

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

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE
DA FAMÍLIA: PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA.**

VIVIANE PENA TEMER GANTOS DO AMARAL

GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS
2012

VIVIANE PENA TEMER GANTOS DO AMARAL

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE
DA FAMÍLIA: PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA.**

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

Orientadora: Professora Maria José Nogueira

**GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS
2012**

VIVIANE PENA TEMER GANTOS DO AMARAL

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE
DA FAMÍLIA: PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA.**

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

Orientadora: Professora Maria José Nogueira

Banca Examinadora

Profa. Maria José Nogueira - ESP
Prof. Edison José Corrêa – UFMG

Aprovada em Governador Valadares, 15 de setembro de 2012

Ao meu esposo, pela paciência e companheirismo,
Aos meus filhos, pela compreensão e por existirem.

Agradeço às tutoras do Curso de Especialização, principalmente à Fernanda, por seu companheirismo e dedicação.

Agradeço à equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e à equipe da Estratégia de Saúde da Família por terem sido instrumentos para o desenvolvimento deste trabalho.

À minha família, por tantas presenças ausentes.

Ao meu marido e filhos pela tolerância em inúmeros momentos de intolerância.

À minhas companheiras da coordenação da Atenção Primária, sem vocês nenhum trabalho é possível ser realizado.

À Sália, que foi uma grande aliada me auxiliando, incentivando e colaborando com o seu conhecimento.

A minha orientadora, Maria José, pela compreensão e dedicação a este trabalho e a mim. Sem você este momento não teria sido concretizado. Dizer “obrigada” é o mínimo diante de tudo que aprendi.

Agradeço, sobretudo a DEUS, que permitiu a conclusão deste trabalho, me instrumentalizando com a presença de pessoas tão importantes, com sentimentos como força de vontade, dedicação, empenho e firmeza no cumprimento deste objetivo.

“Vossos filhos não são vossos filhos.
Seus filhos são os filhos e as filhas da ânsia da vida por si mesma.
Vêm através de vós, mas não de vós.
E embora vivam convosco, não vos pertencem.
Podeis outorgar-lhes vosso amor, mas não vossos pensamentos,
Porque eles têm seus próprios pensamentos.
Podeis abrigar seus corpos, mas não suas almas;
Pois suas almas moram na mansão do amanhã,
Que vós não podeis visitar nem mesmo em sonho.
Podeis esforçar-vos por ser como eles, mas não procureis fazê-los como vós,
Porque a vida não anda para trás e não se demora com os dias passados.
Vós sois os arcos dos quais vossos filhos são arremessados como flechas vivas.
O arqueiro mira o alvo na senda do infinito e vos estica com toda a sua força
Para que suas flechas se projetem rápidas e para longe.
Que vosso encurvamento na mão do arqueiro seja vossa alegria:
Pois assim como ele ama a flecha que voa,
Ama também o arco que permanece estável”.

GIBRAN KHALIL GIBRAN

RESUMO

Atendendo a sua complexidade, a assistência à saúde do indivíduo/família, mostra a necessidade de ampliar os olhares daqueles que executam a assistência. A Portaria nº 154, de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o intuito de complementar o trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde da Família para que a prática de atenção à saúde integral à população fosse contemplada. A integração destas equipes se faz necessária para o alcance de resultados. Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de integração entre as equipes do NASF e equipe do município de Manhuaçu-MG. O estudo demonstra a importância do trabalho realizado em equipe e a necessidade da reorganização do serviço de atenção primária à saúde. Os resultados mostraram que a integração multiprofissional traz grandes benefícios aos participantes das equipes, coordenação e, sobretudo, capacidade de construção de planejamento eficaz para a assistência oferecida aos usuários de determinada delimitação territorial.

Palavras chaves: Atenção Primária, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Equipe de Saúde da Família, trabalho em equipe.

ABSTRACT

Given its complexity, the health care of the individual and the family shows the necessity to broaden our minds and enhance the looks of those who perform the service. Through the ordinance No. 154, January 2008, the Ministry of Health created the Support Centers for Family Health (NASF); in order to complement the work performed by teams of Family Health (ESF) so as the population could be benefited of full health attention and assistance. Those two teams need to be highly integrated in order to achieve the expected results. This paper aims at reporting the experience of integration between the teams NASF and ESF, in Manhuaçu, Minas Gerais. The study demonstrates the importance of the team work performed and the need for reorganization of the primary health care. The results show that integration brings great benefits to the multidisciplinary teams participating, to the coordination and above all, to the building capacity for effective planning assistance offered to users of a particular place.

