

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**UMA REFLEXÃO SOBRE  
A ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**CAMILA ZIMMERMANN RABELLO**

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2011



**CAMILA ZIMMERMANN RABELLO**

**UMA REFLEXÃO SOBRE  
A ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Doutora Mara Vasconcelos

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2011

**CAMILA ZIMMERMANN RABELLO**

**UMA REFLEXÃO SOBRE  
A ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial, para a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Doutora Mara Vasconcelos

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mara Vasconcelos \_\_\_\_\_ – Orientadora

Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck \_\_\_\_\_ – Examinador

Aprovada em Belo Horizonte 13/06/2011

Dedico este trabalho aos meus pais e ao meu namorado, que, em inúmeros finais de semana, privaram-se de minha companhia pelos estudos, concedendo-me a oportunidade de me realizar como pessoa e como profissional, buscando novos desafios a cada dia.

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Mara Vasconcelos, pelo incentivo, simpatia e presteza no auxílio às atividades e discussões sobre o andamento e a normatização deste Trabalho de Conclusão de Curso.

Ao meu Tutor e Professor Warley Simões, pelo carinho, dedicação e entusiasmo demonstrado ao longo do curso.

Aos colegas, pela espontaneidade e alegria na troca de informações e materiais, assim como pela demonstração de amizade e solidariedade.

À minha família, pela paciência em tolerar minhas eventuais ausências.

E, finalmente, a Deus, pela oportunidade e pelo privilégio que me foram dados em compartilhar tamanha experiência, e, ao frequentar este curso, por perceber e atentar para a relevância de temas que não faziam parte, em profundidade, da minha vida.

## RESUMO

O presente trabalho aborda o tema “O papel da atenção básica no Sistema Único de Saúde”. A qualidade dos serviços de saúde remete à necessidade da adoção de um modelo de organização em saúde, como forma de otimizar os serviços de saúde pública, tornando-os mais eficientes. O objetivo deste trabalho é fazer uma revisão da literatura sobre os desafios da atenção primária e a implementação da Estratégia Saúde da Família no Brasil. A metodologia utilizada, neste trabalho, foi realizada a partir de pesquisa bibliográfica, que permitiu abordar o tema, fundamentando-o em fontes como livros, periódicos, artigos publicados e consulta a meios eletrônicos. Concluiu-se que oferecer atenção à saúde frente às inovações da tecnologia não basta. É preciso também introduzir um processo racional e, sobretudo, bom senso no desempenho diário das equipes de saúde e da gestão.

**Palavras-chave:** Atenção primária. Sistema Único de Saúde. Estratégia Saúde da Família

## **ABSTRACT**

The current study approaches the role of primary care in the “Unified Health System”. The quality of health services refers to the necessity of adopting a model of organization in health, in the order to optimize the public health service, making them more efficient. The objective is to review the literature on the challenges of primary care and the implementation of the Family Health Program in Brazil. The methodology used was carried out through a literature review, which allowed to analyze the issue, based on sources as books, periodicals, published articles and consulting to electronic media. It was concluded that providing a health care considering the innovations of technology is not enough. It must also be introduced a rational process, and especially, good sense in the daily performance of the health staff and management.

**Key Words:** Primary care, National Health System.



## **LISTA DE SIGLAS**

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>12</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
<b>3.1 OBJETIVO GERAL</b>	<b>13</b>
<b>3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>13</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>14</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>15</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b>	<b>25</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>29</b>
<b>8 REFERÊNCIAS</b>	<b>30</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A prestação de serviços em saúde está presente de forma cada vez mais significativa na vida das pessoas, e, nessa perspectiva, percebo, em minha rotina de trabalho, que a atenção primária desempenha um papel fundamental na organização e integração das redes de atenção à saúde, servindo como porta de entrada ao usuário, de modo a lhe garantir acesso. Nesse contexto, os profissionais ligados à área da saúde, seja ela de atenção primária ou não, preocupam-se em suprir as necessidades do paciente, tendo como objetivo a manutenção da qualidade de vida das pessoas, zelando pelo seu bem-estar, aliviando seu sofrimento e preservando sua vida em muitas situações. No entanto, essa prática mostra-se um tanto complicada, levando em consideração as limitações do Sistema Único de Saúde (SUS) como um todo.

A condição atual das pessoas, no que diz respeito ao ambiente em que vivem ou trabalham e às pressões a que estão sujeitas diariamente, traz um comprometimento da saúde, exigindo a ação de diversos setores, sejam eles públicos ou privados. Aqui, citam-se como exemplo educação, habitação, obras públicas, grupos comunitários, entidades não governamentais, organizações religiosas, todas voltadas ao melhor desenvolvimento da saúde física e mental dos indivíduos (QUINTO NETO, 2006).

No Brasil, como em muitos outros países, coexistem os dois tipos de atuação, além de dois pesos e duas medidas: o que é válido para o setor privado não se mantém da mesma forma no setor público (O'DWYER, 1998).

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Saliento, diante disso, que existe um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde capaz de priorizar ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos. A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

Os profissionais da área de saúde pública têm como função promover a manutenção da qualidade de vida dos usuários, zelar pelo seu bem-estar, aliviar seu sofrimento e preservar a sua vida, mas, em muitas situações, essas práticas deixam de ser levadas a feito, devido às limitações impostas pelos sistemas de gestão em saúde (BRAGA, 2009).

