

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

**IDARLEIDE COSTA BARROS**

**A IMPORTÂNCIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:**  
**contexto histórico**

**TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS**  
**2014**

**IDARLEIDE COSTA BARROS**

**A IMPORTÂNCIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: contexto  
histórico**

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: Prof.<sup>a</sup> Estela Aparecida Oliveira Vieira

**TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS  
2014**

**IDARLEIDE COSTA BARROS**

**A IMPORTÂNCIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:  
contexto histórico**

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: Prof.<sup>a</sup> Estela Aparecida O. Vieira

Banca Examinadora

Estela Aparecida Oliveira Vieira - orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, em 24 de julho de 2014

## RESUMO

O presente trabalho sobre a importância da Estratégia de Saúde da Família objetivou realizar uma revisão narrativa sobre a história da Saúde Pública no Brasil. A metodologia que embasou este estudo foi a revisão narrativa realizada nas bases de dados do SCIELO e da LILACS, com os descritores: Programa Saúde da Família, história e políticas públicas. Fez-se, ainda, pesquisa nos manuais do Ministério da Saúde e em Minas Gerais. Os temas abordados a partir da leitura e análise do material teórico foram: Saúde da família: conteúdo e projeto, o enfoque de Saúde da Família e sua inserção no modelo de atenção à Saúde; o contexto da Formulação da Política de Saúde da Família; o Processo de implementação e operacionalização do Estratégia saúde da família em Minas Gerais e , por fim, a Unidade de Saúde da Família (USF). Esse conhecimento subsidiará nosso processo de trabalho, dando-lhe maior qualidade.

**Palavras-chave:** Programa Saúde da Família. História. Políticas públicas.

## ABSTRACT

The present work on the importance of the Family Health Strategy aimed to conduct a literature review on the history of Public Health in Brazil. The methodology employed in this study was the literature review conducted in the databases of SCIELO and LILACS, using the keywords: Family, history and public policy Health Program. It was made even research the manuals for the Ministry of Health and Minas Gerais. The topics covered from the reading and analysis of the theoretical material were: Family health: content and design, the focus of the Family Health and its integration into the health care model; the context of the formulation of the Family Health Policy; Process implementation and operation of the Family Health Strategy in Minas Gerais e Finally, the Family Health Unit (FHU). This knowledge will subsidize our work process, giving you higher quality.

**Keywords:** Family health program. History. Public policy,

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	7
2	JUSTIFICATIVA .....	9
3	OBJETIVO .....	10
4	METODOLOGIA .....	11
5	REFERENCIAL TEÓRICO .....	12
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	31
7	REFERÊNCIAS .....	32

## 1 INTRODUÇÃO

A política de saúde é reconhecida na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) como “Direito de todos e dever do Estado”. O conceito de saúde é reconhecido no Artigo 196 do CF de 1988 e no caput do Artigo 3º da Lei 8.080 / 1990:

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

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 (BRASIL, 1990).

Na década de 90, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), novas exigências são postas à organização do trabalho na saúde, diferentemente das práticas de saúde vigentes até os anos 70, em que o profissional atuava de forma hierarquizada, isolada, fragmentada e autônoma. Com a aprovação pelo governo federal a Estratégia de Saúde da Família (ESF) teve sua implantação feita de forma gradativa a partir de 1994 em todo território brasileiro. Um novo paradigma de saúde passa a ser planejada com o intuito de reverter o quadro, onde a saúde passaria a ser considerada sob sua determinação histórica e social.

Os profissionais passam a ter que trabalhar em equipe, configurando-se em um processo de trabalho coletivo como Almeida e Mishima ( 2001, p. 1-2) destacam:

Compreendemos que a Saúde da Família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe. Este é um dos grandes desafios que se coloca para as equipes de saúde que vêm se inserindo na Saúde da Família. Se esta integração não ocorrer, correremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos.

A família, como unidade de cuidado, é a perspectiva que dá sentido ao processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família. Desta forma, a assistência votada às

famílias implica em conhecer como cada família cuida e identificam suas forças, dificuldades e seus esforços para partilhar responsabilidade. Com base nas informações obtidas, o profissional deve utilizar-se do seu conhecimento sobre cada uma delas, para juntamente com as mesmas, pensar e por em prática a melhor assistência possível.

De acordo com Miotto (2000, p. 222).:

O objetivo principal é identificar as fontes de dificuldades familiares, as possibilidades de mudanças todos os recursos (tanto os das famílias, como os meios sociais) que contribuam para que as famílias consigam articular respostas compatíveis com uma melhor qualidade de vida. Tais mudanças pressupõem transformações nas pautas das relações internas e na relação das famílias com a necessidade. Isto implica o desenvolvimento da capacidade de discernir as mudanças possíveis de serem realizadas no âmbito dos grupos familiares e de suas redes, daqueles que exigem o engajamento deles em processos sociais mais amplos para que ocorram transformações de ordem estrutural.

A Estratégia de Saúde da Família tem como propósito contribuir na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e na municipalização da integralidade e participação da comunidade. Apesar da ESF ter sido criada em 1994, na verdade, só entra condições de crescimento qualitativo e quantitativo, mais precisamente em 1998. A mesma surgiu da necessidade de uma nova abordagem de atendimento, uma vez que, a estrutura clássica das Unidades Básicas de Saúde (UBS) não estava atendendo integralmente à necessidade da população. Está inserida em um contexto de decisão, político e institucional de fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MIOTTO, 2000).

A Estratégia de Saúde da Família tem como prioridade as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. Tem como objetivo a reorganização das práticas assistenciais, substituindo ao modelo tradicional de assistência, que era orientado para a cura de doenças em hospitais, a atenção deve estar focalizada na família, entendida e percebida a partir do ambiente físico e social, o que possibilita a equipe de profissionais da saúde a compreensão abrangente do processo saúde-doença, e que a intervenção teve ir além das práticas curativas.



## **2 JUSTIFICATIVA**

O trabalho apresentado é de grande importância para compreendermos o contexto histórico da saúde pública no Brasil, bem como a Estratégia de Saúde da Família, tendo em vista que o nosso processo de trabalho, cotidianamente, requer conhecimentos teóricos e práticos para que se desenvolva de acordo com os princípios e pressupostos dessa política pública.