Key words: Primary Health Care, Support Center for Family Health, Family Health Team, teamwork.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. JUSTIFICATIVA.....	13
3. OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivo geral.....	15
3.2 Objetivos específicos.....	15
4. METODOLOGIA.....	16
5. REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
5.1 Atenção primária à saúde – princípios.....	17
5.2 O Programa Saúde da Família Bases para uma proposta para reorganizar a Atenção Básica	19
5.3 NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	20
6. RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	22
6.1 Primeira etapa – diagnóstico.....	22
6.2 Segunda etapa --resultados das reuniões.....	23
6.3 Terceira Etapa – participação dos representantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	25
6.4 Resultados da experiência relatada.....	26
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	28

1. Introdução

O presente trabalho foi elaborado por Viviane Pena Temer Gantos do Amaral. Enfermeira, formada pela Universidade Federal de Juiz de Fora no ano de 1997, atualmente funcionária efetiva na Secretaria Municipal de Saúde do município de Manhuaçu. Há 14 anos exerce a função de enfermeira e desde dezembro de 2008 é coordenadora do serviço de Atenção Primária à Saúde do município. Este trabalho abrange as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O desenvolvimento das atividades da atenção primária à saúde da população é executada por meio de “práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações e territórios bem delimitados” (CONASS, 2004).

Conforme modelo proposto por Campos (1999), a equipe do NASF, tem como direcionador do seu trabalho, o apoio matricial, a fim de assessorar as equipes de saúde da família (ESF) com conhecimentos específicos da sua formação, oferecendo retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico, sem assumir a referência do cuidado. Entendemos, portanto que, para que a assistência aconteça conforme planejado com participação de olhares diferenciados, com conhecimentos específicos, é necessário que ela aconteça por meio de iniciativas elaboradas em função do desenvolvimento em equipe.

Foi identificado que as atividades exercidas pelas equipes do NASF e ESF eram paralelas, elaboradas de maneira individual, sem discussão multiprofissional, ou seja, a proposta do Ministério da Saúde para o desempenho do grupo matricial em relação à equipe de Estratégia de Saúde da Família, não estava sendo contemplada, assim como os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde não eram cumpridos.

A partir dessa constatação foi elaborada intervenção com o objetivo de refletir e pensar na reorganização dos serviços desenvolvidos entre as equipes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e a ESF (Estratégia Saúde da Família). Desse modo, este trabalho tem por objetivo relatar a experiência que foi desenvolvida junto às equipes do NASF e ESF no Município de Manhuaçu - MG.

A Organização Mundial da Saúde (OPAS) tem defendido a Atenção Primária em Saúde (APS) antes mesmo de 1978, quando adotou a abordagem como essencial ao cumprimento da meta de “Saúde para Todos”. Desde aquele tempo, o mundo – e a APS com ele – mudaram drasticamente. O objetivo de renovar a APS é revitalizar a capacidade dos países de elaborar estratégia coordenada, eficaz e sustentável para combater os problemas de saúde existentes, preparar para novos desafios de saúde e melhorar a equidade. A meta de tal esforço é obter ganhos de saúde sustentáveis para todos, segundo a OPAS (2005).

Por mais de vinte e cinco anos, a Atenção Primária em Saúde (APS) tem sido reconhecida como um dos componentes mais importantes de um sistema de saúde eficaz. As experiências parecidas de países mais desenvolvidos e menos desenvolvidos demonstraram que a APS pode ser adaptada e interpretada para se adequar a uma grande variedade de contextos políticos, sociais e culturais. Estão agora em andamento uma revisão abrangente da APS – tanto na teoria como na prática – e um olhar crítico sobre como esse conceito pode ser “renovado” para melhor refletir as necessidades atuais de saúde e de desenvolvimento das pessoas em todo o mundo.

No período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo Rodrigues Gil (2006), a Atenção Primária à Saúde representava marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Após a criação do SUS, com seu desenvolvimento e o de seus mecanismos financeiros e operacionais, ficou mais freqüente o uso do conceito Atenção Básica como referência aos serviços municipais.

As reflexões em torno do legado da Atenção Primária à Saúde e sua estratégia em relação aos cuidados primários, levam a debates entre sujeitos e atores sociais envolvidos nos rumos da Política Nacional de Saúde. Nos últimos anos, foi possível verificar o crescimento no cenário brasileiro, a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual fomentou este debate ao explicitar a superposição destes referenciais que permeiam a organização dos sistemas locais. Segundo Rodrigues Gil (2006), há experiências municipais que se referem à organização da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tendo como perspectiva a Atenção Primária, outros o fazem visando a Atenção Básica, sendo que estes termos são utilizados ora como sinônimos, ora como contraposição.

A estratégia Saúde da Família, embora a tenha crescido sobremaneira no país, atravessa atualmente seu maior desafio para viabilizar-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais, que é sua consolidação nos grandes centros urbanos. Vive, com isso, um paradoxo: ao mesmo tempo em que cresce, desvenda importantes fragilidades inerentes a processos de mudança (RODRIGUES GIL, 2006).