Vivemos em um país continental, de contrastes e desigualdades, sejam demográficas ou sociais, e a nossa sociedade passa por transformações aceleradas. Entretanto, um outro ritmo de transformação vem se instalando no setor saúde,

principalmente quanto à compreensão de promoção da saúde, e é isso que posso vivenciar em meu dia a dia. Ainda são muitos os que ficam sem esse direito e se faz necessário um novo jeito de promover saúde em termos políticos. De igual modo, ainda causa estranhamento questionar qual o referencial teórico em que nos baseamos para avaliar e acompanhar esse processo para, enfim, poder sugerir modificações nas práticas em relação à equidade, à integralidade, à corresponsabilidade, à mobilização e à participação social, princípios em que a atenção básica deve se fundamentar.

As ações governamentais em saúde partem do princípio que toda a melhoria da eficiência e eficácia, nos processos de gestão e assistência médica, passa a fazer sentido a partir do momento em que há uma maior atenção ao paciente e um tratamento mais humanizado. Assim, ganham destaque o respeito e a valorização ao paciente, a humanização do atendimento e a adoção de medidas que atendam às exigências e necessidades cada vez maiores da população (VIANA *et al.*, 2006).

Nesse sentido, a área de saúde deve prestar um excelente serviço aos usuários, o que significa proporcionar todas as facilidades possíveis para que os pacientes se sintam seguros e bem atendidos nas suas necessidades. Por isso, as instituições de saúde devem desenvolver um entendimento apurado sobre qualidade na prestação de serviços, buscando alcançar a satisfação dos usuários, conscientes de que assim procedendo terão possibilidades maiores de obterem bons resultados no curto e no longo prazo (GIRALDES, 1988).

Devido ao fator econômico, torna-se importante, também, o uso adequado dos recursos econômicos disponíveis. Gastar menos é praticamente um dos objetivos a serem perseguidos pelo setor de saúde, o que condiciona tanto a prestação de serviços de saúde como o próprio nível de saúde da população (SPILLER *et al.*, 2009).

Partindo-se desses pressupostos, a questão que norteia este trabalho é: Qual o papel da atenção básica no Sistema Único de Saúde?

A reflexão sobre o tema e o estudo dos fatores que interferem no consumo de assistência à saúde, seja do lado da oferta ou da demanda, além de outras razões importantes envolvidas no desenvolvimento e aplicação da saúde pública, são algumas das propostas deste trabalho, como será elucidado a seguir.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Quando fui convidada a fazer parte da Secretaria Municipal de Saúde do município de Passo Fundo (RS), como coordenadora do serviço odontológico local, não tinha noção da amplitude dos desafios diários que iria enfrentar. Esses desafios podem ser definidos como um conjunto de saberes e práticas necessárias para a implementação de políticas na área da saúde que devem ser exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público e da gestão. À medida que fui aprimorando meus conhecimentos, passei a observar que o modelo organizacional mais adequado para atendimento dos problemas de saúde da população deve ser aquele que supre as necessidades do paciente, sendo participativo no processo saúde-doença e capaz de promover saúde, também atendendo em todos os níveis de sua complexidade.

Diante disso, a justificativa deste trabalho está baseada na importância que deve ser dada à atenção básica como modo de não apenas melhorar o serviço para o usuário e o profissional, mas como medida a ser tomada com vistas a aumentar a qualidade de vida das pessoas que buscam os serviços de saúde da rede pública. A estrutura oferecida pela gestão pública de saúde precisa atender à demanda dos usuários, disponibilizando acesso aos diversos tipos de atendimento, a fim de resolver os problemas do paciente já neste estágio, de modo a evitar-lhe um desgaste maior e a propiciar uma redução de custos para o setor. Se não houver possibilidade de fazê-lo, o ideal é que o usuário possa ser encaminhado para outros setores com as necessidades satisfeitas dentro de um período hábil, respeitando-se, assim, o princípio da dignidade humana.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Realizar uma revisão da literatura sobre os desafios da atenção primária e a implementação da Estratégia Saúde da Família no Brasil.

#### **3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO**

Comparar a teoria e a prática da atenção básica desenvolvida do município de Passo Fundo/RS.

## **4 METODOLOGIA**

A metodologia empregada, neste trabalho, consiste em uma revisão narrativa realizada com base em pesquisa bibliográfica, que permite abordar o tema, fundamentando-o em fontes, como livros, periódicos, artigos publicados, portarias ministeriais e leis sobre o SUS e a Estratégia Saúde da Família (ESF), além de consulta a meios eletrônicos. Opta-se pelo recorte temporal compreendido entre 1998 e 2010.



## 5 REVISÃO DE LITERATURA

No Brasil, desde o período colonial até meados do século XIX, os problemas sanitários eram de responsabilidade de cada localidade, as quais adotavam medidas que garantiam a limpeza de ruas e quintais. A população mais pobre ficava sob os cuidados da Igreja Católica, nas Santas Casas de Misericórdia, e as demais pessoas ficavam à mercê de diversos “tipos” de profissionais, de acordo com o dinheiro de que dispunham. Evidentemente, sem as devidas condições sanitárias, esse foi um período marcado por doenças como varíola, febre amarela, malária e tuberculose, pois não havia como controlar o perigo da morbidade e da mortalidade (ANDRADE *et al.*, 2007).

Com o início da República Velha e com o Brasil vinculado à exportação de café, foram adotados os primeiros fundamentos de bacteriologia e microbiologia, o que foi mais significativo nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, aparecendo figuras importantes, nesse sentido, como Oswaldo Cruz e Emílio Ribas (ANDRADE *et al.*, 2007).

