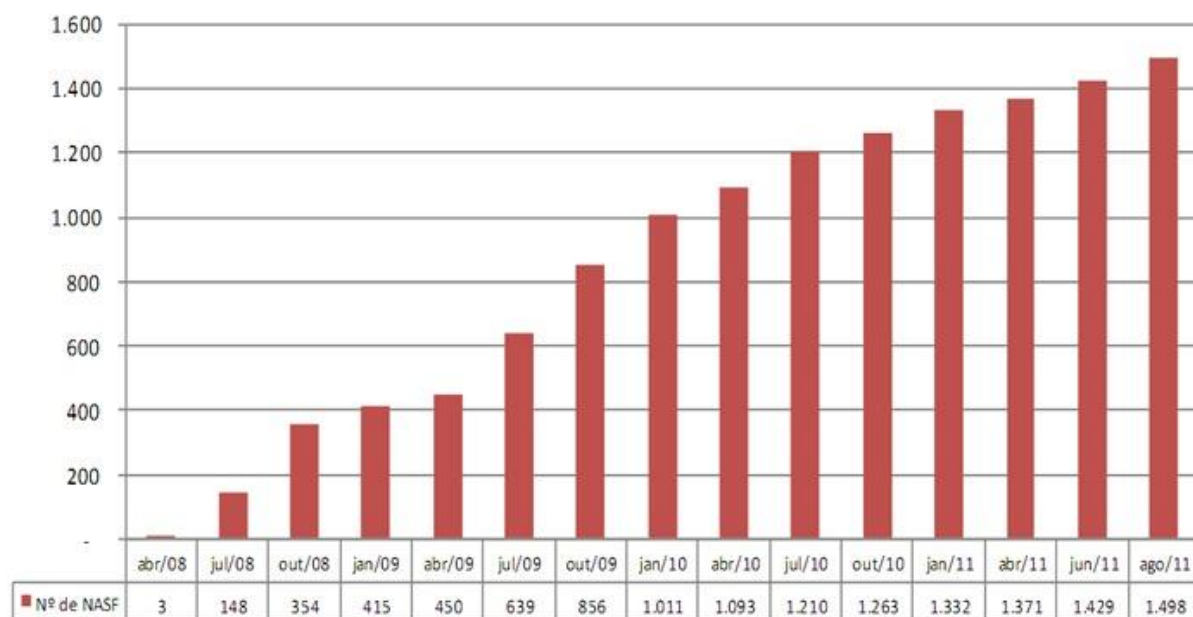
Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em 14 fev/2013.

Ao analisar o gráfico sobre a evolução do número de municípios com NASF entre abril de 2008 e agosto de 2011, podemos perceber que desde a sua implantação o número de municípios que contam com equipe do NASF vem aumentando a cada ano. De início, eram apenas dois municípios com a equipe NASF, já no mês de julho esse número subiu para 100 e em outubro já havia mais que duplicado.

No ano de 2009, o gráfico mostra que no mês de abril havia 281 municípios com NASF e em outubro 541, representando um aumento de 92,52%.

Em 2010, conta-se 658 municípios em janeiro e apenas 821 em outubro, o que demonstra um crescimento de 24,77%, pequeno se comparado aos anos anteriores. A partir de julho de 2010 até agosto de 2011, pode-se inferir pelo gráfico que há um crescimento do número de municípios com a equipe NASF, entretanto, esse crescimento não é de toda forma significativo, pois de outubro de 2010 até agosto de 2011, há um aumento de apenas 154 municípios (24,83%).

GRÁFICO 5 - Evolução do número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família implantados no Brasil de abr/2008 até ago/2011.



