



Texto 14

Unidade de Aprendizagem III

Organização da atenção

*Roberta Gondim, Regina Lúcia Dodds Bomfim, Victor Grabois,
Carlos Eduardo Aguilera Campos e Else Bartholdy Gribel¹*

Neste texto discutiremos a organização da atenção como um importante aspecto para a gestão em saúde. A maneira pela qual as sociedades organizam os modos de operar a saúde é função de diversos fatores, entre eles as bases estruturantes de seu sistema de proteção social. Agora, você, gestor, entrará em outro campo fundamental para o conhecimento dessas formas de organizar e operar as ações e os serviços de saúde. Para tanto o convidamos a percorrer conosco os caminhos que nos levam a identificar as necessidades em saúde, com base nas características de uma população em um dado território e, a partir dessa discussão, pensar sobre a oferta em saúde como algo integral que se relacione com a totalidade do sujeito.

O olhar voltado para a atenção integral é que nos orientou a estruturar este texto, sendo o seu eixo organizativo os princípios da atenção primária ou básica de saúde, entendida como atenção essencial às diferentes necessidades. A essa abordagem somam-se os esforços de aproximação junto aos processos e a dinâmica da gestão da saúde, que interferem na organização das ações e nos serviços de saúde. Dessa forma, iremos discutir princípios organizativos da atenção à saúde com base nos modelos vigentes, no diálogo com a lógica de estruturação do cuidado em saúde.

¹ Roberta Gondim e Regina Lúcia Dodds Bomfim são autoras do texto “Atenção integral, necessidades de saúde e linhas de cuidado como diretrizes de organização da oferta em saúde”, constante deste texto. Victor Grabois, Carlos Eduardo Aguilera Campos e Else Bartholdy Gribel são autores do texto “Atenção primária como eixo estruturante da atenção à saúde”, que também integra este texto.

Portanto, nesse texto, serão aprofundados os conhecimentos acerca dos marcos, conceitos e forma de estruturação da atenção à saúde com foco na atenção primária, entendida como eixo estruturante do modelo de atenção à saúde.

Atenção integral, necessidades de saúde e linhas de cuidado como diretrizes da oferta em saúde

A atenção integral, como diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), está contemplada desde a Constituição Cidadã de 1988. Segundo Mattos (2001), a atenção integral se configura como uma “imagem-objetivo”, isto é, a meta a ser alcançada e que, portanto, dá direcionalidade à ação e, como tal, aponta a direção de algumas das transformações necessárias para termos o SUS que queremos. Apesar de estar presente nos marcos da reforma sanitária e, conseqüentemente, nas diretrizes do SUS, a implantação da atenção integral se depara com entraves decorrentes das heranças de um dado modelo de formação e de práticas profissionais, assim como da estruturação da atenção à saúde.

Na política de atenção convivem diferentes marcos organizativos, entre eles a estruturação em níveis de complexidade, a saber: atenção primária ou atenção básica, e atenção de média e de alta complexidade. Essa forma de organização, que se reflete na oferta de serviços segundo a hierarquização de três níveis de atenção, teve como um de seus pressupostos, desde a medicina previdenciária, a efetivação das ações de saúde focadas em agravos e, em algumas situações, para recortes populacionais, não levando em conta o marco da atenção integral. Percebe-se então, entre outros fenômenos, a fragmentação da atenção, a baixa resolutividade dos primeiros níveis de atenção e a dificuldade de acesso aos níveis de maior complexidade. A estruturação da assistência à saúde em especialidades e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, efetivada por meio de procedimentos de média e de alta complexidade, possibilita a ocorrência de estrangulamentos na rede de serviços de saúde.

Experiências internacionais vêm consolidando um modelo de atenção à saúde no qual a atenção primária torna-se, progressivamente, um complexo assistencial que envolve novas práticas profissionais, tecnologias e arranjos organizativos capazes de propiciar diagnósticos precoces, atenção de qualidade e identificação de riscos individuais e coletivos, ambientais ou sanitários, apesar da complexificação das situações de risco.

A atenção primária ou atenção básica constitui-se no primeiro ponto de atenção à saúde e tem, como um de seus objetivos, o alcance de certo grau de resolução de problemas, que possa, além de prevenir, evitar a evolução de agravos, com vistas à redução de situações mórbidas que demandem ações de maior complexidade.

Como será mais bem discutida a seguir, a atenção básica deve ser capaz de diagnosticar, o mais precocemente possível, situações de risco que venham a ultrapassar sua capacidade de resolução, e promovam acesso ágil aos atendimentos mais complexos, na busca da otimização da assistência, da melhoria do cuidado e da redução dos gastos, estabelecendo uma continuidade da atenção à saúde.