Após quase duas décadas do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, a sua implantação e implementação evoluíram significativamente. Em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde, esta evolução foi visivelmente perceptível. O processo de descentralização ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores à frente de desafios que buscassem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da organização de rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão (BRASIL, 2006).

Em 1990, ocorreu a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Cunha e Cunha (2001), o SUS pode ser visualizado como se fosse constituído de núcleo único que engloba os princípios doutrinários (universalização, equidade e integralidade) e uma forma de organização e operacionalização que são os princípios organizativos (regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação popular).

A universalização preconiza o acesso à saúde a todas as pessoas independente de qualquer situação social, econômica, sexo, raça e outros. A equidade tem por objetivo principal oferecer mais a quem possui maiores necessidades e a integralidade visa à atenção à pessoa considerando-a como um todo e para isto, percebemos a necessidade da formação de trabalhos em parcerias.

Dentro dos princípios organizativos, a regionalização e hierarquização nos dão a diretriz de que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, estruturados dentro de uma delimitação geográfica, possuindo como referencial para o planejamento de atividades, critérios epidemiológicos e com clareza da clientela a ser atendida (CUNHA E CUNHA, 2001). A descentralização e comando único propõem que as decisões, as estratégias, o planejamento da(s) ação (ões) e outros, sejam executadas por pessoas que estejam mais próximas possíveis da realidade local, tendo assim, maior possibilidade de acerto nas decisões e de êxito nos resultados. A participação popular vem reforçar a força de decisões democráticas e a importância desta, para a construção de melhorias com visão coletiva.

O Sistema Único de Saúde foi construído como resultado de inúmeras lutas com caráter político e ideológico ocorridas durante anos. Na década de 80, concluiu-se novo conceito de saúde. Um conceito ampliado surgia com a proposta de contemplar as necessidades da população para que a saúde fosse alcançada.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1986), a saúde é definida não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem estar físico, mental e social. Porém, percebemos que esta definição, apesar de avançada para a época em que foi construída, é atualmente irreal, ultrapassada e unilateral (SEGRE e FERRAZ, 1997). A definição de saúde, difundida no campo da promoção à saúde, tem sido embasada no relatório da Primeira Conferência Internacional de Promoção de Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde em 1986, onde a Carta de Ottawa cita a promoção de saúde como sendo o processo de capacitação das pessoas para aumentar seu controle sobre como melhorar a sua saúde.

No campo da Saúde Pública, percebe-se que o indivíduo deve ser o participante ativo em busca da sua própria saúde. Ele é o principal ator capaz de gerar mudanças em busca do alcance de sua saúde. Para atingir um completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e transformar ou lidar com os ambientes. Saúde é, portanto, vista como recurso para a vida cotidiana, não o objetivo da vida. Trata-se de conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986).

Segundo Cunha e Cunha (2001), para se ter saúde, é preciso possuir um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação e outros. Ainda segundo os autores, a saúde é expressa como retrato das condições de vida e para que possamos alcançar a saúde proposta, é necessário que seja explorado e conhecido todo o contexto de história de vida que o cidadão vivencia. É indispensável que olhares diferenciados se voltem para este contexto, de tal forma que seja possível identificar os determinantes de saúde que envolvem o indivíduo e/ou sua família.

2. Justificativa

O estudo foi realizado no município de Manhuaçu, situado na porção Leste do estado de Minas Gerais, nas proximidades da fronteira com o Espírito Santo, na região da Zona da Mata. O município está interligado a malhas rodoviárias federal e estadual, destacando-se como principais vias de acesso e escoamento de produção as rodovias BR 262 e 116. Há também a rodovia MG 111. O município fica a 270 km da capital mineira, Belo Horizonte. Sua população estimada é de 79.250 habitantes (IBGE, 2010). Possui gestão plena e é sede microrregional de saúde abrangendo vinte e quatro municípios. Por ser município pólo, assiste a uma população aproximada de 325.238 habitantes (Fonte: PDR/MG/2009).

A principal atividade econômica do município é a cafeicultura a qual proporciona extensa rede comercial com prestações de serviços, pelo desenvolvimento econômico alcançado.

A rede de Atenção Primária do município possui atualmente 16 equipes de Estratégia Saúde Família, uma equipe de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, uma Unidade Básica que atende no modelo assistencial tradicional e duas equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família, na modalidade de NASF 1. Este quadro perfaz cobertura de 77% do município.

Com relevância na rede assistencial primária de saúde, o município possui os Conselhos de Unidade de Saúde (COUS), existentes em todas as áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde. Conforme é descrito por Prata e colaboradores (2004), estes conselhos interagem e prestam colaboração ao Conselho Municipal de Saúde, sendo constituídos mediante aprovação do Conselho Municipal de Saúde. Os COUS são formados por representantes do gestor, representantes dos trabalhadores da Unidade de Saúde e representantes dos usuários da área de abrangência da Unidade, havendo paridade entre a representação de usuários e as demais representações. Estes conselhos permitem o exercício do controle social tal qual é proposto pelo Ministério da Saúde.