Em termos históricos, registra-se que a rede de atenção básica tem origem no final da década de 1920, com a abertura de centros de saúde planejados para atuar em base territorial, a fim de promover as medidas de saúde pública destinadas ao controle de doenças, com ações sistemáticas no domicílio e na comunidade. Essas iniciativas foram fruto das experiências difundidas nos Estados Unidos, com destaque para o trabalho das enfermeiras visitadoras ou de saúde pública (CONILL; FAUSTO, 2007).

A partir da criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), na década de 40 do século XX, passou a ser criada uma série de leis internacionais cujo objetivo é estabelecer parâmetros que protejam as pessoas mais vulneráveis da sociedade, de modo a fazer valer seu direito à dignidade, à liberdade e à boa saúde. Por essa razão, cada país deve adequar um sistema de saúde fundamentado em Atenção Primária à Saúde (APS), analisando-se, prioritariamente, os valores e as necessidades sociais de cada lugar.

No Brasil, através da Constituição de 1988, o SUS teve aprovados os seus princípios norteadores – universalidade, integralidade, equidade e participação social –, o que representou um avanço político e social (ANDRADE *et al.*, 2007).

O SUS envolve um grande número de atividades e profissionais que tentam, na medida do possível, cumprir as funções determinadas pela referida Constituição, que estabeleceu diretrizes com relação aos serviços oferecidos, para que estes possam acontecer da melhor maneira possível (MACHADO *et al.*, 2009).

Dois movimentos históricos contribuíram para a ampliação do conceito de atenção primária e, por conseguinte, para a ampliação do papel das equipes de APS: a reformulação do sistema de saúde canadense, implantado com base no *Informe Lalonde*, e as discussões

de representantes de vários países no âmbito da OMS, que geraram o movimento da Atenção Primária à Saúde, o qual culminou com a realização da Conferência de Alma-Ata, no ano de 1978 (GONDIM *et al.*, 2009).

Ressalta-se que, com essa conferência e com a proposta da atenção primária, ocorreram a expansão e a articulação das Secretarias Municipais de Saúde (ANDRADE *et al.*, 2007).

Até a Constituição de 1988, houve no Brasil dois modelos dicotomizados: um voltado exclusivamente a “recuperar a saúde de indivíduos doentes”, conhecido como modelo hospitalar; e outro, conhecido como modelo sanitarista, caracterizado como um conjunto de estratégias de controle de doenças e fatores de risco organizadas em programas verticais e centralizados. A força desses dois modelos ainda se mantém, apesar de inequívocas evidências de que a modificação dos padrões de carga de doença demanda a estruturação de redes de atenção voltadas, principalmente, ao atendimento de prevenção e promoção relativo a agravos de natureza crônica (GONDIM *et al.*, 2009).

A criação do SUS, em 1988, e a progressiva descentralização de recursos para os municípios, a partir de 1990, favoreceram o surgimento de iniciativas de caráter alternativo, que apontavam novos modelos de atenção, com foco na atenção primária (GONDIM *et al.*, 2009).

A seguir, apresenta-se a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990:

1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privada. Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na 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. § 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Art. 4º 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 (SUS). § 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 hemoderivados, e de equipamentos para saúde. § 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar) (BRASIL, 1990, s/p).

Assim, dois programas estratégicos tiveram início na primeira metade da década de 1990: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família, respectivamente em 1991 e 1994. Representando iniciativas focalizadas, por enfrentarem altos índices de morbimortalidade infantil e de epidemias em algumas regiões do Brasil, esses programas canalizavam recursos para que municípios mais pobres pudessem iniciar algum processo de organização de seus sistemas e redes de saúde. A característica vertical desses programas também reduzia seus possíveis impactos para a construção de redes de saúde naqueles municípios (GONDIM *et al.*, 2009).

No Brasil, a implementação da ESF ocorreu como uma tentativa de consolidação dos princípios do SUS. A breve existência desse sistema e os conflitos advindos dos aspectos inovadores por ele incorporados geraram um ambiente propício para a implementação de políticas de saúde que viessem melhor estruturar esses princípios organizativos para transformá-los em ação efetiva. A ESF surgiu, essencialmente, como uma oportunidade de: 1) expandir o acesso à atenção primária para a população brasileira; 2) consolidar o processo de municipalização da organização da atenção à saúde; 3) facilitar o processo de regionalização entre os municípios próximos; 4) coordenar a integralidade de assistência à saúde. Portanto, a decisão de implementar a ESF foi coerente com os princípios doutrinários do SUS, em termos de alcançar a universalidade de acesso, integralidade de atenção à saúde e descentralização do planejamento e da gestão política e administrativa de aspectos relacionados à saúde dos municípios. Destaca-se, também, o papel fundamental da ESF na organização dos processos de participação popular e sua respectiva influência na consolidação do papel moderador e monitorador das comunidades (ANDRADE *et al.*, 2007).

A descentralização de recursos e a transferência desses programas para a área central do Ministério da Saúde criaram as condições possíveis para que o Programa de Saúde da Família (PSF) fosse desenvolvido como uma estratégia concreta para a reordenação do sistema de saúde, fortalecendo a capacidade resolutiva da atenção básica como nível de atenção e seu papel integrador e organizador do SUS (GONDIM *et al.*, 2009).