Compreender a organização do sistema de saúde sob essa ótica representa reconhecer a atenção primária como eixo ordenador de um modelo de atenção à saúde construído na perspectiva da atenção integral.

Sistemas nacionais de saúde fundamentados em princípios como o da atenção integral devem manter como base de orientação de suas agendas de prioridade, de seus processos de planejamento, das práticas de saúde e da qualificação do trabalhador, elementos tais como os condicionantes históricos, culturais, econômicos e sociais que conformam uma vastíssima gama daquilo que se costuma chamar de necessidades em saúde.

Necessidades de saúde

A complexidade dos conceitos de necessidade e as muitas discussões que suscitam não serão esgotadas neste texto, uma vez que um dos seus objetivos é trazer a você, gestor de saúde, o entendimento de que, para a oferta de ações de saúde ser de qualidade e efetivamente resolutive, há de se partir daquilo que a população realmente necessita.

Uma **taxonomia** bastante rica e apropriada aos nossos objetivos nos é fornecida por Cecílio (2001), que trabalha com quatro grandes conjuntos de conceitos.

O primeiro se fundamenta nas contribuições de Stotz (1991), relacionando os fatores ambientais e os lugares que os sujeitos ocupam na vida social (espaço de trabalho, habitação, hábitos pessoais etc.) na tradução de necessidades de saúde. O olhar do gestor e suas análises sobre os fatores não podem estar descolados do contexto social no qual o usuário (sujeito) está imerso, pois é daí que se depreendem os elementos determinantes e explicativos de necessidades.

Taxonomia é a ciência da classificação. Palavra de origem grega, inicialmente utilizada pela biologia, é bastante empregada nos dias atuais como sistema de classificação de conceitos.



Para melhor conhecer essa importante abordagem acerca de tecnologia em saúde, sugerimos a leitura do artigo: “A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência”, de Emerson Merhy (1998), no livro *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*, ou no endereço <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-10.pdf>

O segundo trabalha com a ideia de que “o valor de uso que assume cada tecnologia de saúde é sempre definido a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento que vive” (CECÍLIO, 2001, p. 115). Com esse pressuposto, fica claro que não devemos nos deixar levar pela falsa crença de que ações de saúde com qualidade, que possam resolver os problemas de saúde, são somente aquelas dotadas de alta tecnologia presentes nos processos diagnósticos e terapêuticos.

O conhecimento do profissional de saúde sobre a observação de um dado fenômeno de caráter individual ou coletivo e sua capacidade de orientação e intervenção são tecnologias valiosas, desde que aplicadas de maneira compatível com a necessidade. O valor de uma tecnologia é dado pela sua necessidade e pelo bom uso dela, que não está posto *a priori*, mas se dá apenas quando de sua adequada utilização.

Esse pressuposto pode ser exemplificado pela atuação de um médico da equipe de Saúde da Família capaz de diagnosticar e traçar um bom esquema terapêutico para um paciente/usuário com diabetes *mellitus* grave, que vá desde a escuta atenta a problemas de ordem familiar que se colocam em face da gravidade da doença, até encaminhar, de forma ágil e precisa para centros de atenção mais específicos, para o início de terapia renal substitutiva ou a indicação de exames cardiológicos mais complexos.

O terceiro grupo de necessidades corresponde ao estabelecimento de vínculos de confiança entre o usuário e o profissional de saúde, no qual esteja presente uma “relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades” (CECÍLIO, 2001, p. 115). A atenção dada ao aspecto relacional existente entre o usuário e o profissional que o acolhe é a base desse terceiro aspecto.

Por último, Cecílio (2001) aborda a questão da necessidade de autonomia do sujeito (usuário) no que chama de modo de levar a vida.

A autonomia implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida, e esta ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível.

No Quadro 1, podemos ver o esforço de construção da taxonomia de necessidade proposta pelo autor, fornecendo bases para o entendimento das necessidades em saúde como dimensão de fundamental importância na oferta e organização das ações e serviços de saúde.