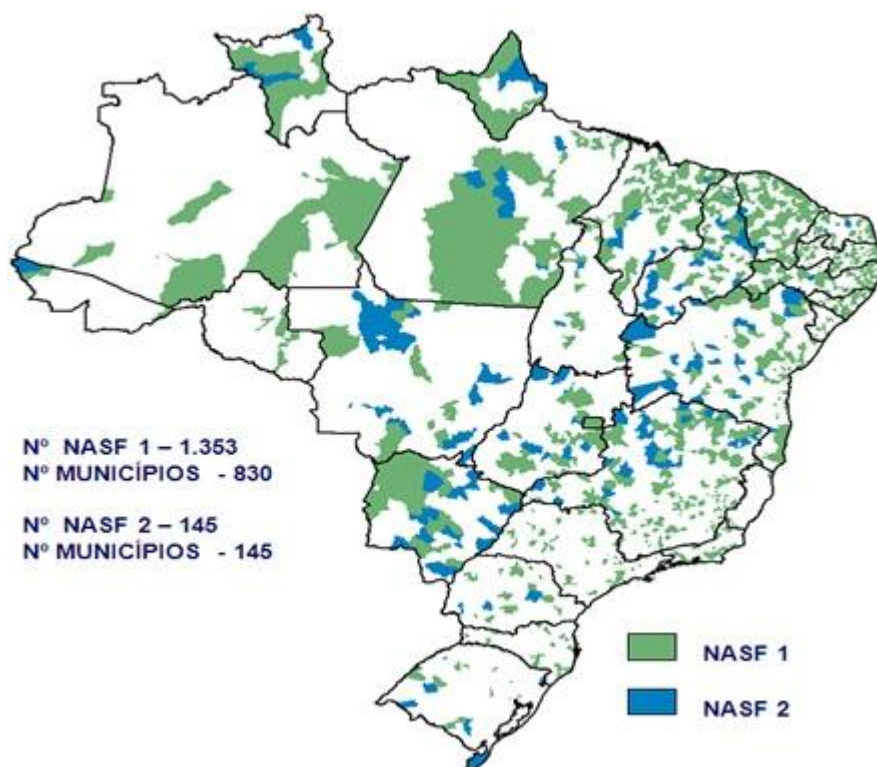
Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em 14 fev/2013.

Ao analisar o gráfico de evolução do número de NASFs implantados entre abril de 2008 e agosto de 2011, percebe-se um aumento expressivo na quantidade de NASF presentes no ESF. Comparando-se ao número de municípios, infere-se que muitos municípios contam com mais de um NASF em seus serviços de saúde, pois, em relação aos municípios, havia 975 em agosto de 2011, enquanto que NASF eram 1.498.

A ampliação dos NASFs foi prevista pela Política Nacional de Atenção Básica, que estabeleceu novos critérios para a implantação de Núcleos de Apoio à Atenção Básica, inseridos na estratégia Saúde Mais Perto de Você¹³. Com os novos critérios, a estimativa do Ministério da Saúde é que a quantidade de NASF em todo o país salte para 4.524 até o ano de 2014.

GRÁFICO 6 - Situação da implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Brasil até ago/2011.

¹³ De acordo com o *site* Portal da Saúde, o “Saúde Mais Perto de Você” é um dos programas de incentivo do Ministério da Saúde aos gestores locais do SUS a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários nas Unidades Básicas de Saúde por meio das equipes de Atenção Básica de Saúde.



Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em 15 fev/2013.

O gráfico 6 representa de forma detalhada por meio de um mapa do Brasil, a situação exposta nos dois gráficos anteriores em relação ao número de municípios com NASF implantados e ao número de equipes do núcleo de apoio, por modalidade, implantados no país em agosto de 2011. De acordo com o mapa, nesse período tinham-se 830 municípios com 1.353 NASF I implantados e 145 municípios com 145 equipes de NASF II implantados. Ao analisar a diferença de implantação entre uma modalidade e outra, percebe-se que esta é muito grande.

Ao fazermos um comparativo com os dados estatísticos das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os dados estatísticos das equipes de Saúde da Família, até ago/2011¹⁴, para ambos os casos, observamos que tínhamos 32.079 equipes de SF para 1.498 equipes do NASF, ou seja, as equipes de apoio cobriam apenas 4,66% do total de equipes de SF.