**OBJETIVO**

Realizar uma revisão narrativa sobre a história da saúde pública no Brasil.

## 4 METODOLOGIA

Para este trabalho foi realizada uma revisão narrativa sobre a história da saúde pública no Brasil, com foco na organização da estratégia de saúde da família. As bases de dados utilizadas para o levantamento do material bibliográfico foram o *Scientific Eletronic Libray Online* (SCIELO) e a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde LILACs. Também foram usados como base outras referências de importância para a abordagem do tema, como os Manuais do Ministério da Saúde e livros.

Os descritores usados para pesquisa foram: Equipe de Saúde da Família, história e políticas públicas.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 Saúde da família: conteúdo e projeto

Os problemas de saúde, como suas práticas, sempre tiveram em seus primórdios uma relação com a vida em sociedade, embora com diferentes destaques e com variadas formas com que tais sociedades procuraram resolvê-los. O sistema de saúde do país vem sofrendo várias mudanças desde o final do século XIX, acompanhando as transformações políticas, econômicas e socioculturais da sociedade brasileira. Ocorreram modificações na atualidade acerca do processo saúde-doença, por considerar que o “ponto chave” está na focalização da saúde da família está na modernidade (ADRIANO, 2007).

Analisando sua trajetória, pode-se identificar várias tendências na política de saúde no Brasil: a política de saúde na Ditadura Militar, na construção do projeto de reforma Sanitária na década de 1980 e hoje o modelo plural, que inclui como sistema público, Sistema Único de Saúde – SUS. Para a sociedade brasileira, a ditadura significou a afirmação de uma tendência em desenvolvimento econômico, social e político que formou um novo país. Assim é verificado que os problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados tornando-se mais complexos.

No período de 64 / 74 relação da “questão social”<sup>1</sup>, o Estado buscou pra sua intervenção a repressão e assistência, que a política de assistência foi aplicada, burocratizada e modernizada pelo Estado com o objetivo de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade brasileira, suavizando as tensões sociais conseguindo a legitimação do regime e servindo de mecanismo de acumulação do capital (ADRIANO, 2007).

Fez unificação da previdência social, com a junção do IAPS (Instituto de Aposentadoria e Pensões) em 1966, criando o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) que se constituiu na modernização da máquina estatal,

---

<sup>1</sup> “A questão social não é senão a expressão do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É na manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia (...)”. (Carvalho, lamamoto, 1983:77)

umentando o seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no período “Populista” (ADRIANO, 2007). Tratava-se de uma reorientação das relações entre Estado e a classe trabalhadora.

O golpe militar de 1965, alijando trabalhadores e demais segmentos da sociedade civil do cenário político oficial e condenando-os à condição de resistência à força do Estado implementa um projeto que data de 1945 e que se revelou inviável no período da democracia populista: Unificação previdência social. Em 1966 cria-se o INPS (COHN, 2003, p.21)

Percebe-se que neste período tanto a Saúde Pública quanto a Previdência Social e as mediações da vida social foram realizadas a força. O setor de saúde precisava atribuir às características capitalistas. Foram estabelecidos três períodos nessas etapas: o primeiro, A Era da Catástrofe, entre as duas grandes guerras mundiais, o fim dos antigos sistemas de saúde ainda marcado pelo credo liberal. A Era do Ouro, após a Segunda Guerra Mundial, onde a economia de mercado toma formas civilizadas e humanas (keynesianismo), ao menos nos países centrais do sistema, graças às pressões por melhorias sociais originadas pela Guerra Fria e às duas conquistas obtidas pelos trabalhadores ( PEREIRA, s/d).

E a terceira e última, a Era do Desenvolvimento – “as reformas das reformas”, crise do welfarestate<sup>2</sup> tradicional, afastamento do Estado e contenção de gastos. Portanto, o cenário da modernidade é marcado por mudanças econômicas e políticas importantes, que conseqüentemente trouxeram grandes impactos para o sistema de proteção social, particularmente na saúde.

Foi no início do século que se caracterizou pela valorização das descobertas bacteriológicas do século anterior (descoberta dos bacteriologistas Kock e Pasteur, do agente que causa a doença). Os problemas de saúde passam a ser explicados

---

<sup>2</sup> O Estado de Bem Estar (chamado também Estado Social), welfarestate ou Estado Providência) referenciado nas teorias de Maynard Keynes, caracteriza-se pela intervenção do Estado na economia na sociedade, no sentido de assegurar a melhoria do nível de vida da população mediante a provisão gratuita ou subsidiada de renda, moradia, saúde, alimentação, educação, itens assegurados como direito de cidadania. Essa forma de Estado foi proporcionada pela ampliação da cidadania aos segmentos mais pobres da população que passaram a cobrar dos governantes medidas para atenuar sua situação de miseráveis e de excluídos da vida social.

pelo modelo uni causal, com adesão do método flexnerianismo<sup>3</sup> que é destacado a causa da enfermidade basicamente individual e a resposta terapêutica e também orientada para indivíduo. Bravo descreve “que a mudança central da prática em saúde, no início do século foi a de considerar fundamental o enfoque biológico da doença, enfatizando o individual e não social, o coletivo. Surge assim o modelo unifatorial de doença (MENDES, 1998).

Em 1945, após a 2ª Guerra Mundial, a saúde passa a ser pensada nos seus aspectos biopsicossociais, existindo a preocupação com a saúde pública através da assistência as populações assoladas pela guerra. Essa ação foi estimulada pelas Nações Unidas. Os Estados Unidos assumem a hegemonia mundial, tornando-se polo transmissor das concepções práticas na saúde, como também em outras práticas (BRAVO,1998).

A uni causalidade da doença passa a mostrar-se insuficiente para prática médica, ao não conseguir explicar a ocorrência de uma série de outros agravos à saúde do homem, então veio a ser complementada por uma proposta mais ampliada, incorporada na concepção ecológica, surge a proposta de uma concepção de causalidade múltipla do processo saúde-doença, onde fatores biológicos do agente estão em relação com os hospedeiros, em determinado ambiente (MENDES, 1998).