Quadro 1 – Taxonomia de necessidades de saúde

Necessidades de saúde	Abordagem de diferentes autores e/ou “escolas” e/ou modelos de atenção
Necessidade de boas condições de vida	• No funcionalismo-humanista de San Martín. • Por autores marxistas como Berlinguer (“doença como expressão de forças produtivas que agem sobre a sociedade”), Franco (“a saúde como conjunto de possibilidades de vida”) e mesmo Castellanos (“A reprodução humana implica a reprodução da vida”). • Tais concepções estão operacionalizadas em modelos tecno-assistenciais, como “Cidade Saudável” e Sistemas Locais de Saúde (Silos). • Fazem parte do discurso clássico da saúde pública e das organizações como Organização Mundial da Saúde (Saúde para todos no ano 2000).
Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida	• Temas desenvolvidos nas clássicas taxonomias de saúde propostas por Bradshaw e Pineault. • Inclui a concepção de ação programática tal e qual apresentada por Dalmaso, Neme e Schraiber. • Inclui a concepção de necessidade individual tal e qual apresentada por Sousa Campos.
Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)	• Incorpora as ideias difundidas por Sousa Campos e Merhy, no “modelo” Lapa, baseados em uma “recuperação” do vínculo existente na clínica. • Incorpora ideias que têm sido de Saúde da Família trabalhadas no Programa Saúde da Família (PSF), tais e quais as elaboradas pelo Ministério da Saúde e adaptadas a várias experiências conduzidas em muitos municípios brasileiros.
Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito)	• Incorpora as ideias defendidas por Merhy e Sousa Campos, com base nas ideias de Canguilhem: “os modos de andar a vida”. • Incorpora ideias do pensamento crítico em educação em saúde.

Fonte: Cecílio; Matsmoto (2006).

As necessidades de saúde podem ser traduzidas e percebidas pelos profissionais como a demanda, manifestada pelos usuários, por ações e serviços de saúde. As demandas por cuidados de saúde são socialmente construídas e fazem parte do imaginário social. Lacerda e Valla (2005, p. 285) apontam que

traduzir as necessidades e demandas – ou seja, dar voz aos sujeitos – pode ser uma das estratégias para se organizar as práticas de integralidade em saúde nos serviços públicos. Isso significa que a ação dos sujeitos na busca de melhorias e enfrentamento dos problemas individuais e coletivos merece uma atenção especial por parte dos profissionais e gestores.

Dar voz aos sujeitos significa entrar em contato com elementos da realidade e das condições de vida e de saúde daquele que enuncia o problema; os aspectos dessa realidade, quando ouvidos e acolhidos pelos profissionais, podem servir para reorientar as práticas de saúde, no sentido de adequá-las melhor ao contexto social daqueles que têm no sistema de saúde seu espaço de resolução. Reforçando ainda mais, Camargo Junior (2005) considera a ideia de demanda resultante de um “processo de negociação, culturalmente mediado, entre atores representantes de diversos saberes e experiências”.

Contudo, deve-se estar atento para a crescente incorporação tecnológica no setor saúde, aliada aos interesses de um conjunto de instituições e atores que o compõem, no sentido de ampliar o consumo de novas técnicas, pois têm gerado efeitos tais como a criação de demandas questionáveis quanto à legitimidade de sua necessidade. Essa é uma realidade frequentemente vivida pelos profissionais e gestores no cotidiano das práticas e tomada de decisões. Mattos (2005, p. 41) pondera que

as estratégias de elevar o consumo de bens e serviços de saúde para além do indicado pelo conhecimento científico não se limitam às pressões em torno da incorporação das tecnologias. Elas atuam também no sentido de suscitar práticas de saúde nas quais os profissionais não levam em conta evidências científicas no momento de indicar o uso de certa tecnologia.

A importância de trazer esse debate para o universo da gestão está ancorada na certeza de que o marco da necessidade em saúde deve estar presente em todas as funções gestoras, quando se pensa em atenção integral, seja no planejamento e nas estratégias de implantação das ações, nas escolhas de prioridades, no cotidiano das práticas das equipes de saúde e, finalmente, na concepção de políticas adequadas à realidade local/regional.

Com o advento da taxonomia de necessidades de saúde trabalhada e das discussões acerca da atenção integral, percebe-se a existência de importantes e indissociáveis atores no contínuo processo de construção do SUS, quais sejam: profissionais de saúde, gestores e cidadãos. É por meio do diálogo entre esses atores que se torna possível a organização de um sistema de saúde capaz de dar respostas à população.

Linhas de cuidado

Considera-se que o modelo organizacional mais adequado para o atendimento dos problemas de saúde da população deve ser aquele promotor de equidade e da integralidade da atenção. Dentre as várias estratégias a serem adotadas para esse fim, devem estar desenhados os

O acesso de um usuário pode se dar também em uma Porta de Urgência ou em uma internação por motivos ou agravos diversos.

percursos assistenciais realizados pelo maior número de pessoas, decorrentes de situações de saúde semelhantes, conformando o que se chamou de “linhas de cuidado”, construídas, preferencialmente, com base na atenção básica. A concepção de linhas de cuidado deve representar, necessariamente, um *continuum* assistencial composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, e pressupõe um conjunto de ações orientadas pelas necessidades de saúde voltadas para:

- segmentos populacionais – indígenas, quilombolas, entre outros;
- ciclos de vida – criança, adolescente, idoso, entre outros;
- gênero – saúde da mulher, saúde do homem, entre outros;
- agravos – tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outros; ou
- eventos – gestação, entre outros.