Como apoio secundário e/ou terciário à rede de Atenção Primária, o município possui Policlínica de Especialidades Médicas, Centro Viva a Vida (CVV), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), hospital filantrópico microrregional, Unidade de Pronto Atendimento Municipal (UPA), serviço de Hemodiálise e serviço de Saúde Bucal. Esse serviço está centralizado na Secretaria Municipal de Saúde para assistência de 0 a 14. No momento, a

Secretaria, está em fase final de conclusão física do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS- AD).

Embora os NASF tenham o papel de apoiar as Equipes de Saúde da Família (ESF), no município de Manhuaçu, as ações de saúde das equipes da estratégia SF e NASF não ocorriam de maneira compartilhada, ou planejadas com único objetivo. Este trabalho resultava em ações desarticuladas e sem grandes impactos na saúde da população. Uma proposta era realizada paralelamente com a mesma população, o que demonstrava grupo de trabalho pela equipe do NASF e outro grupo com a mesma população trabalhada pela equipe de Saúde da Família. As equipes não discutiam assuntos comuns pensando em abordagens multiprofissionais.

O usuário e sua família continuavam assistidos de forma fragmentada, o que não contemplava a proposta dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde e nem tão pouco do conceito ampliado de saúde. Esta situação não poderia ser resolvida se as equipes não compreendessem o trabalho desenvolvido como grupo articulado e com o mesmo objetivo. Portanto, foram identificados os possíveis problemas existentes para o bom desempenho das atividades em equipe e foi traçada estratégia de reorganização do trabalho entre as equipes de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.

3. Objetivos:

Os objetivos do trabalho serão apresentados sob a forma geral e específica.

3.1 - Objetivo geral:

Relatar a experiência vivenciada pela equipe de Atenção Primária à Saúde quanto à reorganização dos serviços desenvolvidos entre as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a Estratégia Saúde da Família no município de Manhuaçu, Minas Gerais.

3.2 - Objetivos específicos:

Pesquisar e registrar as bases conceituais sobre o Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária à Saúde e os Núcleos de Apoio à Educação em Saúde.

Descrever as atividades realizadas pela coordenação da Atenção Primária de Saúde do município do estudo.

4. Metodologia

O objetivo geral da pesquisa realizada consistiu em relatar a experiência vivenciada pela equipe de Atenção Primária à Saúde quanto à reorganização dos serviços desenvolvidos entre as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a Estratégia Saúde da Família no município de Manhuaçu, Minas Gerais.

Os objetivos específicos deste trabalho se compõem em pesquisar e registrar as bases conceituais sobre o Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária à Saúde e os Núcleos de Apoio à Educação em Saúde e descrever as atividades realizadas pela coordenação da Atenção Primária de Saúde do município do estudo.

O método de pesquisa utilizado foi a investigação e a análise documental. Esse método consiste na seleção criteriosa de documentos e de técnicas de organização, de classificação do material e de elaboração de categorias de análise, sendo todo o processo orientado pelo problema de pesquisa proposto. Através do emprego de técnicas usuais da análise de conteúdo, realizou-se um processo de codificação, de interpretação e de inferências sobre as informações contidas nos documentos e de classificação a fim de vislumbrar uma síntese. (GIL, 1991 e LAKATOS, 1996).

5. Referencial Teórico

Para um referencial teórico de apoio, foram relatados os princípios da atenção primária e as bases para uma proposta de reorganização e a implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

5.1 - Atenção Primária à Saúde - princípios

A Atenção Primária à Saúde, pela sua proposta de trabalho e forma organizacional, proporciona a viabilidade de ocorrer tal exploração. Conforme cita Starfield (2002),

[...] A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade)... A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde; responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. (...) a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. (...) Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. (...) (Declaração de Alma-Ata).

Ainda sobre a atenção primária a Declaração de Alma-Ata define:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (STARFIELD, 2002).

Estas colocações vêm reforçar a necessidade e importância do modelo assistencial de saúde, o qual determina um atendimento de saúde voltado para o indivíduo e sua família inserida em um contexto sócio-econômico-cultural-espiritual e compreendido por uma equipe multiprofissional, capaz de visualizar este espaço vivenciado pelo usuário, considerando a sua realidade. Para que seja possível a realização desta proposta é preciso que primariamente um vínculo entre profissionais e indivíduo-família seja estabelecido e que um território para o desenvolvimento deste trabalho também seja definido, pois assim, acreditamos que a viabilidade de uma assistência adequada, mais próxima de alcançar resultados dentro do esperado também seja possível.