Mendes (1998) descreve que o enfrentamento dos problemas obedece a mesma lógica anterior, explicitando-se num corte entre causas e efeitos, de forte conotação médica, seja preventiva, seja curativo-reabilitadora.

A saúde é entendida ou representada como ausência de doença, e a organização dos serviços é medicamente definida e tem como objetivo colocar à disposição da população serviços preventivos e curativo-reabilitadores acessíveis, de conformidade com os elementos ideológicos do flexnerianismo (MENDES, 1999, p. 236)

---

<sup>3</sup>O paradigma flexneriano consolida-se pelas recomendações do famoso Relatório Flexner, publicado em 1910, pela Fundação Carnegie. (...) O paradigma expressa-se por meio de um conjunto de elementos que coexistem, se completam e se potenciam e que são: os mecanismo, o biológico, o individualismo, a especialização, a tecnificação e o curativismo. O paradigma flexneriano é coerente com o conceito de saúde como ausência de doença (...). (MENDES, 1999, p.238 – 239).

Mais tarde a Organização Mundial de Saúde (OMS) realiza uma assembleia em que passa a conceber um novo conceito: a saúde é um completo bem estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença. E passam a elaborar um plano de ação chamado Saúde para Todos 2000 (SPT 2000), em que os respectivos países membros tinham como meta até o ano 2000, atingir um nível de saúde que permitisse aos seus cidadãos desenvolver uma vida social e economicamente produtiva. Para Bravo (1998), esse novo conceito estimulou a sistematização das atividades profissionais pertinentes aos ramos das disciplinas sociais e psicológicas.

No início da década de 50, a situação da saúde se modifica. As principais causas de morte passam a ser as doenças degenerativas (coração, acidentes vasculares cerebrais / AVC e neoplasmas malignos). Os pesos dessas doenças passam a aumentar, devido à elevação da idade média das populações, com a diminuição das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e com a diminuição também das taxas de fecundidade. Países centrais passam a institucionalizar os serviços de saúde, no surgimento de doenças crônicas, medidas dirigidas ao meio ambiente físico e aos estilos de vida passam a ser valorizados. Foi a partir dessa década que se modifica substancialmente a prática médica, devido à crescente introdução da indústria de medicamentos e equipamentos médicos (BRAVO, 1998).

Houve uma ampliação dos serviços baseados na especialização e tecnologia, encarecimento dos atos médicos, as atividades médicas passam a se concentrar mais em hospitais, surge um forte processo de medicalização<sup>5</sup> e conseqüentemente um alto custo para as ações em saúde. Como resposta a esse complexo médico-industrial, surge a ideia de racionalização administrativa, ou seja, redução de gastos com maximização dos recursos (MENDES, 1998).

Como proposta racionalizadora veio a proposição da Medicina Integral, a Medicina Preventiva<sup>4</sup> e seus desdobramentos na década de 60 e 70, com a Medicina

---

<sup>4</sup>A proposição da Medicina Preventiva e Integral incidiu-se praticamente no ato médico, ou seja, foi um projeto para mudar as práticas médicas de caráter fragmentado, para melhorar o desempenho da medicina frente às necessidades sociais e conseqüentemente reduzir os custos. Essa proposta não alterou o contexto político social da Saúde.

Comunitária e o movimento da Family Medicine (Medicina da Família<sup>5</sup>). A medicina comunitária surgiu na década de 60 e teve suas origens nos Estados Unidos. Foi nos pobres países latino-americanos, essa proposta teve mais repercussão, devido à política externa norte-americana.

[...] para o redimensionamento da dominação nas relações externas, um programa de assistência técnica aos países pobres latino-americanos foi financiado pelos Estados Unidos. Para promover o controle social e evitar o comunismo, o programa Aliança para o Progresso teve como proposta atacar o subdesenvolvimento como uma pluralidade de projetos econômicos e sociais que contam com a participação de assistentes sociais, médicos e outros profissionais. O objetivo implícito era atenuar as contradições das sociedades capitalistas periféricas e eliminar as ameaças à instabilidade dos Estados Unidos como centro hegemônico (BRAVO, 1998, p.....)

Segundo a mesma autora, na ótica de combate ao subdesenvolvimento, o Desenvolvimento de Comunidade<sup>6</sup> é considerado como uma das medidas para solucionar o problema e integrar o esforço da população aos planos regionais e nacionais de desenvolvimento social. A proposta da Medicina Comunitária é considerada um desdobramento de Programas de Desenvolvimento Comunitário.

A Medicina Comunitária se apresenta como uma nova forma de “fazer saúde”, paralela à organização que predominava nessa época: a medicalização. Porém o que se revela como alternativa e um caráter contraditório, pois ela serviu como instrumento para reprodução da força de trabalho, favorecendo o acúmulo capitalista, e permitiu deslocar a problemática da saúde da instância estrutural para a esfera individual (como responsáveis pelos problemas de saúde o atraso cultural, a falta de recursos e a falta de higiene), apesar da importante intervenção social sobre grupos marginalizados (BRAVO, 1998).

---

<sup>5</sup>O Movimento Family Medicine (Medicina da Família) estruturou-se em 1966, nos EUA, quando alguns comitês formados pela American Medical Association e outras entidades elaboraram documentos para uma política federal e estadual para o financiamento da formação de médicos de família em cursos de pós-graduação.

<sup>6</sup> O Desenvolvimento de Comunidade foi definido como processo através do qual os esforços do próprio povo se unem aos esforços das autoridades governamentais, com fim de melhorar as condições econômicas, sociais e culturais das comunidades na vida nacional e capacitá-las a contribuir plenamente para o processo do país.



Nesse momento, adquire especial importância uma publicação da Organização Mundial de Saúde, intitulada *Training of the physician for family practice* (Treinamento Clínico para a Prática Familiar). Segundo Paim, é necessário falar que esse movimento Internacional, que gerou propostas da Família (Family Medicine), como também o da Medicina Comunitária, foi interpretado “como mais um movimento ideológico visando responder aos impasses e questionamentos sobre o modelo dominante de assistência médica, sobretudo no que se refere aos altos custos, sofisticação (tecnológica) e superespecialização do cuidado.” Nas origens desse movimento, verifica-se que a lógica capitalista que orienta o complexo médico-industrial era escamoteada, a ideologia dominante que recorta o saber médico era dissimulada e os determinantes da produção de doenças eram obscurecidos.