A ESF foi criada em 1994, com o advento do SUS, através de uma política de acesso da população brasileira à atenção básica. Dessa forma, APS e ESF foram processos que aconteceram simultaneamente, fomentados, inclusive, pelas escolas estaduais de saúde pública e pelos profissionais envolvidos. Assim, tornou-se imprescindível a utilização de recursos federais pelos municípios, que teriam que dispor de autonomia para a orientação da estratégia, além de um número cada vez maior de profissionais qualificados para executar o sistema. Destaca-se que, atualmente, ainda há o desafio de superar a questão da expansão quantitativa de maneira que esta possa, paralelamente, ser seguida pela qualidade da gestão, sobretudo em nível municipal. A ESF foi implementada em virtude de

um redirecionamento das prioridades de ação em saúde, com uma filosofia mais voltada à prevenção e à qualidade de vida da população por parte do SUS. A forma como está estruturada no Brasil pode servir de modelo universal, pois direciona os usuários do SUS, inicialmente, a uma rede ambulatorial especializada e, posteriormente, de acordo com as necessidades, à rede hospitalar, aos serviços de emergência e outros (ANDRADE *et al.*, 2007).

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), esta tem um sentido o mais abrangente possível, sendo, acima de tudo, área norteadora tanto de princípios doutrinários quanto da proposta técnico-operacional de reorganização, ordenação e do modo de atuar em saúde no SUS. Essa política congrega, ainda, a responsabilidade de ser o campo privilegiado para a prática das ações intersetoriais e de lançar as bases para uma sociedade saudável, democrática e participativa (GONDIM *et al.*, 2009).

Atualmente, em tempos de globalização, o ato de adotar um sistema de gestão de custos, de atendimento, de satisfação do consumidor representa um diferencial e uma vantagem competitiva que as instituições têm para aliar bom atendimento, satisfação do usuário e baixo custo, sem comprometer a qualidade do serviço (MARTINS, 2002).

Em documento oficial, lê-se que:

O Ministério da Saúde, dentro de sua política de incentivo ao desenvolvimento da assistência à população e no incremento da qualidade da gestão e assistência, vem desenvolvendo grandes esforços nessa área. Para tanto, tem implementado programas como: Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência; Humanização da Assistência; Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos (BRASIL, 2001, p...).

A atuação política do gestor do SUS se evidencia em seu relacionamento constante com diversos grupos e atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes, formais e informais. Os objetivos a serem perseguidos na área da saúde exigem a interação do gestor com os demais órgãos governamentais executivos, como outros ministérios ou secretarias de governo; com os Poderes Legislativo e Judiciário; com gestores de outras esferas de governo e com a sociedade civil organizada (SPILLER *et al.*, 2009).

De acordo com documento oficial relativo a gestão hospitalar,

O Ministério da Saúde parte do princípio que todo incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão somente tem sentido se estiver a serviço de uma atenção melhor e mais humanizada ao paciente, o que envolve respeito e valorização, além da humanização do atendimento e da adoção de medidas que visem a atender às crescentes exigências e necessidades da população (BRASIL, 2001, s/p).

A APS deve ser direcionada, principalmente, ao atendimento preventivo, seguindo-se, então, quando necessário, de uma fase curativa, de reabilitação e promoção da saúde. Esse processo deve levar em consideração as necessidades de cada região atendida, contemplando aspectos como saneamento básico, provimento de água potável, vacinação, planejamento familiar e educação em higiene e saúde, por exemplo. A APS é voltada à atenção à pessoa antes que um problema esteja instalado, ou seja, antes que a doença esteja instalada. Representa um conjunto de cuidados que permite melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas, de forma que haja um menor gasto por parte do poder público na fase curativa e uma maior aplicação de recursos em programas voltados à saúde (ANDRADE *et al.*, 2007).

Acolher bem ao usuário significa, entre outras coisas, ter uma atitude que garanta a escuta qualificada com o objetivo de suprir as necessidades do paciente, devendo garantir a humanização da relação entre instituição e usuário (CARVALHO; CUNHA, 2007).

A ESF no Brasil é uma política em processo evolutivo, produzida pelo processo discursivo do Movimento de Reforma Sanitária no Brasil e pela prática gerada na implantação de modelos de atenção à saúde, alternativos ao modelo médico assistencial privatista (ANDRADE *et al.*, 2007).

É importante observar que esse processo foi facilitado pelo novo modelo técnico-assistencial fundado nos princípios norteadores do SUS, de acordo com os quais a centralização não está na figura do médico, mas na Saúde da Família. Assim, foi viabilizado o fortalecimento da noção abrangente de “saúde”, operada como qualidade de vida, garantido na Constituição Federal de 1988. A ideia de não centralizar a estratégia estruturante do SUS possibilitou, também, o fortalecimento do conceito de equipe interdisciplinar. Nessa equipe, naturalmente, integram-se os milhares de agentes de saúde já em atuação em todo o País, com expressivos resultados na melhoria de indicadores de saúde na população beneficiada pelo programa, assim como os enfermeiros supervisores (ANDRADE *et al.*, 2007).

Nos últimos anos, houve expansão do acesso às equipes de saúde da família, aumento da cobertura da ESF nas zonas urbanas e em cidades com maior densidade populacional, além de avanços na construção da interdisciplinaridade das ações de saúde, maior integração das ações da ESF com as ações de saúde secundárias e terciárias e

intensificação dos processos de participação comunitária. Entretanto, qualquer simplificação da descrição das especificidades do modelo de atenção à saúde incorporado pela ESF seria um típico exemplo de falsidade, em virtude da grande diversidade de experiências e peculiaridades de cada experimento de implementação (ANDRADE *et al.*, 2007).

Dessa forma, para se compreender o modelo de atenção à saúde inaugurado pela ESF no Brasil deve-se, inicialmente, estar consciente de que a ESF de uma comunidade específica é distinta das demais, com suas próprias prioridades de ação, potencialidades e limitações. Em outras palavras, a ESF encontrada nas mais diversas comunidades brasileiras é o resultado do processo de adaptação local do modelo de atenção básica familiar proposto e primariamente financiado pelo governo federal. Essa diversidade de experiências da ESF nas cidades brasileiras é especialmente resultante da variedade de tempo de implementação, capacitação dos profissionais, compromisso dos gestores, estabilidade de financiamento e do nível de empoderamento comunitário (ANDRADE *et al.*, 2007).