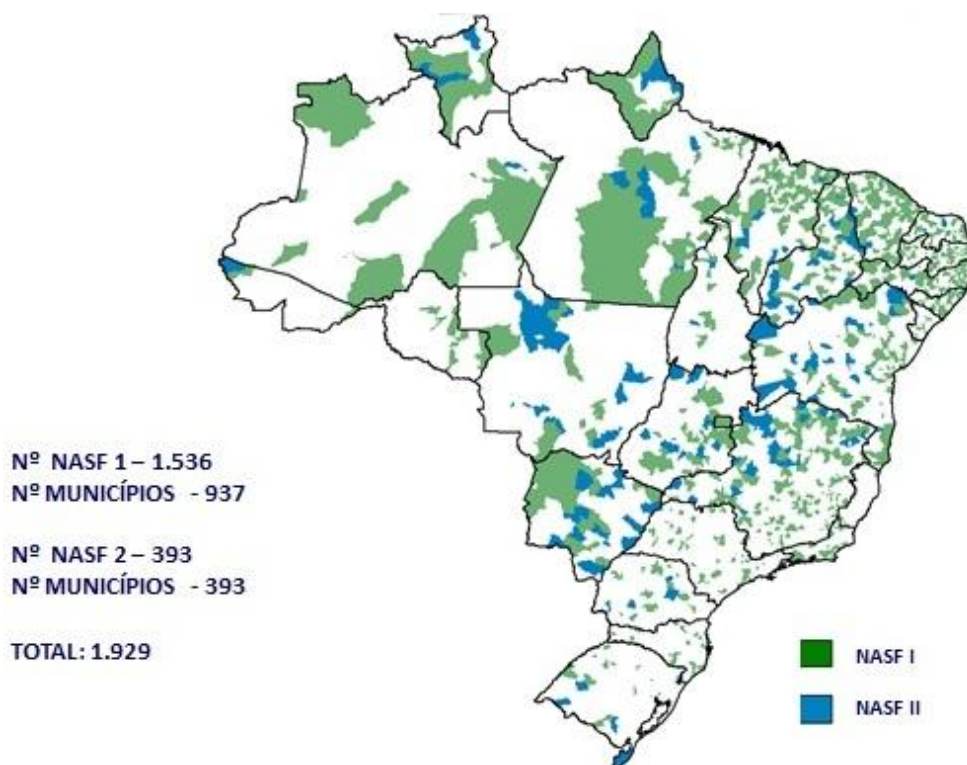
¹⁴ Informações relativas à Estratégia de Saúde da Família contidas nas páginas 28 a 30 deste trabalho.

No ano de 2011, se considerarmos que cada NASF trabalha com 20 equipes de SF¹⁵, com as 32.079 equipes de SF inseridas, dever-se-ia ter 1.604 equipes do NASF, porém, tínhamos 1.498 equipes vinculadas à Saúde da Família, cento e seis equipes a menos que o esperado.

Em relação aos municípios cobertos com esses serviços de saúde no período descrito acima, tínhamos 5.284 com equipes de SF e apenas 975 com equipes do NASF. As equipes de Saúde da Família realizavam seu trabalho em 94,96% do total de municípios do país, enquanto que as equipes do NASF trabalhavam em apenas 26,92% dos municípios brasileiros.

A fim de um estudo mais recente em relação aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, analisaremos o gráfico 7 a seguir, sendo o último levantamento realizado pelo SIAB, sobre o número de NASFs implantados no Brasil até novembro de 2012 e que também mostra a situação dos municípios em que essas equipes se viam presentes.

GRÁFICO 7 – Número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família implantados no Brasil até nov/2012.



Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

¹⁵ Conforme dito na página 38, cada NASF da modalidade I pode estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de 20 equipes de SF.

De acordo com o gráfico 7, em novembro de 2012 o Brasil possuía 1.929 equipes do núcleo de apoio implantados em todo o território nacional. Desde total, 1.536 são equipes da modalidade I e 393 são da modalidade II. O NASF I presente em 937 municípios, enquanto que o NASF II está presente em 393 municípios. Novamente vemos uma diferença alta entre a implementação de uma equipe e outra.

Abaixo se tem uma tabela que mostra a realidade dos NASFs I e II implantados no Brasil, de acordo com cada município. Ao analisar a tabela, verifica-se que o estado com maior número da modalidade I é Minas Gerais, possuindo 233 equipes. Em segundo lugar tem-se o Ceará com 149 equipes e, na terceira posição, tem-se São Paulo com 146 equipes.