No final da década de 60 a continuidade do sucesso da estratégia keynesiana encontrou limites. Destaca Behring (1998, p....)

A busca de superlucros, associada a uma revolução tecnológica permanente (e sua generalização), a ampliação da capacidade de resistência, e ainda, a intensificação do processo de monopolização do capital, foram elementos que estiveram na base do início de um novo período depressivo.

A autora afirma que as despesas de manutenção da regulação do mercado colocam em crise, a política social, pois o custo dos seguros sociais era alto. Os fatores políticos e econômicos marcam a realidade da saúde na década de 70 e 80, como: desemprego atribuído à introdução da tecnologia avançada, recessão econômica, crise do *welfare state* (Estado de Bem Estar Social), e outros.

Segundo Carvalho, Cordeni (2001), os países onde não existia um Estado de Bem Estar Social constituído, segundo o relato da mesma autora: “que as políticas de ajuste vieram mais pelo lado econômico – abertura comercial, deslocalização de indústrias e atividades e desemprego, do que pelo lado da industrialização de aparelhos de política social. Vários países foram obrigados a fazer programas sociais de caráter emergencial e focalizado”.

Como resposta à crise da saúde, vários países começaram a implantar profundas reformas nos seus sistemas de saúde. A nova agenda de reforma dos serviços de saúde formulada nos anos 80 estava centrada numa mudança de paradigma da intervenção estatal em campo social. No campo sanitário, no que diz respeito à assistência médica, essa retórica ideológica estimulou a formulação de um diagnóstico setorial comum a todos os países que apontava para a necessidade e determinadas mudanças, difundidas e estimuladas pelos organismos internacionais (como o Banco Mundial), sendo que os Estados Unidos exerceram um papel direcionador na formulação dessa nova agenda sanitária pós-welfare (CARVALHO, CORDENI, 2001).

A reforma deveria basear-se no paradigma da economia da saúde defendida pelo Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Esse paradigma consiste na crescente desobrigação do setor público com a atenção à saúde da população em procedimentos seletivos de inclusão, em rearranjos entre setores públicos / privados, em focalização da ação pública nos setores de risco social através de pacotes básicos, em subsídios e atenção de baixo custo e de alto impacto.

Um novo paradigma de saúde passa a ser delineado com o intuito de reverter esse quadro, a saúde-doença passa a ser considerado sob sua determinação histórica e social, o processo saúde-doença é um processo social caracterizado pelas relações dos homens com a natureza (espaço, meio ambiente, território) e com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, políticas e culturais) num determinado espaço geográfico e no tempo histórico (BREITH, 1991).

Para Breith (1991), a saúde e doença não são estados, estanques e isolados, de causa aleatória, não se está com saúde ou doença por acaso. Uma determinação permanente um processo casual que se identifica como modo de organização da sociedade.

A explicação mais abrangente é a atenção primária como estratégia, que foi difundida na Conferência Internacional de Cuidados Fundamentais com Saúde, realizada em Alma-Ata, capital do Cazaquistão Soviético em 1978 e co-patrocinada e organizada pela Organização Mundial de Saúde – OMS e pela UNICEF.

Atenção à Saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente demonstradas e socialmente aceitáveis, cujo acesso esteja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, de maneira que possam sustentá-la, a um custo que tanto a comunidade como cada país possa manter em cada estágio de desenvolvimento em que se encontre com espírito de autoconfiança e autodeterminação. Representa parte integrante do sistema sanitário do país, no qual desempenhada umas funções centrais, constituindo-se também o foco principal do desenvolvimento social e econômico da comunidade com o sistema de saúde do país, levando a assistência à saúde o mais perto possível do lugar onde reside e trabalha a população, representando ainda o primeiro elo de uma atenção continuada à saúde (WHO, 1978 p. 5 – 6).

Os Estados que participaram dessa Conferência comprometeram-se a estabelecer a Atenção Primária em Saúde (APS) como estratégia para a reordenação e reestruturação das políticas de saúde de seus países, através do desenvolvimento de componentes prioritários: extensão de cobertura dos serviços de saúde e melhoria do ambiente; desenvolvimento da articulação intersetorial, disponibilidade e produção de produtos e equipamentos; financiamento setorial e formação e utilização de recursos humanos.

Na década de 80 na sua segunda metade, especialmente, em 1986, realizou-se em Ottawa (1986), Canadá, a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, que teve como parâmetro a declaração de Alma-Ata.

21

Foram inaugurados uma série de novos debates como: a saúde constitui o maior recurso para o desenvolvimento social, pessoal e econômico, e é através das ações de promoção que as condições e recursos fundamentais para a saúde se tornam cada vez mais favoráveis. Considerando que esses recursos são:

- Paz: redução de violência;
- Habitação: condições dignas de moradia, tanto em relação ao espaço físico quanto ao assentamento legal;
- Educação: cumprimento do ensino compulsório, redução da evasão escolar e revisão da qualidade de ensino;
- Alimentação: garantia de política municipal de geração e de mecanismos de troca de produtos alimentícios e, principalmente, garantia de alimento na mesa da família;
- Renda: a geração de renda para todos e com volume compatível com vivência;
- Ecossistema saudável: ar solúvel; água potável disponível 24 horas por dia; alimentos existentes em quantidade suficiente e boa qualidade;
- Recursos renováveis: o mais importante é o próprio homem, que se renova cada vez que se recupera de um mal-estar... Os serviços de saúde devem

estar aptos para atender o homem em todos os seus níveis de complexidade, seja com recursos próprios ou em parceria com outros municípios;

- Justiça social e equidade: iniquidade é caracterizada pela diferença de velocidade em que o processo atinge as pessoas... avaliada indiretamente pela área geográfica em que o cidadão reside. Dessa forma e que se busca, através do esquadramento, do município em territórios homogêneos, observar os determinantes e suas conseqüências ao bem-estar. A promoção da equidade é feita pela redução dos efeitos nocivos à salubridade e pelo reforço dos fatores positivos. (CARTA OTTAWA, 1986, s/p).