A prioridade em fortalecer a ESF como espaço privilegiado de práticas integrais em saúde permite que antigos modelos sejam superados, construindo-se alternativas de ação de maneira a prevenir os riscos, promover e recuperar a saúde de pessoas e de grupos populacionais a partir da realidade local (MARSIGLIA, 2008).

A ESF tem um papel central da integralidade, o que implica tomar como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, organizando a atenção, de modo a incluir não apenas as ações e os serviços que incidem sobre os efeitos dos problemas – doença, incapacidade e morte – mas, sobretudo, atuar sobre as “causas” – condições de vida, de trabalho e de lazer (MARSIGLIA, 2008).

Os marcos estruturantes da ESF são lançados pelo Ministério da Saúde a partir de 1993. Após as experiências bem-sucedidas do trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde, buscou-se resgatar princípios importantes para a Atenção Primária à Saúde. Alguns deles já tinham sido testados com sucesso nas décadas anteriores no país, nos primórdios da implantação dos centros de saúde. As experiências municipais da década de 1980, inspiradas na Declaração de Alma-Ata, suscitaram as mudanças no bojo da estruturação do SUS. A criação de Sistemas Locais de Saúde, com base no enfoque epidemiológico, no acesso e na equidade da atenção e na territorialização, com a participação da comunidade, formou o arcabouço conceitual a estruturar esse novo modelo de atenção. A preocupação em manter o vínculo e a proximidade de equipes e usuários, com foco na família e na comunidade, completou essa nova proposta (CAMPOS *et al.*, 2007).

Existem muitas dificuldades para lidar com a dinâmica familiar e comunitária, bem como com os problemas que surgem em função dessas categorias de análise e de suas

intervenções correspondentes. Por estarem muito mais relacionados às áreas de psicologia e assistência social, existe a necessidade de incorporação desses conhecimentos na atuação ligada à atenção à saúde (MARSIGLIA, 2008).

Assim, faz-se necessário reorganizar o processo de trabalho, com base na substituição do modo de atuar dos profissionais de saúde: o foco do cuidado na doença passa a ter nova orientação; o cuidado, pautado na integralidade das ações, atuando nos campos de promoção, prevenção, assistência e reabilitação (MARSIGLIA, 2008).

É fundamental o reconhecimento dos determinantes do processo saúde-doença de grupos populacionais concretos, referidos às equipes locais e permanentes, com dedicação exclusiva a essas tarefas. Daí decorre a proposta da ESF, com características multiprofissionais, mas sem um número excessivo de profissionais a diluir e fragmentar funções e responsabilidades (GOULART, 2007).

O papel da atenção básica em um dado sistema de saúde implica compreender as ações de saúde como um reflexo de um determinado modelo de proteção social. Segundo documento técnico focado na integração da APS, a proteção social revela o tipo de solidariedade que os cidadãos de um país estão dispostos a consolidar. Por isso, o desempenho de um sistema de saúde indica não apenas os recursos disponíveis, mas também os valores e as opções políticas frente às necessidades da população (CONILL; FAUSTO, 2007).

A Política Nacional de Promoção em Saúde propõe um olhar voltado à promoção da saúde que integre as ações e os serviços relacionados tanto ao adoecer quanto às condições de vida e às escolhas saudáveis por parte do sujeito e sua coletividade (BUSS, 2006).

Diante disso, Sistemas Nacionais de Saúde fundamentados em princípios como o da atenção integral devem manter como base de orientação de suas agendas de prioridade, de seus processos de planejamento, das práticas de saúde e da qualificação do trabalhador certos elementos, como os condicionantes históricos, culturais, econômicos e sociais que conformam uma vasta gama daquilo que se costuma chamar de necessidades em saúde (GONDIM *et al.*, 2009).

Como recomenda a legislação federal,

Para operacionalizar a participação social na saúde, foi aprovada a Lei 8.142, de 1990 (Complementar da Lei Orgânica da Saúde), a qual propôs a conformação de conselhos de saúde nas três esferas de governo: União, estados e municípios. Tais conselhos devem ser compostos por quatro segmentos sociais: governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 1990, s/p).

Vale ressaltar que os usuários têm direito à metade dos assentos em cada conselho de saúde, devendo os demais assentos ser divididos entre os representantes dos outros três grupos. A atuação dá-se através de dois grupos de responsabilidades principais. O primeiro, de caráter proativo, diz respeito à participação na formulação de políticas de saúde, por meio da discussão acerca das necessidades de saúde de uma dada população, da definição de prioridades de política e do debate conjunto de estratégias de superação de problemas existentes no sistema de saúde, entre outros. O segundo grupo de responsabilidades se relaciona ao controle social sobre a condução da política de saúde, que envolve o acompanhamento e a fiscalização das políticas, além de análise sobre sua coerência com as necessidades sociais de saúde e os princípios do SUS (VIANA *et al.*, 2006).