A implementação de linhas de cuidado pretende colaborar com a organização da atenção à saúde, gerando o estabelecimento dos fluxos entre os pontos de atenção à saúde, ou seja, todos os espaços onde se produz atenção à saúde, podendo ter estrutura física, como hospitais, centros de diagnose, postos de saúde, assim como equipe de Saúde da Família e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da família (Nasf), entre outros, imprimindo esforços no sentido de evitar a fragmentação do cuidado e apoiando mudanças na percepção de necessidades em saúde. Essa organização pressupõe o estabelecimento de “percursos ou trajetórias assistenciais” representados pela definição de diretrizes clínicas voltadas ao atendimento dos problemas de saúde. Sua concretização se dá por meio de arranjos organizacionais, tendo na constituição de equipes de referência e de apoio matricial o seu eixo estruturante. É fundamental que haja o funcionamento articulado das equipes de saúde, objetivando uma visão mais abrangente do indivíduo e caracterizando um espaço coletivo e não hierarquizado de desenvolvimento de ações de saúde.

Com a conformação de linhas de cuidado, portanto, é possível a definição da programação local de saúde, descrita nas diretrizes clínicas estabelecidas de acordo com prioridades, tomando por base a identificação de necessidades de saúde.

As diretrizes clínicas eram anteriormente identificadas como protocolos assistenciais ou protocolos clínicos, fruto dos consensos de especialistas.

Com base no que foi discutido, entende-se que o gestor, além de ser o responsável pela viabilização do cuidado coletivo de um dado território, não pode perder de vista a especificidade dos sujeitos que o compõem.



Se você quiser conhecer o teor integral do relatório anual da OMS – *Primary HealthCare-Now More Than Ever* –, acesse o site: http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1 (versão em português).

Atenção primária como eixo estruturante da atenção à saúde

Vamos analisar alguns aspectos relacionados à gestão do cuidado na atenção primária à saúde (APS), também chamada de atenção básica (AB). Para fins deste texto, serão considerados sinônimos esses termos, nominados com a sigla APS/AB. Este campo foi estruturado, ao longo da história, como parte essencial das políticas de saúde de inúmeros países, especialmente após a Conferência de Alma-Ata, em 1978 (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1979). Atualmente a APS/AB ganhou novo impulso com a renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008). A APS/AB é considerada eixo estratégico para a estruturação de sistemas de saúde universais, resolutivos e com melhores níveis de equidade, efetividade e eficiência. Neste momento, o Brasil alcança reconhecimento internacional pela implantação da bem-sucedida Estratégia Saúde da Família (ESF).

A atenção básica de saúde como eixo estruturante do sistema de saúde

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

Ainda segundo esse documento, existiria tensão entre uma concepção mais restritiva de atenção primária (focalizada em populações mais vulneráveis e utilizando tecnologias de baixo custo) e uma concepção mais abrangente, fazendo parte de um sistema integrado de cuidados e do desenvolvimento econômico-social.

Para Starfield (2002), a atenção primária em saúde, ainda que se constitua como um primeiro nível de atenção, tem um papel de organização e integração das redes de atenção à saúde e de promoção, prevenção e recuperação da saúde, garantindo a coordenação e a continuidade do cuidado. Ainda segundo a autora, são consideradas atribuições da atenção primária:

- a garantia de acesso;
- a porta de entrada;
- a longitudinalidade (assegurando o vínculo);
- o elenco integral de serviços;
- a coordenação de serviços; e
- o enfoque familiar e a orientação da comunidade.

No Brasil, a rede de atenção básica tem origem no fim da década de 1920, com a abertura de centros de saúde planejados para atuar em base territorial, a fim de promover as medidas de saúde pública destinadas ao controle de doenças, com ações sistemáticas no domicílio e na comunidade. Essas iniciativas foram fruto das experiências difundidas nos EUA, com destaque para o trabalho das enfermeiras visitadoras ou de saúde pública.

O termo “*primary care*” (atenção primária) foi introduzido pela primeira vez em 1961 por White, e apontou para a necessidade da atuação de médicos generalistas na era da especialização.

Contribuíram ainda para a ampliação do conceito de atenção primária e, por conseguinte, para a ampliação do papel das equipes de APS dois movimentos históricos: a reformulação do sistema de saúde canadense, implantado com base no *Informe Lalonde* (LALONDE, 1974), e as discussões de representantes de vários países no âmbito da Organização Mundial da Saúde, gerando o movimento da APS, que culminou com a realização da Conferência de Alma-Ata, em 1978 (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1979).