De acordo com Starfield (2002), uma das principais características da atenção primária à saúde (APS) é constituir a porta de entrada do serviço — espera-se da APS que seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que com isso seja o primeiro recurso a ser buscado. Dessa forma, a autora fala que a APS é o primeiro contato da medicina com o paciente.

Continuidade do cuidado — a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que quando uma nova demanda surge esta seja atendida de forma mais eficiente; essa característica também é chamada de *longitudinalidade*.

- **Integralidade** — o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhada a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua corresponsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Nessa característica, a Integralidade também significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico.
- **Coordenação do cuidado** — mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizada em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que freqüentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que, portanto têm pouco diálogo entre si.

A Portaria Nº 648 GM/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, define Atenção Básica como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2006).

Sobre território, compreendemos não apenas uma área geográfica delimitada, com características de relevo, vegetação e clima próprios, mas também, um espaço social onde vive uma população definida e onde a organização da vida dessas pessoas em sociedade

obedece a um processo historicamente construído. Cada território apresenta características próprias, conformando uma realidade que, a cada momento, lhe é peculiar e única (FARIA et al., 2009).

Por meio da história de vida dos seres humanos, pode-se constatar que as pessoas precisam uma das outras, para se viver melhor. Dessa forma, na prática diária de trabalho, também se pode afirmar que o indivíduo sozinho, pouco avança, pouco consegue alcançar, uma vez que, somando idéias diferenciadas, com olhares também diferenciados e habilidades específicas, há como somar forças com características amplas, capaz de atender às necessidades singulares. Portanto, sabe-se que o trabalho quando realizado em equipe possui melhor resultado.

Piancastelli e colaboradores (2009), afirmam que trabalho em equipe é uma estratégia, adotada pelo homem, para melhorar os resultados a serem alcançados do trabalho e ainda, aumentar a satisfação do trabalhador. Ainda segundo o autor, diz que a necessidade do trabalho em equipe, originou da necessidade histórica do homem de somar esforços para alcançar objetivos que isoladamente, não seriam alcançados ou seriam de forma mais trabalhosa e inadequada.

5.2 - O Programa Saúde da Família (PSF) bases para uma proposta para reorganizar a Atenção Básica

O PSF apresenta-se como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais na assistência primária, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica — que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

A Estratégia Saúde da Família é uma estratégia de reorientação de um modelo assistencial de saúde que se propõe assistir o indivíduo e sua família, dentro de uma área geograficamente delimitada, porém com a proposta de identificar neste espaço, as condições sanitárias, de crenças, de riscos, de meios de vida, de hábitos, enfim, a delimitação desta área

tem a finalidade de identificar o mundo em que a pessoa está inserida para que possamos aproximar das reais necessidades e possibilidades daquela população. O foco desta atenção é tratar o indivíduo inserido em um contexto familiar, social, cultural, físico, emocional, espiritual, etc. Para que seja possível o cumprimento desta proposta, é necessário que a população a ser assistida, tenha número limitado. Portanto, por recomendação do Ministério da Saúde, cada equipe de Saúde da Família deverá ser responsável por no mínimo 2.400 pessoas e no máximo 4.000 pessoas.

De acordo com a Portaria 2.027, de 25 de agosto de 2011 do Ministério da Saúde, para a implantação das equipes de Saúde da Família deve ser observado que a equipe mínima seja composta de um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com uma população máxima de 4.000 habitantes por ESF e um ideal de 3.000 habitantes (BRASIL, 2011).

5.3 - NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Considerando, dentre outras questões, o Inciso II do Art. 198 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do Sistema Único de Saúde – SUS, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) – através da [Portaria Nº154, de 24 de janeiro de 2008].

Segundo o Art. 1º da Portaria, os NASF têm por objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

Para isso, a Portaria classifica os NASFs em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2. Para cada uma das modalidades, estipula um mínimo de profissionais de nível superior, como o Profissional de Educação Física, o Assistente Social, o Fisioterapeuta, o Fonoaudiólogo, dentre outros, conforme descrito no Art. 3º.

Art. 3º - Determinar que os NASF estejam classificados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.

§ 1º - O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 2º deste artigo.

§ 2º - Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

§ 3º - O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 4º deste artigo.

§ 4º - Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi criado com a finalidade de oferecer ao indivíduo e sua família a condição para que abordagens, intervenções e propostas de uma assistência terapêutica compartilhada com a contribuição de diversos profissionais com formações específicas pudessem juntos construir uma estratégia de intervenção, promoção ou prevenção da saúde para que esta fosse alcançada dentro de seu conceito ampliado e a fim de atingir os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (integralidade, equidade e universalidade).

6. Relato de experiência

Para que fosse possível alcançar e realizar as propostas do Ministério da Saúde e os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, era necessário que a equipe multiprofissional estivesse trabalhando de forma integrada e centrada em um único objetivo.