A atuação técnica do gestor do SUS, invariavelmente permeada por fatores políticos, consubstancia-se por meio do exercício das funções e atribuições na saúde, cujo desempenho depende de conhecimentos, habilidades e experiências no campo da gestão pública e da gestão em saúde. Tais funções podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a condução de políticas na área da saúde. O gestor passa grande parte de seu tempo tomando decisões e negociando com seus dirigentes, profissionais de saúde, prestadores de serviços, empresários, fornecedores e usuários de serviços. Dentro das responsabilidades e atribuições dos gestores do SUS, também se pode destacar uma função na formulação de políticas/planejamento, onde estão incluídas as atividades de diagnóstico de necessidades de saúde, identificação de prioridades e programação de ações, entre outras (VIANA *et al.*, 2006; SPILLER *et al.*, 2009; BUSS, 2006).

Dessa forma, a construção da ESF se revela como consequência de um processo lento e contínuo de tensão com o modelo existente de assistência à saúde. Nessa perspectiva exploratória de busca de modelos assistenciais que superassem a incapacidade do modelo dominador tecnicista, de centralização hospitalar e medicamentoso, com vistas a responder efetivamente às demandas individuais e coletivas, algumas experiências tiveram uma discussão teórica e aplicação prática que antecederam e inspiraram a discussão do modelo atual de saúde da família. Aliadas a esses modelos técnico-assistenciais, as experiências pontuais de equipes de saúde da família, em alguns municípios brasileiros, e a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde serviram de substrato complementar na discussão e formulação do modelo atual da ESF no Brasil. Em resumo, foram absorvidas, no processo formulador da ESF, informações empíricas e a observação da evolução de indicadores de processo e resultado em municípios e/ou localidades onde havia equipes de saúde da família em funcionamento (ANDRADE *et al.*, 2007).

Compreender a organização do sistema de saúde sob esse viés representa



reconhecer a atenção primária como eixo ordenador de um modelo de atenção à saúde construído na perspectiva da atenção integral. Tal modelo, assim constituído, possibilita o acesso universal e contínuo de saúde de qualidade e resolutivo, caracterizado como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de maneira a permitir o planejamento e a programação descentralizada, em consonância com o princípio da equidade, efetivando a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde; prevenção de agravos; vigilância à saúde; tratamento e reabilitação; trabalho interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços, desenvolvendo relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita. Todas essas práticas têm como objetivo garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação, estimulando a participação popular e o controle social (GONDIM *et al.*, 2009).

Diversos trabalhos recentes têm demonstrado o impacto no modelo de atenção com base na reorientação estratégica da saúde da família, tais como a capacidade de tomada de decisões, a qualificação das equipes técnicas, a capacidade de articulação externa, a opção pela efetiva substituição dos componentes estruturais e ideológicos dos antigos regimes de práticas, o desenvolvimento de inovações assistenciais e gerenciais (GOULART, 2007).

O modelo tem experimentado, também, aperfeiçoamentos, como a inclusão de equipes de saúde oral e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os benefícios na melhoria das condições de vida e saúde dos sujeitos sociais são comprovados, por exemplo, com estudos que demonstram o progresso da cobertura das ações da atenção básica para um conjunto importante da população antes desassistida e a redução de mortes atribuíveis à falta de assistência à saúde (ABREU *et al.*, 2007).

Em resumo, a ESF tem um papel central na garantia da integralidade, o que implica:

1. Conhecer a realidade das famílias (socioeconômica, psicocultural, demográfica, epidemiológica).
2. Identificar problemas de saúde e situações de risco.
3. Apoiar a elaboração de planos locais de saúde.
4. Valorizar o vínculo, a responsabilização, a continuidade, a relação de confiança.
5. Realizar ações de vigilância à saúde.
6. Desenvolver ações programáticas: tuberculose, hanseníase, DST/AIDS, doenças

crônicas relacionadas ao trabalho e ao meio ambiente.

7. Resolver a maior parte dos problemas e garantir a referência.

8. Prestar assistência integral e promover a saúde por meio da educação.

9. Desenvolver a autoestima, a troca de experiências, o apoio mútuo e o autocuidado.

10. Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações para a melhoria da qualidade de vida e do meio ambiente.

11. Incentivar a formação e a participação nos conselhos de saúde (GONDIM *et al.*, 2009).

## 6 DISCUSSÃO

O papel da atenção básica em um dado sistema de saúde envolve compreender as ações de saúde, antes de tudo, como um reflexo de um determinado modelo de proteção social, de modo que o seu desempenho corresponde não apenas aos recursos disponíveis, mas também aos valores e às opções políticas frente às necessidades da população (GONDIM *et al.*, 2009; ANDRADE *et al.*, 2007).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a promoção, a proteção, a manutenção e a reabilitação da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigido a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, sendo o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se, por fim, pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (GONDIM *et al.*, 2009; ANDRADE *et al.*, 2007; MARSIGLIA, 2008; CAMPOS *et al.*, 2007; CARVALHO; CUNHA, 2007).

Conforme se destacou anteriormente, o gestor passa grande parte de seu tempo tomando decisões e negociando com seus dirigentes, profissionais de saúde, prestadores de serviços, empresários, fornecedores e usuários de serviços. Às demais responsabilidades e atribuições dos gestores do SUS, pode-se acrescentar a formulação de políticas/planejamento, que, por sua vez, inclui as atividades de diagnóstico de necessidades de saúde, identificação de prioridades e programação de ações, etc. Outro desafio muito grande dos gestores brasileiros está relacionado ao financiamento da saúde no País, que pode ser analisado sob vários aspectos, entre os quais a insuficiência dos recursos financeiros para se construir um sistema público universal. Os gestores também estão enfrentando o desafio do financiamento na saúde em duas vertentes, a da quantidade e da qualidade do gasto na saúde (VIANA *et al.*, 2006; SPILLER *et al.*, 2009; BUSS, 2006).