Segundo o documento de Conill e Fausto (2007), voltado à integração da APS, as estratégias para essa integração nas últimas décadas se estruturaram em três eixos: (1) aumento do poder da APS diante de outros níveis de atenção por meio da coordenação ou da compra de serviços; (2) aumento do rol de atividades pela transferência de funções; e (3) mudanças nas condições para exercício desse novo papel (formação, sistemas de informação). Segundo o documento, as iniciativas empreendidas

no âmbito dessas estratégias que demonstraram maior efetividade foram: aumento da capacidade de resolução do médico generalista (maior acesso a exames e a outros profissionais, como os da fisioterapia), difusão de diretrizes acompanhadas de atividades educativas com especialistas, e formulários estruturados para a referência dos problemas mais importantes.

Até a Constituição de 1988, houve no Brasil a ênfase em dois modelos dicotomizados: um voltado exclusivamente para “recuperar a saúde de indivíduos doentes”, conhecido como modelo hospitalar; e o segundo, um conjunto de estratégias de controle de doenças e fatores de risco organizados em programas verticais e centralizados, que ficou conhecido como modelo sanitarista.

A força desses dois modelos manteve-se e ainda se mantém, apesar de inequívocas evidências de que a modificação dos padrões de carga de doença demanda a estruturação de redes de atenção voltadas principalmente ao atendimento/prevenção/promoção de agravos de natureza crônica (MENDES, 2008). O modelo hospitalar serve aos agravos de natureza aguda; por outro lado, os modelos verticalizados não dão conta das diversidades apresentadas pelos territórios sanitários e por suas populações adscritas.

A criação do SUS, em 1988, e a progressiva descentralização de recursos para os municípios a partir de 1990 favoreceram o surgimento de iniciativas de caráter alternativo, que visavam novos modelos de atenção, com foco na atenção primária (FAUSTO; MATTÁ, 2007). Ainda segundo os autores, após a NOB SUS 01/96, a atenção primária à saúde ganha destaque na política nacional de saúde. A NOB SUS 01/96 instituiu o piso da atenção básica (PAB), garantindo um repasse específico aos municípios por meio do Fundo Municipal de Saúde, calculado em uma base *per capita*, acrescido de um valor variável, para o incentivo a programas estratégicos.

Dois desses programas estratégicos se iniciam na primeira metade da década de 1990: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o Programa de Saúde da Família (PSF), respectivamente em 1991 e 1994. Esses programas, segundo Fausto e Matta (2007), surgem como iniciativas focalizadas (populações mais vulneráveis) no sentido de enfrentar elevados índices de morbimortalidade infantil e de epidemias em algumas regiões do Brasil, ao mesmo tempo em que canalizavam recursos para que municípios mais pobres pudessem iniciar algum processo de organização de seus sistemas e redes de saúde. A característica vertical desses programas também reduzia seus possíveis impactos para a construção de redes de saúde naqueles municípios.

Segundo Mattos (2002 apud FAUSTO; MATTA, 2007), a história do PSF poderia ser dividida em duas etapas: uma focada no aumento da cobertura do acesso aos serviços de saúde e a outra como estratégia de transformação do modelo assistencial, superando práticas tradicionais e pouco efetivas.

A modificação do financiamento das equipes de Saúde da Família a partir de 1999, introduzindo a noção de cobertura populacional como parâmetro para o repasse de recursos, o aumento significativo do volume de recursos para esta estratégia e a utilização de **indicadores** de avaliação da atenção básica (Portaria MS n. 648, de 2006) fortalecem progressivamente a atuação das ESF no sentido de uma reorientação do modelo assistencial.

Indicadores, na área da saúde, são “instrumentos projetados e utilizados para avaliar a consecução de objetivos e metas; variáveis que permitem quantificar os resultados de ações, obter uma quantificação inicial para termos de avaliação no momento ou comparação posterior” (MALETTA, 2000). Os indicadores são “medidas-síntese” que contêm informação relevante sobre dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde.

A descentralização de recursos, após a NOB SUS 01/96, e a transferência desses programas para a área central do Ministério da Saúde (Secretaria de Atenção à Saúde) criaram as condições possíveis para que o Programa de Saúde da Família fosse desenvolvido como uma estratégia concreta para a reordenação do sistema de saúde, fortalecendo a capacidade resolutiva da atenção básica como nível de atenção e seu papel integrador e organizador do SUS.