6.1 - Primeira etapa - diagnóstico

Foi verificada pela coordenadora de Atenção Primária a necessidade de escutar os diversos profissionais para detectar a percepção individual quanto ao trabalho realizado até o momento. Havia também a percepção quanto a integração destes trabalhadores a fim de realizar diagnóstico da situação atual, frente ao desenvolvimento das ações das equipes de Atenção Primária (ESF e NASF).

No dia vinte e quatro de novembro de dois mil e oito, conforme consta em ata, a coordenadora da Atenção Primária, iniciou visitação a todas as Unidades de Saúde da Família, participando da reunião de equipe, com o intuito de ouvir a equipe em relação aos pontos facilitadores, dificultadores; sugestões e expectativas quanto ao trabalho realizado até o momento, uma vez que a atual coordenadora assumia ES te cargo há poucos dias.

Na grande maioria das Unidades, estava presente o médico, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem, os agentes comunitários de saúde e o auxiliar de limpeza (equipe mínima existente na época). Como o município possui 17 equipes de Saúde da Família e com distâncias de até 60 Km de distância da Secretaria de Saúde, as visitas finalizaram em vinte e três de dezembro de dois mil e oito. Paralelamente à escuta das equipes de ESF, a coordenação do serviço de Atenção Primária do município, também se reuniu com os dois grupos de NASF. A presença da coordenadora imediata do Núcleo de Apoio à Saúde da Família era constante, a qual, hierarquicamente, está subordinada às orientações da coordenadora de Atenção Primária. Foi no dia cinco de dezembro de dois mil e oito que as duas equipes de NASF também foram ouvidas seguindo os mesmos pontos mencionados.

A partir destas escutas, pudemos observar que dentre os pontos dificultadores, o mais relevante e mencionado por todas as equipes, (tanto de NASF quanto de ESF), foi o desenvolvimento do trabalho integrado entre estas equipes. A equipe de Saúde da Família, não acreditava que o trabalho do NASF poderia complementar ou somar algo, uma vez que eles diziam que não podiam fazer atendimentos individuais, sendo que, ao mesmo tempo, as equipes de saúde da família reivindicavam estes atendimentos para as áreas de psicologia,

fisioterapia, nutrição e outras. Em contrapartida, os profissionais dos NASF não se aproximavam com receio. Eles não conseguiam compreender como poderiam desenvolver trabalhos com focos coletivos conforme proposta do Ministério da Saúde.

Diante do quadro delineado, os resultados que se podia obter eram trabalhos paralelos, do tipo: grupos de hipertensos e diabéticos tendo como participante = 43 – 4 quase que em sua totalidade, as mesmas pessoas da área, nos dois grupos executados, com os mesmos temas e com a mesma finalidade.

Ao final de dezembro de dois mil e oito, surgiu a ideia da necessidade de inserir um profissional do NASF como “representante desta equipe” na reunião de equipe semanal das ESF, a fim de participar ativamente das tomadas de decisões pela equipe, conquistando espaço que possibilitasse a apresentação dos saberes específicos de cada profissional, enxergando estes, como complementares às necessidades do indivíduo como um todo.

A partir de janeiro de dois mil e nove, foi também realizado encontros com os profissionais do NASF onde estavam presentes, a coordenadora de Atenção Primária, a coordenadora imediata do NASF e dois dos profissionais da equipe matricial que possuíam a mesma formação. Como exemplo, reuníamos com os dois educadores físicos existentes, um de cada equipe e assim sucessivamente, até finalizarmos as discussões com cada dupla de profissionais. Estes encontros permitiram ouvirmos as propostas e dificuldades. Dessa forma foi possível desenvolver trabalho específico de cada saber. Foi possível ainda, perceber e identificar o perfil de cada profissional, assim como o seu potencial e grau de envolvimento e interesse. Paralelamente, foi executado o mesmo procedimento junto às equipes de ESF.

6.2 - Segunda etapa – resultados das reuniões

Após a escuta das percepções dos profissionais foi identificada pela coordenação a necessidade de ser realizadas sensibilizações com as equipes quanto o trabalho em equipe.

Encontros de sensibilização

Em todas as reuniões semanais de planejamento da equipe de NASF, a coordenadora imediata desta equipe passava vídeos motivacionais, vídeos que falavam de trabalho em equipe, eram lidos e discutidos textos de reflexão sobre políticas públicas e trabalhos em parcerias. Já nas reuniões mensais com enfermeiros, a coordenadora de Atenção Primária também apresentava textos e *slides* de trabalho em equipe e apresentava ainda, as propostas

de trabalho do NASF e competências de cada um dos profissionais, mostrando as possibilidades de trabalhos desenvolvidos com a coletividade, mostrando ainda que se trabalhássemos com a assistência individual nunca conseguiríamos atingir as expectativas e as necessidades de toda a população e conseqüentemente da própria equipe de saúde, uma vez que a demanda era imensa e a equipe matricial estaria presente nas áreas no máximo duas vezes por semana. E nas reuniões quinzenais que esta coordenação realizada com os médicos das equipes de ESF, era apresentada também toda esta parte mencionada referente ao trabalho o NASF.