Depois da Conferência no Canadá seguiram-se outras que aprofundaram o conceito de promoção à saúde. Na Austrália em 1988, com a Declaração de Adelaide, a Declaração de Sundval realizada na Suécia em 1991, Declaração de Bogotá na Colômbia em 1992. Todas reforçarão a crítica à organização dos serviços de saúde e reafirmam a responsabilidade dos países desenvolverem ações em atenção primária.

Portanto, foram esses elementos históricos que certamente moldaram e continuam a moldar, já renovados, superando ou simplesmente enriquecidos, o Enfoque de Saúde da Família e sua inserção no modelo de atenção à saúde nos dias atuais.

### **5.1.1 Enfoque de Saúde da Família e sua inserção no modelo de atenção à Saúde**

A valorização do tema da família não surgiu do nada, alguns fatores influenciaram para a adoção de políticas sociais como: as reordenações do mundo do trabalho, a crise financeira, a crescente pauperização da sociedade civil, aumento expressivo da exclusão social, as formas, de regulação social no mundo contemporâneo, a exploração do trabalho infantil, o crescimento da criminalidade praticado por crianças e jovens e a fragilidade das ações preventivas que vinham sendo operacionalizadas.

As práticas de saúde como objeto da intervenção do Estado, o que as caracterizaria como parte de um corpo de políticas sociais; o processo de trabalho tendo como resultado a intervenção do médico e de outros profissionais dentro de um âmbito generalista, ou seja, fora do caráter especializado que recorta e separa o objeto das práticas em saúde em faixas

de idade, gênero, sistemas e órgãos, ou mesmo tipos de doenças; os modos de pensar e de praticar os cuidados à saúde baseados na ampliação e superação dos conceitos tradicionais antinômicos entre individual e coletivo; prevenção e cura; biológico e social; humano e ambiental; oficial e não-oficial; a proteção voltada não apenas para indivíduos singulares, mas para coletivos (famílias, grupos, comunidades), resultando em um novo tipo de práticas sociais de saúde; o desenvolvimento de vínculos entre a clientela e os prestadores de serviços, de natureza administrativos, geográficos, culturais ou mesmo éticos (GOULART,2002, p.38 – 39).

Dessa forma, o enfoque saúde familiar passa a ser fundamental para os sistemas e serviços de saúde baseada em atenção primária. A família passa a representar um fator significativo no planejamento e desenvolvimento de intervenções terapêuticas, preventivas e de promoção.

Segundo o médico epidemiologista Juan Seclen – Palacin, membro da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS o papel da família em saúde é inquestionável, e a adoção de atitudes favoráveis ou de risco para a saúde se relaciona com a dinâmica biossociocultural da família; a família é o meio básico onde se estabelecem as bases do comportamento em matéria de saúde e onde se originam as culturas, cultivam-se as bases educacionais, os valores e se expõem às normas sociais básicas. Também destaca o autor, além disso, a inclusão do enfoque familiar nas ações de serviço de saúde contribuiria para a diminuição de um grave problema: a falta de continuidade do tratamento e adoção de medidas preventivas (GOULART,2002).

Em síntese, o enfoque de Saúde da Família considera que os riscos em saúde e a aparição de doenças, bem como a obtenção do bem estarem tem como um de seus fatores determinantes o aspecto familiar, entendido este em suas concepções estrutural e dinâmica. Se a família tem um papel nos processos de saúde transite pelo caminho de considerá-lo no momento de desenvolver as intervenções em saúde.

Países como Brasil, Inglaterra, Canadá, Chile e Cuba, dentre outros, já adotaram em seus sistemas e serviços de saúde o enfoque Saúde da Família. Claro que a implementação aconteceu em épocas diversas e variou conforme a singularidade de cada país.

## 5.2 O Contexto da Formulação da Política de Saúde da Família

Desde a década de 1960, o tema família vem sendo discutido mundialmente. Em 1963, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publica um documento sobre a formação do médico da família, em virtude do crescimento da superespecialização do trabalho médico e suas consequências. Os custos financeiros elevados e a deterioração da relação humana com os pacientes.

A proposta médica da família se expandiu inicialmente nos Estados Unidos sendo, em 1969, a medicina familiar e reconhecida como especialidade médica. Na década de 1970, o movimento se expandiu no Canadá, México e alguns países europeus. O que ocorria era a volta ao passado, quando o médico liberal cuidava de toda a família (o que tivesse condições de remunerá-lo). O movimento médico da família surge para combater os desajustes da prática médica mediante a reorientação da formação profissional do médico sem se avançar na discussão da reorganização das instituições de saúde como um todo (PAIM, 1986).

As universidades da América Latina abrem as portas para que através de reuniões e seminários, divulguem tal proposta. No Brasil, vivíamos a ditadura militar; o que provocou oposição intensa de setores progressistas dos profissionais de saúde, devido ao fato da proposta norte-americana ter extrema aproximação como modelo liberal da prática médica. Torna-se intensa a discussão quanto à reorganização do sistema de saúde vigente surgindo no final da década 1970, variadas propostas de reorientação dos serviços de saúde (PAIM, 1986).

Os serviços de atenção primária à saúde passam a ser valorizados internacionalmente, o que repercutiu no Brasil, onde são constituídos programas para a Atenção Primária em Saúde (APS), de forma desarticulada no início nos demais setores, mas aos poucos possibilitaram uma maior integração em ações preventivas e curativas e tornaram mais concretas as discussões sobre a hierarquização da assistência à saúde. Dessa forma, nasce o Sistema Único de Saúde (SUS).

O debate político sobre a questão saúde na época estava na disputa entre os defensores dos diferentes modelos do serviço básico. De um lado, existia a proposta trazida pelas experiências de saúde comunitária, realizadas pela Igreja Católica, baseadas no trabalho de equipe e na relação educativa da população. De outro, havia a proposta do médico da família significando uma atualização da medicina liberal do passado, centralizando no serviço a figura do médico.