Segundo a portaria do MS que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), esta tem um sentido o mais abrangente possível, sendo, acima de tudo, área norteadora tanto de princípios doutrinários quanto da proposta técnico-operacional de reorganização, ordenação e do modo de atuar em saúde no SUS. Essa política tem ainda a responsabilidade de ser o campo privilegiado para a prática das ações interseoriais e de lançar as bases para uma sociedade saudável, democrática e participativa.

Política Nacional de Atenção Básica **Dos Princípios e Diretrizes Gerais da Atenção Básica**

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado ►

complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, e tem como fundamentos e diretrizes:

I - Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade.

II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.

O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.

III - Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser

referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado.

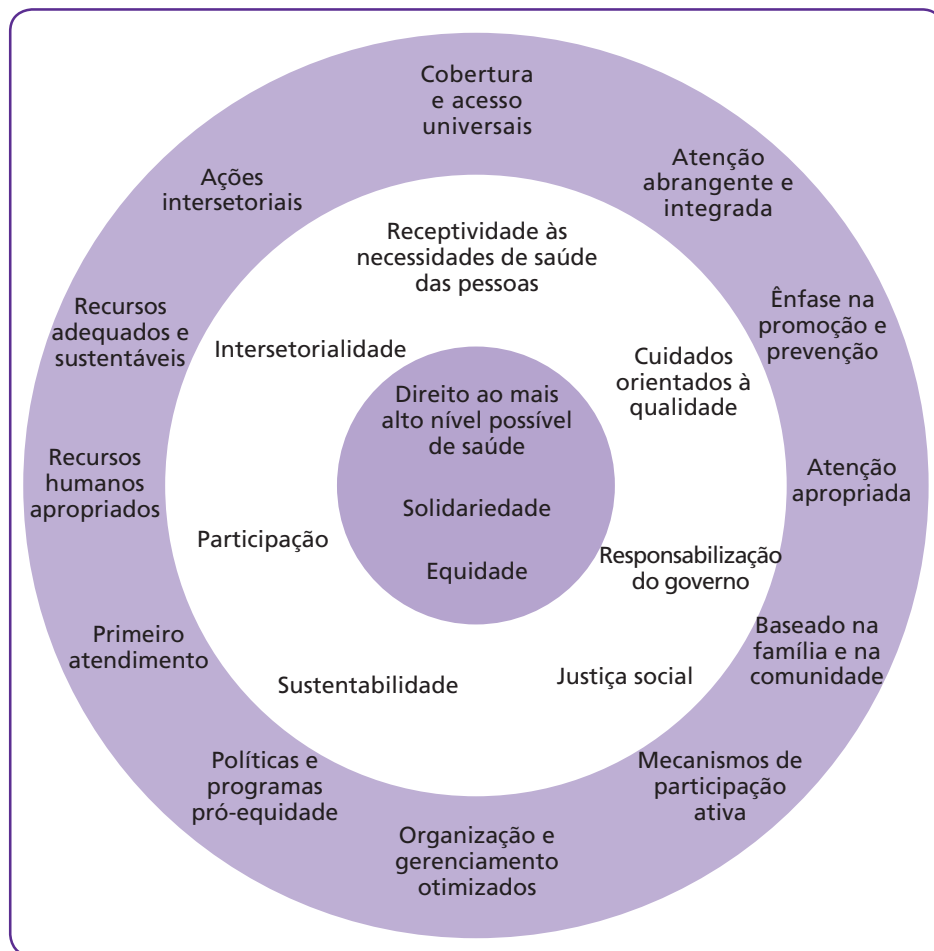
IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a esses fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado deste é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos atenção básica e atenção primária à saúde nas atuais concepções equivalentes. Associa a ambos os princípios e as diretrizes definidos neste documento. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais e regionais.

Fonte: Brasil (2011).

A Figura 1 apresenta uma visão integrada dos valores, princípios e elementos centrais que estruturam um sistema de saúde desenhado com base na APS, oferecendo aos países e profissionais de saúde uma referência para comparações e análises de seus sistemas de saúde.

Figura 1 – Valores, princípios e elementos centrais em um sistema de saúde com base na APS



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde (2005).

A Estratégia Saúde da Família como expressão de um novo papel para a atenção básica no SUS

A prioridade em fortalecer a Estratégia Saúde da Família (ESF) como espaço privilegiado de práticas integrais em saúde permite que antigos modelos sejam superados, construindo-se alternativas de ação de maneira a “promover a saúde, prevenir os riscos e recuperar a saúde de pessoas e de grupos populacionais a partir da realidade local” (BRASIL, 2011).