Esta apresentação era feita constante e repetidamente também para o Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Locais de Saúde, funcionários da própria Secretaria Municipal de Saúde e funcionários das equipes de Saúde da Família. Todos questionavam o trabalho coletivo a que o NASF se propunha.

Ainda, foi necessário que neste novo percurso, a coordenação de Atenção Primária, necessitou por várias vezes ir até algumas Unidades de saúde da Família e se reunir com médico, enfermeiro e o então gestor do NASF e discutir sobre conflitos e ainda a não aceitação dos trabalhos dos profissionais do núcleo de apoio até que chegássemos em um entendimento naquele instante.

Em março de dois mil e dez, foi realizada uma reunião com a presença de todos os profissionais do NASF, todos os coordenadores das equipes de Saúde da Família, a coordenadora imediata do NASF e a coordenadora municipal de Atenção Primária. Neste dia, a reunião durou toda a tarde e foi feito uma dinâmica de tempestade cerebral, sendo relatado pelos participantes os pontos facilitadores e dificultadores do trabalho desenvolvido entre as equipes de NASF e ESF até o momento. Foi também apresentado e discutido as novas diretrizes do NASF. Os profissionais do NASF apresentaram sobre as ações desenvolvidas pela equipe em cada Unidade e as novas sugestões construídas por esta equipe. Em seguida, foi dividido grupos os quais, eram constituídos por profissionais do NASF e ESF para discutirem novas propostas de trabalho, identificarem os problemas que vêm impedindo um melhor andamento das ações e trocas de experiências. Foi ainda feito uma reflexão sobre como deve ser o trabalho em equipe e como estava sendo realizado entre os dois até então grupos de trabalho. Felizmente na avaliação final, colhemos relatos de que aquela tarde tinha feito uma grande diferença na percepção do trabalho desenvolvido pelas duas equipes e que havia conseguido estimular uma visão diferente em relação aos profissionais e aos trabalhos desenvolvidos por eles. Foi então realizados alguns encontros com dinâmicas entre profissionais do NASF e principalmente coordenadores das equipes de Saúde da Família, foi

mostrado e discutida a necessidade da fusão das atividades, sendo apontado os benefícios para a comunidade e para a própria equipe.

6.3 Terceira etapa – participação dos representantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

E por fim, a coordenação orientou que cada Unidade de ESF tivesse um representante do NASF em suas reuniões de equipe, uma vez que o objetivo do trabalho deve ser o mesmo e as responsabilidades compartilhadas e somadas à capacidade que cada um tem de contribuir com as suas competências individuais. Este então “novo” integrante às reuniões de equipe do ESF foi intitulado Gestor do NASF na Unidade de Saúde da Família de um determinado ESF.

Os profissionais do NASF, em discussão com a coordenadora imediata, organizaram dentro dos horários disponíveis e por afinidade quem seria o gestor daquela determinada Unidade. Os profissionais compartilharam desta proposta de maneira bastante participativa, demonstraram compreender e concordar com a necessidade de aproximação entre as equipes e compartilhamento das ações, apesar da insegurança quanto a aceitabilidade da equipe de ESF.

Desde o momento da organização da nova proposta, todas as Unidades de Saúde da Família teriam um representante do NASF que participaria semanalmente da reunião de equipe e seria reconhecido como o gestor do NASF na Unidade de Saúde. Este representante, teria como principal função, inteirar dos assuntos discutidos em reunião de equipe, uma vez que o planejamento das ações deveriam incluir a equipe de apoio matricial.

Ele também seria o “porta-voz” daquela equipe quando fosse necessário um olhar integralizado para o(s) caso(s) discutido(s). Por exemplo: ao discutir sobre a situação de determinada família ou indivíduo, o gestor do NASF poderia dar a sua colaboração imediata caso fosse de sua competência e/ou levar a situação para ser discutida na reunião de planejamento da equipe do NASF que ocorre também semanalmente, para discussão com todos os demais integrantes do grupo. Daí seria exposto a visão específica de cada profissional, construído um plano de ação e se fosse o caso, este seria repassado par o profissional competente, providenciar a intervenção necessária. Este gestor teria que dar o *feed-back* para a equipe de Saúde da Família a qual fica sob sua responsabilidade na participação das reuniões de equipe. A depender também do envolvimento deste gestor com o serviço, ele consegue estimular até mesmo a coordenação do ESF no desenvolvimento de atividades e continuidade das ações.