Em relação ao NASF II, o estado com maior número dessa modalidade é a Bahia, com 72 equipes. Em seguida têm-se Minas Gerais (65) e em terceiro lugar, o Piauí (33). O Distrito Federal é a região com o menor número total de equipes implantadas, possuindo apenas duas equipes da modalidade I e nenhuma equipe da modalidade II, ou seja, somente possui duas equipes de NASF no total.

TABELA 1 – Número de NASFs implantados no Brasil até novembro de 2012

UF	NASF I	NASF II
AC	7	3
AL	41	16
AM	31	1
AP	15	2
BA	105	72
CE	149	18
DF	2	0
ES	4	4
GO	37	17
MA	86	11
MG	233	65
MS	16	23
MT	8	15
PA	56	5

UF	NASF I	NASF II
PB	99	22
PE	128	18
PI	54	33
PR	65	10
RJ	101	1
RN	43	16
RO	9	1
RR	4	2
RS	24	11
SC	46	17
SE	9	0
SP	146	4
TO	16	6
TOTAL:	1.536	393

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

A fim de fazermos uma análise geral e resumida, ao compararmos os anos de 2011 e 2012 com as informações contidas nos gráficos e tabelas deste capítulo, podemos perceber que em agosto de 2011 o país possuía 975 municípios com NASFs implantados. Em novembro de 2012, esse número subiu para 1.330, representando um aumento de 36,41% no total de municípios que contam com algum tipo de equipe do NASF.

Houve crescimento também no número de NASFs implantados: em agosto de 2011 o Brasil tinha 1.498 Núcleos de Apoio à Saúde da Família e em novembro de 2012 esse número chegava aos 1.929, um aumento de 28,77%.

Em relação às modalidades das equipes implantadas, em agosto de 2011 eram 1.353 NASF I organizados em 830 municípios e 145 NASF II, também organizados em 145 municípios. Já no mês de novembro de 2012, havia 1.536 núcleo de apoio do tipo I organizados em 937 municípios e 393 do tipo II, organizados também em 393 municípios.

A Tabela 2 a seguir, mostra as categorias profissionais envolvidas no trabalho das equipes. São 24 diferentes áreas profissionais que atuam prestando serviços de saúde nos municípios brasileiros.

TABELA 2 – Consolidado de categorias profissionais do NASF no Brasil até agosto de 2012

Profissional	Nº de Profissionais
ASSISTENTE SOCIAL	1.242
FISIOTERAPEUTA GERAL	2.581
MEDICO PEDIATRA	381
NUTRICIONISTA	1.478
PREPARADOR FISICO	124
FONOAUDIOLOGO	841
MEDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	337
PSICOLOGO CLINICO	1.666
AVALIADOR FISICO	803
FARMACEUTICO	716
MEDICO PSIQUIATRA	139
TERAPEUTA OCUPACIONAL	535
TECNICO DE DESPORTO INDIVIDUAL E COLETIVO (EXCETO FUTEBOL)	89
PROFESSOR DE EDUCACAO FISICA NO ENSINO MEDIO	23

PROFESSOR DE EDUCACAO FISICA NO ENSINO SUPERIOR	95
MEDICO VETERINARIO	15
PSICOLOGO SOCIAL	41
MEDICO ACUPUNTURISTA	5
MEDICO CLINICO	13
MEDICO HOMEOPATA	16
PREPARADOR DE ATLETA	1
MEDICO GERIATRA	4
LUDOMOTRICISTA	15
TREINADOR PROFISSIONAL DE FUTEBOL	1

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Ao analisar a Tabela 2 acima, vemos que há 11.161 profissionais cadastrados na base de dados do SIAB e SCNES. O profissional que mais está inserido nas equipes do NASF é o Fisioterapeuta Geral, representando 23,12% do total, ou seja, 2.581 profissionais. Em segundo lugar está o Psicólogo Clínico (14,92%), seguido pelo Nutricionista (13,24%). O Assistente Social encontra-se em quarto lugar, representando 11,12% do total dos profissionais, equivalente a 1.242 profissionais.

Nota-se que há uma quantidade de 24 áreas profissionais diferentes, variando ainda entre as especialidades de muitas profissões. Com tanta diversidade, pode-se estimar que diversas ações fossem realizadas com os usuários e também ações que estimulem o trabalho em equipe, pois é um grande desafio a formação profissional para as práticas em saúde, principalmente coletiva.