Predominava, entretanto um terceiro modelo cujos esforços concentram-se na multiplicação de serviços básicos, planejados por profissionais situados fora dos serviços locais. Embora desenvolvessem ações de caráter preventivo e coletivo. Os problemas clínicos de saúde da população continuaram a ser tratados com base no modelo médico tradicional através de alguns especialistas.

Em 1990, ocorreu uma valorização do tema família. No Brasil, inspirados em experiências advindas de outros países como Cuba, Inglaterra e Canadá cuja saúde pública alcançou níveis interessantes de qualidade foram criados programas como Programa Agentes da Saúde (PAS) (Ceará, 1987) e Programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e posteriormente o Programa Saúde da Família (PSF).

Então em 1994, durante o governo de Itamar Franco, o Ministério da Saúde (MS) cria o PSF, que incorpora o (PACS) criado em 1991. O Programa Social da Família (PSF) tem como propósito contribuir na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e na municipalização da integralidade e participação da comunidade.

Embora tenha sido formulado no governo Itamar Franco, sob a gestão de Henrique Santillo no Ministério da Saúde (MS), o Programa Saúde da Família (PSF), na verdade só encontra condições de crescimento qualitativo e quantitativo nos anos seguintes, mais precisamente a partir de 1998, já no governo de Fernando Henrique Cardoso (BRASIL, 2004), conforme mostra o quadro a seguir:

**Quadro1:** Evolução Quantitativa do PSF e do PACS (1994 – 2001).

<b>ANO</b>	<b>N° MUNICÍPIOS COM ESF</b>	<b>N° ESF</b>	<b>POPULAÇÃO COBERTA (X 1.000)</b>
1994	55	328	1.132
1995	150	724	2.498
1996	228	847	2.922
1997	567	1.623	5.599
1998	1.134	3.083	10.636
1999	1.647	7.254	14.676
2000	2.766	8.604	29.684
2001	3.233	11.285	38.933

Fonte: Brasil , 2004.

Fazendo uma análise os documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS), pode-se entender que houve uma evolução em alguns aspectos do conteúdo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), nos anos de 1994 a 1995, tem uma abordagem carregada ideologicamente, com denúncias das mazelas do sistema vigente e propondo a urgência superação do modelo clínico; os textos assumem um caráter gradualmente técnico, com conteúdos mais objetivos, prescritos enfatizando a articulação dos programas da rede.

Já o documento divulgado em 1997, intitulado Saúde da Família, uma, estratégia para a reorientação do modelo anuncia com detalhes a que veio a Estratégia de Saúde da Família (ESF), dedicando seus objetivos e diretrizes operacionais, dedicando especial atenção a reorganização das práticas de trabalho, as competências dos níveis de governo, bem como às etapas de implantação da ESF. A preocupação principal com este documento era negar o equívoco da identificação da ESF com um sistema de saúde para os pobres.

[...] o governo reafirma que este não é mais um programa a ser instalado na rede pública de serviços, não é uma assistência precária para os pobres, mas sim a intenção de investir na Atenção Primária, na prevenção e promoção da saúde, articulados com a assistência curativa e de alta complexidade. Seu objetivo maior é que o PSF seja a porta de entrada para o sistema de saúde. (TEIXEIRA, 2002, p.239).



### 5.2.1 O Processo de implementação e operacionalização do ESF

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu da necessidade de uma nova abordagem de atendimento, uma vez que a estrutura clássica das unidades básicas de saúde (UBS) não estavam atendendo integralmente à necessidade da população. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) está inserindo um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). E de acordo o Ministério da Saúde (MS), sua implantação constitui-se:

[...] uma estratégia que prioriza as ações de Promoção da saúde dos indivíduos e da família, do recém nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Seu objetivo é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando as equipes de saúde uma compreensão do processo saúde /doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 2000, p....).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) também ressalta que o PSF incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) ou em suas casas, e o programa deve atuar baseando nos seguintes princípios:

- **Caráter substitutivo:** Não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das práticas de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde.
- **Integralidade e Hierarquização:** A Unidade de Saúde da família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada a rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e esteja assegurada a referência e contra-referência para diversos níveis do sistema, sempre que for requerida complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica.
- **Territorialização e adscrição da clientela:** Trabalha com território de abrangência definido, e é responsável pelo cadastramento da e acompanhamento da população adscrita a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de no máximo, 4500 pessoas.
- **Equipe multiprofissional:** a equipe de saúde da família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe numa proporção média de um agente para cada 550 pessoas acompanhadas. Outras proporções podem ser incorporadas

nas unidades de saúde da família (USF) ou em equipes de supervisão, de acordo com as necessidades locais.

Do ponto de vista normativo, as disposições que regem a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) foram dadas pela Norma Operacional Básica (NOB)<sup>7</sup> do SUS de 1996, embora tenha havido uma sequência de portarias e outros instrumentos do Ministério da Saúde (MS) que tiveram influência direta e indireta sobre o desenvolvimento da Estratégia (CARVALHO, CORDENI, 2001).

A Norma Operacional Básica (NOB / 1996) prevê duas formas para a habilitação dos municípios junto ao Sistema Único de Saúde (SUS): gestão plena de atenção básica e gestão plena do Sistema Municipal<sup>8</sup>.

Observa-se uma preocupação desta norma em estabelecer as bases para que o SUS venha “a ser transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com os seus núcleos sociais primários – as famílias”.