A supervisão sempre foi uma atividade constante no exercício profissional dos gestores, visando a um acompanhamento direto referente ao processo saúde-doença. Como percebo em minha vivência diária, essa gestão em cuidado passou a ser um campo de trabalho extremamente relevante nos dias atuais, na medida em que a prevenção e a promoção em saúde fazem parte do cotidiano do usuário.

Vivemos em um mundo de muitas e rápidas transformações, e na área da saúde isso não é diferente. Assim, viver nessa época requer que repensemos nossas práticas, e um bom começo para isso consiste em olhar para o nosso território (local) e compreender que não há como comparar um trabalho que deu certo em Belo Horizonte com o que ocorre no município de Passo Fundo, por exemplo, ou reproduzir em um lugar o que foi bem-sucedido em outro, de forma exatamente igual. Afinal, as pessoas, seus jeitos de viver e entender a vida, ou seja, a sua cultura, são elementos singulares. No entanto, entendo que podemos olhar nosso território, olhar para outros e pensar em estratégias, adequando à nossa realidade o que deu certo em outros espaços, sempre respeitando o sujeito, assim como as necessidades do usuário.

Diante disso, saliento, com base na revisão de literatura e na minha prática profissional, que o modelo organizacional mais adequado para o atendimento dos problemas de saúde da população deve ser aquele promotor de equidade e da integralidade da atenção. Dentre as várias estratégias a serem adotadas para esse fim, devem estar desenhados os percursos assistenciais realizados pelo maior número de pessoas decorrentes de situações de saúde semelhantes, conformando o que se chamou de “linhas de cuidado”, construídas, preferencialmente, com fundamento na atenção básica. A concepção de linhas de cuidado deve representar, necessariamente, um continuum assistencial composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, pressupondo um conjunto de ações orientadas pelas necessidades de saúde (GONDIM *et al.*, 2009; CARVALHO; CUNHA, 2007; CAMPOS *et al.*, 2007; MARSIGLIA, 2008).

É fundamental que haja o funcionamento articulado das equipes de saúde, objetivando uma visão mais abrangente do indivíduo e caracterizando um espaço coletivo e não hierarquizado de desenvolvimento de ações de saúde. Dessa forma, através de uma APS, são identificadas as necessidades dos atendimentos, direcionando-os aos profissionais qualificados, podendo acompanhar, inclusive, a evolução do atendimento do paciente. Assim, ao se dispor de uma ESF, é possível realizar a prevenção de uma diversidade de patologias, além de um atendimento adequado das pessoas e um controle do desperdício dos recursos da saúde pública, disponibilizando um maior número de atendimento de qualidade aos usuários do sistema público de saúde. Afinal, a ESF é um modelo de atenção primária que tem como objetivo operacionalizar diversas ações focadas na unidade familiar, levando em consideração o seu contexto econômico e social (MARSIGLIA, 2008; CARVALHO; CUNHA, 2007; CAMPOS *et al.*, 2007).

Seguindo tais orientações, o município de Passo Fundo tem trabalhado no sentido de viabilizar e promover ações de saúde e implementar projetos em rede para qualificar ainda mais o sistema de saúde pública, em conjunto com todos os indivíduos envolvidos, isto é, a

comunidade, os profissionais de saúde e os prestadores de serviço, estando, ainda, em busca constante de recursos para o seu financiamento. Outra ação do município se trata da política de humanização, que se dá por meio de reuniões quinzenais com os profissionais da área de saúde, para as quais são convidados Agentes Comunitários de Saúde (ACS), psicólogos, médicos, odontólogos, enfermeiros e outros. As referidas reuniões são uma oportunidade incomparável e imprescindível de melhoria do processo, pois permitem sanar dúvidas, obter informações, promovendo debates sobre assuntos pertinentes ao grande grupo para encontrar soluções.

A promoção da saúde oferece um marco para a formulação de políticas públicas em todos os setores que apoiam o desenvolvimento sadio e sustentável. Exemplos vindos de várias partes das Américas demonstram a relevância de planejar, implantar e avaliar estratégias de promoção da saúde em todos os níveis, e particularmente por meio do processo de municípios e comunidades saudáveis, proporcionando uma base importante para gestão, por meio da criação de espaços que favorecem a saúde. Em Passo Fundo, as ações em saúde são avaliadas através de relatórios de gestão que são aprovados no Conselho Municipal de Saúde. Já nós profissionais avaliamos as nossas ações através de relatórios das atividades desenvolvidas e, em grupo, procedemos a discussões com vistas a melhorar e amadurecer cada tarefa desenvolvida, sabendo, porém, que há ainda muito a caminhar nesse sentido.

Com relação à participação popular, pode-se destacar a atuação da sociedade civil do campo democrático (movimentos sociais, organizações) nos espaços públicos de decisão. Tal participação deve ocorrer, preferencialmente, por meio da institucionalização de mecanismos de democracia participativa e direta, inclusive na elaboração, deliberação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas. Esse é, ainda, um processo de aprendizagem, na medida em que qualifica a intervenção dos cidadãos para atuarem nesses espaços (VIANA *et al.*, 2006; SPILLER *et al.*, 2009).

Em Passo Fundo, a população também usa os meios de comunicação para pronunciar-se sobre que está em desacordo e, por vezes, para elogiar. Também telefonam para o Secretário da Saúde, ou mesmo para o Prefeito, quando não os procuram pessoalmente.