A variedade de categorias profissionais presentes na equipe do NASF dá oportunidade aos usuários do Sistema Único de Saúde de contato com profissionais que antes não tinham acesso ou tinham acesso dificultado devido a grande demanda, por exemplo. É uma ótima oportunidade de estas equipes contribuírem de modo efetivo com a melhoria das condições de vida da população.

O NASF é um meio fundamental para potencializar a integralidade do cuidado e a resolutividade da atenção básica à saúde, intervindo no grande número de encaminhamentos desnecessários sabidos existentes e podendo promover a discussão da formação dos profissionais de saúde. Também pode contribuir para confirmar os problemas do sistema de saúde nas comunidades, mas para isso, deve estar totalmente integrado e sintonizado às

equipes de SF. Seus diferentes saberes devem estar entrelaçados e compartilhados, de maneira dinâmica que garanta a construção do plano de cuidado sem fragmentação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto neste trabalho, destaca-se a grande importância o papel da Atenção Básica nos serviços de saúde brasileira. Funcionando como principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, suas diretrizes e fundamentos demonstram a preocupação com o usuário. O atendimento acolhedor, igualitário, sem discriminação e contínuo mostra como a saúde deve ser tratada em um país tão grande quanto o Brasil, com tanta pobreza e problemas de saúde.

Vê-se como de grande relevância o fortalecimento da criação de políticas públicas na Atenção Básica em todo território nacional. Além disso, deve-se objetivar o desenvolvimento e implantação de mecanismos que atraiam profissionais para essa área, pois estes são indispensáveis para viabilização do trabalho com as comunidades proposto pela ESF. Para isso, deve-se estar atento à persistência do modelo tradicional, aquele em que predomina o trabalho medicocêntrico, onde o médico age sem interação com o restante da equipe dos serviços de saúde. Porém, já podemos ver uma grande evolução nesse aspecto, conforme vimos nas tabelas expostas neste trabalho, pois se provou que muitas categorias profissionais estão inseridas nos serviços de saúde, ganhando seu espaço e respeito.

A dificuldade de implantação de equipes multiprofissionais na Atenção Básica do país faz-se presente, colocando como desafio a inserção de profissionais de diferentes áreas em suas equipes de saúde. A fim de se ter abordagens interdisciplinares que objetivem um atendimento mais eficaz e centrado no sujeito, nos seus determinantes e condicionantes de saúde, não apenas na própria doença, faz-se necessário o trabalho em equipe sob a responsabilidade de diferentes olhares e saberes.

Em relação às equipes de Saúde da Família e as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, tem-se como desafio o próprio trabalho em equipe, uma vez que a maior parte dos profissionais de saúde não tem formação básica que valorize esse modelo de atividade. Mecanismos de integração devem ser utilizados a fim de atrair às equipes para um trabalho

em conjunto, com ações previamente discutidas e elaboradas, caracterizando um trabalho completo, onde cada um pode ofertar seus conhecimentos e saberes.

Pode-se constatar diariamente a existência de profissionais da saúde que não estão preparados para lidar com usuários de forma acolhedora, igualitária e sem discriminação. Muitas vezes, depara-se com mau atendimento, descaso e preconceito por parte desses profissionais que são despreparados e, na maioria dos casos, desavisados sobre as diretrizes e fundamentos do Sistema Único de Saúde e da Atenção Básica.

O trabalho em equipe deve ser realizado em espaços coletivos e com regras bem definidas de funcionamento. A garantia de sigilo também deve ser respeitada, tendo em vista que, nesses encontros, os assuntos pertinentes aos casos devem ser tratados e as críticas devem ser feitas e recebidas de forma adequada, num aprendizado contínuo e compartilhado. Os profissionais devem ser vistos como portadores de conhecimentos específicos e os saberes de cada profissão devem ser vistos como privilegiados, de forma que se evite a hierarquização das profissões e a fragmentação das ações, buscando uma relação de diálogo, interdisciplinar e de troca.