Além de favorecer as ações intersetoriais, a NOB / 96 propõe “a transformação na relação entre usuários e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe), e de outro, a intervenção ambiental para qual sejam modificados fatores determinantes da situação da saúde”. Ainda

---

<sup>7</sup> Esta norma, após ter sido discutida por mais de ano e ser publicada através da portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 2203, em 06 de novembro de 1996, teve sua implementação iniciada apenas em janeiro de 1998. o que mais protelou a implementação da proposta que só foram viabilizado com a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), 1997. (CARVALHO, Martins Cotdeni JR, 2001:48)

<sup>8</sup> Para os municípios a NOB / 96 prevê duas modalidades de gestão:

- Gestão Plena da Atenção Básica – o município assume a responsabilidade por: gestão de todas as unidades básicas de saúde (pública e privada) vinculadas ao SUS; elaboração da programação pactuada e integrada; autorização das internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais especializados; controle e avaliação da assistência básica;
- Gestão Plena do Sistema Municipal – o município assume a responsabilidade por: gestão de todas as ações e serviços de saúde no município (ambulatoriais e hospitalares); gestão de todas as unidades e serviços de saúde (públicas e privadas) com vínculo ao SUS; controle, avaliação, auditoria e o pagamento das ações e serviços de saúde no município; opera o Sistema de Informações Hospitalares e o Sistema de Informações Ambientais, elaboração da PPI (Programação Pactuada e Integrada), entre os municípios e com a participação dos gestores estaduais; administra oferta de procedimentos auto custo / complexidade para os quais referenciam.

possibilitou a NOB / 96 à implantação em 1998, do Piso Assistencial Básico (PAB), isto é “um valor per capita que, somado às transferências estaduais e aos recursos próprios do município, deverá financiar a atenção básica da saúde”, acrescido de uma parte variável destinada ao incentivo, inicialmente, de intervenções como o PACS / PSF.

Como parte do processo de descentralização e municipalização das ações de saúde, a implementação e desenvolvimento da Estratégia de saúde da Família são coordenados pelo gestor municipal. Os requisitos para a implantação são: projeto da ESF aprovado pelo Conselho; o município possuir Plano Municipal de Saúde e ter realizado Conferência Municipal de Saúde; ofício do prefeito dirigido ao secretário de Estado da Saúde solicitando o programa; ata de Conferência ou programação da mesma (CARVALHO, CORDENI, 2001).

A implementação da ESF, consiste em fazer o cadastramento das famílias, implantação do Sistema de Informações da Atenção Básica (que grega dados e processa informações sobre a população visitada, realizar diagnósticos da comunidade (condições socioeconômicas e de saúde) e programar o trabalho com base no diagnóstico e em conjunto com a comunidade.

O processo de operacionalização da Estratégia de Saúde da Família (ESF), segundo o Ministério da saúde, deve ser adequado às diferentes realidades, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais.

### **5.2.2 A ESF em Minas Gerais**

A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Minas Gerais e suas primeiras experiências ocorreram em 1994, após a assinatura do Protocolo de Intenções entre o Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria de Estado da Saúde.

Inicialmente, doze municípios foram contemplados com recursos financeiros do Ministério da saúde (MS) para a montagem de uma infraestrutura mínima necessária à implantação da referida estratégia. Os municípios são: Abre Campo, Além Paraíba,

Barbacena, Brumadinho, Caeté, Itacarandu, Juiz de Fora, Pedra de Indaiá, Santa cruz do Escalvado, São Gonçalo do Pará e Três Pontas (MINAS GERAIS, 2002).

Minas Gerais foi o primeiro estado da Federação que instituiu, por lei (Lei nº 12.428 de 12 de dezembro de 1997), um incentivo financeiro aos municípios que assumissem o compromisso de desenvolver e manter em funcionamento programas específicos para o atendimento à saúde as famílias, mediante comprovação junto à Secretaria de Estado da saúde. Esta medida ampliou significativamente a adesão dos municípios (MINAS GERAIS, 2002, p.....).

Desde 1995 tem sido meta dos governos Federal e Estadual implantarem novas equipes da Estratégia de saúde da Família (ESF) e Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), com a finalidade de ampliar a cobertura populacional com assistência à saúde e contribuir para a Organização da Atenção Básica à Saúde, prevenção de agravos e a oferta de ações curativas de menor complexidade.

Minas Gerais é o estado com maior atuação de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil. Atualmente, 46% da população mineira têm sido beneficiadas com as ações do programa voltadas para a atenção básica. São 2.464 equipes espalhadas em 701 municípios. A intenção da SES é aumentar ainda mais a área de cobertura do programa. Em 2006, já com o nome Saúde em Casa, a estratégia vai beneficiar acerca de 70% da população mineira ( MINAS GERAIS, 2002).

Abaixo, o quadro 2, pode-se observar a evolução da implementação da Estratégia de Saúde da Família em Minas Gerais.

**Quadro 2** – Equipes de Saúde da Família e Cobertura Populacional, Segundo Unidade Federativa. Brasil, dezembro de 2008

Nº	ESTADO	EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	COBERTURA POPULACIONAL
1	Minas Gerais	3.975	67,91
2	São Paulo	3.134	25,63
3	Bahia	2.392	54,98
4	Pernambuco	1.780	68,04

5	Maranhão	1.725	78,11
6	Ceará	1.705	67,22
7	Paraná	1.672	51,39
8	Rio de Janeiro	1.440	30,9
9	Santa Catarina	1.282	67,44
10	Paraíba	1.228	94,68
11	Rio Grande do Sul	1.161	33,87
12	Piauí	1.069	96,56
13	Goiás	1.048	57,87
14	Rio Grande do Norte	802	79,97
15	Pará	727	36,31
16	Alagoas		70,33
17	Espírito Santo	539	50,01
18	Sergipe	534	83,34
19	Mato Grosso	521	57,09
20	Amazonas	497	49,68
21	Mato Grosso do Sul	402	56,15
22	Tocantins	352	76,74
23	Rondônia	229	76,74
24	Acre	132	47,82
25	Amapá	132	59,16
26	Roraima	94	66,57
27	Distrito Federal	39	5,64
	BRASIL	29.300	49,51

### 5.2.3 Unidade de Saúde da Família (USF)

A Unidade de Saúde da Família não pode ser pensada apenas como lugar de atendimento de problemas de saúde de menor complexidade (BRASIL, 2000). O Sistema Único de Saúde (SUS) deve se organizar de uma forma que se rompa com a idéia de atenção centrada no baixo custo, simplificada, a USF deve ser estruturada

de maneira que atenda de uma forma eficiente, eficaz e efetiva as necessidades de saúde da população. Deve ter minimamente uma instalação física com sala de imunização, sala de inalação, de curativo de enfermagem de atendimento, consultórios médicos e odontológicos, sala de espera e de reuniões, de esterilizações, de medicamentos, de administração, etc.