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

Atribuições da ESF

1. Conhecer a realidade das famílias (socioeconômica, psicocultural, demográfica, epidemiológica).
2. Identificar problemas de saúde e situações de risco.
3. Apoiar a elaboração de planos locais de saúde.
4. Valorizar o vínculo, a responsabilização, a continuidade, a relação de confiança.
5. Realizar ações de vigilância à saúde.
6. Desenvolver ações programáticas: tuberculose, hanseníase, DST/Aids, doenças crônicas, relacionadas ao trabalho e ao meio ambiente.
7. Resolver a maior parte dos problemas e garantir a referência.
8. Prestar assistência integral e promover a saúde por meio da educação para a saúde.
9. Desenvolver a autoestima, a troca de experiências, o apoio mútuo e o autocuidado.
10. Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações para a melhoria da qualidade de vida e do meio ambiente.
11. Incentivar a formação e a participação nos conselhos de saúde.

Olhares e práticas sobre a família e a comunidade

Os marcos estruturantes da Estratégia Saúde da Família são lançados pelo Ministério da Saúde (MS) a partir de 1993, após as experiências bem-sucedidas do trabalho das agentes comunitárias de saúde. Buscou-se resgatar princípios importantes para a atenção primária à saúde, alguns dos quais já tinham sido testados com sucesso nas décadas anteriores no país, nos primórdios da implantação dos centros de saúde. As experiências municipais da década de 1980, inspiradas na Declaração de Alma-Ata, suscitaram as mudanças no bojo da estruturação do SUS. A criação de sistemas locais de saúde com base no enfoque epidemiológico, no acesso e na equidade da atenção e na territorialização, com a participação da comunidade, formou o arcabouço

conceitual a estruturar esse novo modelo de atenção. A preocupação em manter o vínculo e a proximidade de equipes e usuários, com foco na família e na comunidade, completou essa nova proposta.

Os profissionais de saúde, de maneira geral, e os membros da ESF, em particular, são capacitados para a identificação de doenças e fatores de risco individuais e coletivos (epidemiológico-sanitário-ambiental). Utilizam para tal os campos de conhecimento da clínica e da vigilância à saúde. Essas ferramentas são, sem dúvida, imprescindíveis para a prevenção (controle de riscos) e o controle de danos (assistência).

Existem muitas dificuldades para lidar com a dinâmica familiar e comunitária, com os problemas que surgem em função dessas categorias de análise e suas intervenções correspondentes. Esses temas estão muito mais afetos às áreas de psicologia e assistência social; daí a necessidade de incorporação desse conhecimento na atuação ligada à APS/AB. Trabalha-se muitas vezes por suposições ou empirismo, como se fosse possível e bastasse a própria experiência pessoal a orientar a prática cotidiana nessas áreas (MARSIGLIA, 2008).

De fato, os profissionais de saúde são muito criticados por não terem uma visão mais problematizadora sobre as questões ligadas à família e à comunidade. Mas não há, da parte deles, as ferramentas necessárias para essa atuação. Geralmente se trabalha com visões preconcebidas sobre o que vem a ser a família ou a comunidade.

Outro aspecto refere-se aos processos educacionais. Estes são apreendidos na formação de cada profissional, que busca, em sua prática, reproduzir o que vivenciou como aluno.

Dessa forma, assim como não estão preparados para trabalhar com dinâmicas familiares e comunitárias, também não sabem como lançar mão de processos educativos alternativos em saúde, processos que possam valorizar o seu papel na discussão e reflexão sobre os comportamentos saudáveis e os autocuidados em saúde.

Assim se fez necessária a reorganização do processo de trabalho, com base na substituição do modo de atuar dos profissionais de saúde: o foco do cuidado na doença passa a ter nova orientação, o cuidado pautado na integralidade das ações atuando nos campos de promoção, prevenção, assistência e reabilitação.

A centralidade do cuidado passa a ser a família e a comunidade, e não mais o indivíduo. Propõem-se ações territorializadas, fundamentadas no reconhecimento dos determinantes do processo saúde-doença de

grupos populacionais concretos, referidos às equipes locais e permanentes, com dedicação exclusiva a essas tarefas. Assim surge a proposta da equipe de Saúde da Família, com características multiprofissionais mas sem um número excessivo de profissionais a diluir e fragmentar funções e responsabilidades.

A estratégia de atuação prevê ações diferenciadas na comunidade, como a visita domiciliar, a educação em saúde e as ações intersetoriais visando a promoção da saúde, além das já consolidadas ações programáticas de prevenção e assistência. O desafio é conscientizar sobre o novo papel dos profissionais nas práticas em saúde da família, nas quais devem assumir um papel de liderança, motivando a comunidade a ser protagonista de seu próprio destino. Assim contribuem para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das famílias na sua área de abrangência.