Como visto nas leis, portarias e diretrizes expostas neste trabalho acerca do Sistema Único de Saúde e de seus serviços de promoção, prevenção e reabilitação da saúde, os indicadores de saúde ligados à qualidade do cuidado devem garantir o acesso, a resolutividade e, especialmente, a integralidade dos serviços. A discussão dos indicadores de saúde é um desafio que deve ser enfrentado pelos gestores e profissionais de saúde. Deve-se ainda mensurar os resultados obtidos pelas ações das equipes de saúde e verificar o cumprimento dos objetivos propostos, além de analisar se as diretrizes e fundamentos estão sendo respeitados e levados em consideração.

Conforme mostram as análises dos gráficos e tabelas contidos neste trabalho, o número de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família cresce a cada ano, entretanto, nota-se que, ainda, não é o suficiente para atender as demandas das equipes de SF. Ainda são muitas as equipes de Saúde da Família que não possuem vínculo com algum NASF, o que pode provocar uma sobrecarga de deveres e, até mesmo, um mau atendimento para a comunidade por parte dos profissionais. Deve-se atentar para a quantidade de equipes de SF que um NASF é vinculado, pois ao acompanhar muitas equipes e comunidades, seu trabalho pode perder sua função e direção, além de sobrecarregar suas atividades e profissionais. É importante que o número de NASFs aumente mais do que vem aumentando, de forma mais

acelerada, para que o ESF consiga atingir seus objetivos e metas, atendendo toda a população e promovendo a saúde conforme diretrizes e fundamentos do SUS.

Sabendo que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são novos, mas em crescente implantação, e que, não há muita bibliografia acerca da temática, é vista como imprescindível a realização de pesquisas que abordem o tema do NASF e que contribuam para expandir as discussões sobre a concepção, funcionamento e avaliação de suas ações na qualidade do cuidado e serviços de saúde.

O Serviço Social, que está entre as cinco profissões mais presentes dentro das equipes do NASF, deve ter mais preocupação em estudar esse programa. Para realização deste trabalho leu-se diversos artigos e aqueles que abordassem ações dessa profissão dentro das equipes, foram inexistentes. Uma profissão tão importante quanto essa, que muito vale para a conquista de cidadania e de garantia de direitos da comunidade, deve ter uma maior preocupação sobre a temática exposta. Ainda durante a elaboração da presente pesquisa, em meio a conversas informais com colegas de trabalho e amigos, notou-se que a maioria das pessoas não conhece o NASF, inclusive pessoas envolvidas com a área do Serviço Social e da saúde. Percebeu-se, também, que muitos desconhecem o funcionamento e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Atenção Básica, o que gera uma grande preocupação acerca do conhecimento da população sobre os serviços de saúde e a noção de seus direitos, assim como levanta uma dúvida à respeito da maneira com que a divulgação do sistema de saúde brasileiro vem sendo feita e se, realmente, está sendo efetiva.

A partir das considerações acima, pode-se resumir que o NASF contribui de forma essencial para o alcance dos objetivos e metas das equipes de SF e que deve passar por uma ampliação considerável de seu número de equipes, a fim de aumentar suas ações e a quantidade de pessoas atendidas pela Atenção Básica, não esquecendo, claro, de preparar seus profissionais e conscientizá-los para a importância do trabalho interdisciplinar. O estudo desse tema, produção de novas pesquisas e maior disponibilidade de dados estatísticos, é de suma importância para os profissionais da área de saúde, inclusive para o assistente social. Cabe ainda destacar que a realização deste trabalho em muito contribuiu para o enriquecimento acadêmico, profissional e particular desta orientanda, de forma que a área da saúde é a escolhida para se especializar e seguir carreira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, V. S. *Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial*. Ver. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>. Acesso em 19 jan/2013.

ARONA, E. C. *Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari*. **Saude soc.** [online]. 2009, vol.18, suppl.1, pp. 26-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000500005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 ago/2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios – Memórias*.