6.4 - Resultados da experiência relatada

Após a realização das estratégias mencionadas, em aproximadamente um ano e cinco meses, os profissionais do NASF já relatavam uma mudança no comportamento e falas dos trabalhadores do ESF em relação às atividades desenvolvidas pela equipe de apoio matricial. Então foi em maio de dois mil e dez, que os profissionais do NASF já relatavam em reuniões de planejamento que já ouviam nas reuniões de equipe dos ESF aonde eles eram os “gestores”, elogios referentes aos trabalhos da equipe de apoio. E em outubro de dois mil e dez, as duas equipes de NASF, relataram que a maioria dos problemas por eles vividos já estava resolvida e que outros menores, já estavam se resolvendo e que agora, eles se sentiam parte da equipe de Saúde da Família.

Atualmente, o gestor se estabelece como um grande elo entre as equipes. Esta função trouxe grandes benefícios, o gestor se tornou alguém que nos ajuda no monitoramento das ações, no *feed-back* necessário mediante diversas situações. Ele nos ajuda na cobrança de algumas agendas, estimula e cobra dos colegas do apoio matricial o cumprimento das atividades e se empenha mais quando aquela equipe a qual ele é o gestor no desenvolvimento do cumprimento de metas e de ações diversas. A presença deste gestor conquistou um bom espaço para a aceitação de todos os demais profissionais nas Unidades, compartilhando de maneira mais efetiva e receptiva as inúmeras situações das áreas das equipes da ESF, assim como na reunião quinzenal aonde os médicos constroem o protocolo clínico das Unidades e a maioria solicita a participação do NASF e aceita com bons olhos a participação da equipe na apresentação dos protocolos, uma vez que no início, esta situação seria impensável e impraticável.

7. Considerações finais

No sentido de promover a saúde, objetivando o maior alcance no seu conceito ampliado e buscando o cumprimento daquilo que dispõe os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, reconhece-se que o NASF tem importante papel na efetividade da assistência proposta aos usuários do serviço público de saúde do município de Manhuaçu. Para isto, pode-se perceber quão fundamental é o trabalho desenvolvido pelos profissionais das equipes de atenção primária e que este seja exercido em equipe. A compreensão sobre a necessidade da complementariedade das ações, respeitando e considerando o saber de cada profissional, também faz parte dessas ações.

A figura do “gestor de Unidade” (conforme apresentado neste trabalho) mostrou a sua relevância, com um papel de interlocutor de toda e qualquer ação planejada e/ou desenvolvida pela equipe de saúde da família, assim como o maior vínculo construído com o profissional gestor e os profissionais das ESF. Apontou ainda, uma melhor e maior comunicação da coordenação com as demais equipes, assim como um facilitador para o monitoramento e cumprimento das ações.

Embora se tenha obtido grande avanço no desempenho das atividades realizadas pelas equipes de atenção primária (ESF e NASF), percebeu-se a necessidade de uma educação permanente para maior compreensão dos profissionais quanto à importância do trabalho realizado em equipe, do compartilhamento das responsabilidades, da complementariedade dos saberes, ficando o objetivo voltado para resultados de uma assistência com qualidade focada em visão integral do indivíduo e/ou família.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68p. (Série E. Legislação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4 ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº648. Brasília, 28 de março de 2006. Diário Oficial da União, 29 mar. 2006, Seção I. Disponível em: <[http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prt_GM648_20060328.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prt_GM648_20060328.pdf)>. Acesso em: 25 out 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.027**, de 25 de agosto de 2011.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho m saúde. **Ciência & Saúde Col**. 4 (2): 396, 1999.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária- Seminário do Conass para construção de consensos / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2004.

CONASS. **Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária**. Brasília: CONASS, 2004. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/documenta7.pdf>>. Acesso em : 29 out 2011.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. Sistema único de saúde: princípios. **Cad. planejamento e gestão em saúde**. Org. Francisco Eduardo Campos e Lídia Maria Tonon e Mozart de Oliveira Júnior. Belo Horizonte: Coopmed (Cad. Saúde, 2) 2001.

FARIA, H.P. **Processo de trabalho em saúde**. NESCON, UFMG. Belo Horizonte. 2ª ed. 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1991.

LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. São Paulo: atlas, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE. Dados do Censo 2010**. Diário Oficial da União do dia 04/11/2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=31>. Acesso em: 10 set 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação **CIB-SUS/MG n. 618 de 09 dez. 2009. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização – PDR/MG 2009.** Disponível em : <<http://www.saude.mg.gov.br/cib>>. Acesso em: 10 set. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. OPAS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas.** Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS, 2005.

PRATA, L. C. L. et al. Conselho de unidade de saúde – COUS. **Rev. Mineira de Saúde Pública**, nº 04. Ano 03. Jan. a jun. 2004.

RODRIGUES, G. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jun, 2006.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. **O conceito de saúde.** Ver. Saúde Pública, 31 (5): 1997.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.