Como demonstram os autores elencados na revisão de literatura, para que a atenção básica seja considerada sinônimo de saúde, as autoridades políticas e civis, os trabalhadores e a sociedade em geral devem dedicar esforços constantes para melhoria das condições de vida, trabalho e cultura da população, estabelecendo uma relação harmoniosa com o meio ambiente físico e natural, além de expandirem os recursos comunitários para melhorar a convivência, desenvolver a solidariedade, a cogestão e a democracia.

Assim, as demandas por cuidados de saúde são socialmente construídas e fazem parte do imaginário social, razão pela qual traduzi-las – ou seja, dar voz aos sujeitos – pode ser uma das estratégias para se organizar as práticas de integralidade em saúde nos serviços públicos. Isso significa que a ação dos sujeitos na busca de melhorias e no enfrentamento dos problemas individuais e coletivos merece uma atenção especial por parte dos profissionais e gestores (GONDIM *et al.*, 2009; ANDRADE *et al.*, 2007; MARSIGLIA, 2008).

Diante do que foi tratado ao longo desta reflexão, entendo ser extremamente válido realizar oficinas de trabalho com profissionais de saúde, gestores públicos, colaboradores de empresas parceiras, conselheiros e voluntários de saúde, clubes de mães e outras lideranças da comunidade, com o objetivo de problematizar a promoção da saúde e identificar os desafios e as possibilidades de atuação conjunta. Desse modo, alcançando o objetivo específico deste trabalho, eis aqui uma proposta interessante para um município que deseja ser saudável. Como ponto de partida, as equipes das ESFs já realizaram, em Passo Fundo, a Estimativa Rápida, a qual, somada aos indicadores do que pensam empresas e cidadãos, pode resultar em um bom encaminhamento para as dificuldades do município, como meio de garantir sustentabilidade e melhoria na qualidade de vida de todos os sujeitos.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conclui-se, neste trabalho, que para haver qualidade da atenção em saúde é fundamental a compreensão da dinâmica do processo saúde-doença e de seus determinantes, bem como a participação do usuário, tendo em vista que o papel da atenção básica no SUS está diretamente ligado às ações de saúde, antes de tudo, como um reflexo de um determinado modelo de promoção e prevenção.

Nesse componente, a ESF tem se revelado como um instrumento orientador potente para a obtenção da qualidade da atenção em saúde aliado à educação popular. O modelo organizacional mais adequado para o atendimento dos problemas de saúde da população deve ser aquele promotor de equidade e da integralidade da atenção, suprindo, assim, as necessidades do usuário.

Finalizando esta reflexão, enfatizo, com base no estudo realizado e na realidade vivenciada, que um serviço de saúde deve ter um conhecimento atualizado e estruturado das condições de saúde da população do seu território, sendo necessário, para tanto, um adequado planejamento de suas ações, além da utilização de instrumentos viáveis e factíveis, de acordo com cada contexto. Portanto, a análise das informações disponíveis mostra-se indispensável, especialmente aquelas provenientes de indicadores locais.

## 8 REFERÊNCIAS

ABREU, D. M. X.; CÉSAR, C. C.; FRANÇA, E. B. Relação entre as causas de morte evitáveis por atenção à saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, n. 21, v. 5, p. 282-91, 2007.

ANDRADE, L. O. M.; BUENO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRAGA, B. F. Crise e saúde. *Zero Hora*, ano 45, exemplar 15.882, 24 fev. 2009.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: <[http://portaldasaude-  
www.saude.gov.br-legislacao](http://portaldasaude-<br/>www.saude.gov.br-legislacao)>. Acesso em: 15 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br>>. Acesso em: 15 set. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Gestão hospitalar*. 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br>>. Acesso em: 06 jun. 2011.

\_\_\_\_\_. *Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://www.saude.gov.br-legislacao>>. Acesso em: 06 jul. 2011.

BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, n. 5, v. 1, p. 163-77, 2006.

CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 837-868.

CONILL, E.M.; FAUSTO, M. C. R. Análisis de La problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas de inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. In: *Documento técnico do III Intercambio: fortalecimiento de la integración de la atención primaria con otros niveles de atención del proyecto eurosocial salud*, 2007.

GONDIM, R. et al. Organização da Atenção. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JR., W. V. (Orgs.). *Qualificação de gestores do SUS*. Rio de Janeiro: EAD, 2009. p. 97-123.

GOULART, F. *Saúde da família: boas práticas e círculos virtuosos*. Uberlândia: EDUFU, 2007.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JR., W. V. (Orgs.). *Qualificação de gestores do SUS*. Rio de Janeiro: EAD, 2009.

MARSIGLIA, R. M. G. Famílias: questões para o Programa Saúde da Família. In: ACOSTA,



A. R.; VITALE, M. A. F. (Orgs.). *Família: redes, laços e políticas públicas*. 4. ed. São Paulo: IEPUCSP; Cortez, 2008.

MARTINS, V. F. *Desenvolvimento de modelo de resultados em serviços hospitalares com base na comparação entre receitas e custos das atividades associadas aos serviços*. Florianópolis: UFSC, 2002.

O'DWYER, G. C. Transformação do aparelho do estado decorrente das diretrizes da descentralização. Participação da comunidade: a experiência dos Conselhos de Saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Regulação e gestão de recursos humanos em saúde na perspectiva da reforma do estado – relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

QUINTO NETO, A. *Paradoxo da assistência à saúde*. 2006. Disponível em: <<http://www.clicrbs.com.br>>. Acesso em: 15 set. 2010.

SPILLER, E. S. et al. *Gestão em serviços de saúde*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2009.

VIANA, A. L. D.; FARIA, R.; PACÍFICO, H. O SUS e as novas práticas de avaliação em redes: é possível conciliar a visão clássica de avaliação com novas práticas? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.