_____. Ministério da Saúde. Portal da saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção Básica e a Saúde da Família*. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em 23 fev/2013.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 20 jun/2012.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011a. *Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa*. Diário Oficial da União, Brasília, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes*. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18.055.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde*. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em 19 jan/2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. *Caderno de diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família)*. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em 20 fev/2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2007b. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf>. Acesso em 19 fev/2013.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. *Adesão aos programas*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=30070&janela=1>. Acesso em 18 fev/2013.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. *Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. ENSP/FIOCRUZ, v.4, n.7, ago 1986. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf>. Acesso em 20 nov/2012. Acesso em 2 dez/2012.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. *Saúde mais perto de você*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=2038&codModuloArea=301&chamada=Saude-mais-perto-de-voce>>. Acesso em 27 fev/2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno 1 - A Implantação da Unidade de Saúde da Família*. Milton Menezes da Costa Neto, org. Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.medlearn.com.br/ministerio_saude/atencao_basica/cadernos_atencao_basica_1_programa_saude_familia_implantacao_unidade_saude_familia.pdf>. Acesso em 16 fev/2013.

_____. Ministério do Planejamento. PAC. *UBS – Unidade Básica de Saúde*. Disponível em: <<http://www.pac.gov.br/comunidade-cidada/ubs-unidade-basica-de-saude>>. Acesso em 22 jan/2013.

_____. Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. *Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF*. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jan. 2008. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=47&data=25/01/2008>>. Acesso em 20 fev/2013.

_____. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011b. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica*. Diário Oficial da União, Brasília, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48. Acesso em 29 jan/2013.

_____. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2007c. *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*. Diário Oficial da União, Brasília, 31 mar. 2006. Seção 1, p. 138. Acesso em 29 jan/2013.

_____. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. *Aprova a Política de Promoção da Saúde*. Diário Oficial da União, Brasília, 31 mar. 2006. Seção 1, p. 138. Acesso em 21 jan/2013.

CAMARGO JR, K. R. et al. *Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 ago/2012.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. *A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital*. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Aug. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 5 dez/2012.

COELHO, I. B. *Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil*. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, Jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 5 dez/2012.

CONASEMS. *Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das universidades e municípios - Memórias*. Brasília: Athalaia; 2007, Conill. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/files/Livro_Movimento_SanitarioDecada_70.pdf>. Acesso em 15 jun/2012.

COSTA, G. D. et al. *Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial*. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2009, vol.62, n.1, pp. 113-118. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 jan/2013.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. *Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde*. **Saúde soc.** [online]. 2011, vol.20, n.4, pp. 961-970. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 jan/2013.

ESCOREL, S. *História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária*. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*, cap.11. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/CEBES, 2008.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. *História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista*. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*, cap.10. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/CEBES, 2008.

FLEURY, S. *Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído*. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 2 dez/2012.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. *Atenção primária à saúde*. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil, cap.16. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/CEBES, 2008. Acesso em 17 jan/2013.

MARTINELLI, M. L. *Os métodos na pesquisa*. A pesquisa qualitativa. *Temporalis/ABEPSS*, ano V, n. 9, jan. a jun., 2005.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.5, ago. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 7 dez/2012.

MENDES, E. V. *O SUS: Um processo social em construção*. In MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. 2. Ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.

OLIVEIRA, J. A. *Atenção Primária à saúde: Qual o lugar da participação da sociedade?* 2012. Tese de Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)Previdência Social - 60 Anos de História da Previdência*. Petrópolis, 2ª ed., Editora Vozes/Abrasco, 1986. Disponível em: <<http://www.docvirt.com/docreader.net/docreader.aspx?bib=CEBESLIVROS&Pasta=previdencia>>. Acesso em 21 jan/2013.

OMS; UNICEF. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Cuidados primários de saúde*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaoaude/Dec_Alma-Ata.htm>. Acesso em 16 jan/2013.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. *Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde*. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, Feb. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 6 dez/2012.

PAIM, J. *Modelos de atenção à saúde no Brasil*. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil, cap.15. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/CEBES, 2008.

PEREIRA, P. *Política Social: temas e questões*. São Paulo: Cortez, 2008.

POLIGNANO, M. V. *História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. Disponível em: <<http://www.fag.edu.br/professores/yjamal/Epidemiologia%20e%20saude%20publica/Historia%20e%20estrutura%20SUS.pdf>>. Acesso em 2 dez/2012.

ROMAGNOLI, R. C. *Breve estudo institucionalista acerca do Programa de Saúde da Família*. **Saude soc.** [online]. 2009, vol.18, n.3, pp. 525-536. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 7 dez/2012.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. *Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?* **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1325-1335. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 fev/2013.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em 31 jan/2013.