Na lógica do Sistema Único de Saúde (SUS), a Unidade de Saúde da Família (USF) deve atender a demanda de forma igual e integral, devendo ter uma resolutividade maior que 80% das intercorrências, encaminhando para serviços especializados e internações apenas casos de maior complexidade, o que deve ser feito idealmente, sempre através de mecanismos de referência<sup>15</sup> formalizados entre as instituições, para garantir um atendimento completo, proporcionando todos os cuidados / tecnologia de que o paciente necessita para ter solucionada a sua necessidade ou problema de saúde.

Quando se fala em Unidade de Saúde da Família, logo se pensa uma equipe multiprofissional composta minimamente por: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários (BRASIL, 2000).

A equipe não pode ser entendida como vários profissionais atuando no mesmo serviço, mas sim como um grupo de profissionais conhecedores da missão de saúde, compreendendo sua tarefa e atingindo os objetivos e metas estabelecidas no planejamento estratégico para sua área de atuação, o qual deve ser elaborado de forma democrática e participativa.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho se fez necessário para analisar e compreender as mudanças ocorridas a partir da implantação da ESF Bela Alvorada no município de Rubim – MG.

A ESF Bela Alvorada foi construído em 2006, no Bairro Alvorada, no município de Rubim- MG, que foi fundado no mandato da prefeita Lourdes Caldeira no período de 1989 a 1992, faz divisa com os bairros Guaraná e Centro. Conta com uma equipe de saúde da família completa.

O atendimento da zona rural é feito no distrito de Itapiru, na UBS Dely Figueiredo. A equipe de saúde é composta por 01 médico, 02 enfermeiras, 01 dentista, 04 auxiliares de enfermagem, 01 técnico de enfermagem, 02 serviços gerais, 01 recepcionista, 01 auxiliar de saúde bucal, 08 agentes de saúde, sendo que destes, 04 ficam no distrito de Itapiru, com 01 enfermeira e o médico faz atendimento 1 vez por semana.

Os usuários ao chegarem à unidade de saúde para o atendimento, a enfermeira realiza uma triagem de acordo com o Protocolo de Manchester e utiliza o Alert Edis.

O trabalho será de grande relevância para os usuários da ESF Bela Alvorada mostrando a importância da mesma para o atendimento das suas necessidades.

## REFERÊNCIAS

ADRIANO, J. **O Plantão Social na Atenção Básica à Saúde**: um estudo aproximativo sobre a prática profissional. 2007. 94 p. Trabalho de Conclusão de Curso (bacharel em Serviço social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 50-53, 2001.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.

BARROS, Jose Augusto C. Pensando o Processo Saúde-doença: a que se responde modelo biomédico. **Caderno Saúde Pública**, 2003.

BEHRING, Eliane. R. **Política Social no Capitalismo Tardio**. São Paulo: Cortez, 1998.

BERTUSSI, D. C., OLIVEIRA, M. S. M., LIMA, J. V. C. **A Unidade Básica no Contexto do Sistema de Saúde**. In: ANDRADE, S. M., SOARES, D. A., CORDENI J. R., L. (OPG). Bases da Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: VEL, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2000. **Avaliação da implantação e funcionamento do PSF**. Brasília; Ministério da Saúde.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília; Senado, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1886 / 1997**. Reconhece no PACS e no PSF estratégias para o aprimoramento e consolidação do SUS e aprova normas e diretrizes para tais programas, incorporando ainda a figura normativa do programa similar. Brasília – DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil.1997

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica, nº 01 / 93, Portaria nº 234 / 92. Diário Oficial da União. Brasília – DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica, nº 01 / 96, **Portaria nº 234 / 92**. Diário Oficial da União. Brasília – DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde. 1997.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3925 de 13 de novembro de 1998.** Implanta o Manual da Atenção Básica. Brasília – DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Mostra de Experiências em Saúde da Família.** Brasília: MINISTÉRIO da Saúde. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil dos Médicos e dos Enfermeiros do PSF.** Brasília: Ministério da Saúde. 2000

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a organização da Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde:** Declaração Ama-Ata, Carta de Oatwa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sudsvall, Declaração de Santa-fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília – DF.2001

BRAVO, Maria Inês de Souza;MATOS, Maurílio Castro. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. & PEREIRA, P. A. P. (org), **Política Social e Democracia.** Rio de Janeiro: Cortez, 2002.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Superando Desafios – O Serviço Social na década de 90.** In: Superando Desafios. Rio de Janeiro: UFRJ, 1988.

BREILH, J & Granada, E. **Investigação da saúde na Sociedade: Guia Pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico.** Tradução de José da Rocha Cavaleiro et. Al. São Paulo, Instituto de Saúde / ABRASCO, 1986.

CARVALHO, G. B., CORDENI J. R., L. **A Organização do sistema de saúde no Brasil.** In: ANDRADE S. M., SOARES, D. A., CORDENI J. R., L. (org). Bases da Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: VEL, 2001.

COHN, Amélia. **A saúde na previdência social e na seguridade: antigos estigmas e novos desafios.** In: COHN, Amélia, ELIAS. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 4ª edição. São Paulo: Cortez, 2001.

GOULART, Flavio A. de Andrade. **Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?** Tese de doutorado. F 10 CRUZ. Rio de Janeiro: 2002 (Mimeo).COMPLETAR

HARVEY, David A. **Condição Pós-Moderna.** São Paulo. Edições Loyola, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE –. CENSO 2009.

LAURELL, Ana C. **A saúde-doença como processo social**. São Paulo: S. D. (Mimeo).

MENDES, Eugenio Vilaça. **Uma agenda para saúde**. 2.ed.. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAS GERAIS. Conselho Regional de Serviço Social – 6ª região. Coletânea de leis. Belo Horizonte: CRESS, 2002.

MIOTO, Regina C. T. Novos espaços ocupacionais do assistente social: cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis. In: Cadernos CEAD. Módulo 04. Brasília: UnB, 2000.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. OMS – Organização Mundial de saúde, 1989. **Os atalhos da mudança de saúde no Brasil**. OPAS / OMS.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (Im). **Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, ABRASCO, 1985.

PAIM, J. S. **Medicina Familiar no Brasil: Movimento Ideológico e ação política**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986.

SALES, Mione Apolinário. **Famílias no Brasil e no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro. R. J. (Mimeo). 2007