Diversos trabalhos recentes têm demonstrado o impacto no modelo de atenção com base na reorientação estratégica da Saúde da Família, tais como a capacidade de tomada de decisões, a qualificação das equipes técnicas, a capacidade de articulação externa, a opção pela efetiva substituição dos componentes estruturais e ideológicos dos antigos regimes de práticas, o desenvolvimento de inovações assistenciais e gerenciais (GOULART, 2007). O modelo tem experimentado também aperfeiçoamentos, como a inclusão de equipes de saúde oral e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Os benefícios na melhoria das condições de vida e na saúde dos sujeitos sociais são comprovados, por exemplo, com estudos que demonstram a melhoria da cobertura das ações da atenção básica para um conjunto importante da população antes desassistida, e a redução de mortes atribuíveis à falta de assistência à saúde (ABREU; CESAR; FRANÇA, 2007).

A abordagem dos indivíduos em suas diversas dimensões de sofrimento biológico e psicossocial com foco na preservação da sua segurança e de sua qualidade de vida leva em consideração os problemas de saúde em suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial. Algumas experiências de outros países também podem ajudar a concretizar uma abordagem mais ampliada de nossos usuários no âmbito da Saúde da Família.

Os Cs da medicina familiar

Por ser o berço dos modernos cuidados primários de saúde, o Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra nos serve de referência técnica e científica em muitas situações. O professor Ian McWhinney (1997) tem papel de destaque, com o seu já clássico *Manual de medicina familiar*.

Ainda que o texto seja dirigido a médicos, nele estão descritos os princípios que podem nortear o trabalho dos inúmeros profissionais que atuam nessa área. Esses princípios são ainda muito atuais e podem ser perfeitamente transpostos para identificar as questões principais envolvidas no atendimento da APS/AB em nosso meio. Analisemos agora os princípios ou Cs da medicina familiar.

Comprehensiveness

Esta é a única palavra inglesa começada com “C” que não tem a correspondente traduzida em português também iniciada com “C”. Como já foi destacado aqui, a integralidade é praticada principalmente no âmbito da APS/AB e em articulação com os demais níveis do sistema de saúde. Quando analisada em termos de resolutividade, podemos afirmar que grande parte da responsabilidade pelo cuidado integral, isto é, não só as ações de promoção e prevenção, mas também a assistência, a reabilitação e os cuidados paliativos, também está nesse nível de atenção. Intervir sobre o processo de adoecimento, particularmente nas doenças comuns, crônicas e aquelas com risco de sérias complicações ou consequências para a vida; identificar as oportunidades, métodos e limites da prevenção; e estabelecer o diagnóstico precoce e as condutas apropriadas fazem parte do cuidado na APS/AB. O desenho do cuidado na APS/AB deve incluir e integrar fatores físicos, psicológicos e sociais, o que se expressará na forma como ele se realiza.

Continuidade

A equipe da APS/AB presta cuidados personalizados e continuados a indivíduos, famílias e a uma determinada comunidade, independentemente de idade, sexo ou condição. A permanência do vínculo entre a equipe e os indivíduos, famílias e comunidade permite a compreensão melhor dos fatores determinantes, de risco e de ordem psicossocial envolvidos nos problemas de saúde. Só acolhemos, nos vinculamos e nos responsabilizamos por aqueles que conhecemos. O contato prolongado com a comunidade permite repetidas oportunidades para colher informações, aumentando a compreensão sobre a saúde dos indivíduos.

Contexto

As equipes de saúde devem vivenciar os contextos dos indivíduos e das famílias que são objeto de sua atenção. A delimitação territorial de sua atuação permite um olhar privilegiado sobre territórios-processos sociais específicos. A observação atenta dos cenários existentes permite inferir relações entre fatores condicionantes do estado de saúde-doença-saúde e melhor entendimento das relações familiares e suas

ligações com os problemas de saúde. Compreender como estes se apresentam, se alteram e evoluem, assim como a sua influência sobre as dinâmicas familiares e comunitárias, só é possível se as equipes se inserem e analisam o contexto em que os grupos vivem. A compreensão das circunstâncias sociais e ambientais é importante para o sucesso das ações de educação e vigilância.

Comunidade

Atuar na comunidade significa melhorar a capacidade de distinguir os melhores momentos para nela intervir por meio de estratégias de prevenção, educação e promoção, de acordo com os fatos lá vivenciados, reconhecendo que há uma responsabilidade profissional para com ela e que a presença da equipe na vida comunitária faz parte desse compromisso. A inserção comunitária é um dos princípios mais importantes da APS/AB, pois permite, além de fortalecer laços e participação, entender a prevalência de problemas de saúde e contar com a adesão de todos para as ameaças à saúde e as ações propostas.

Colaboração

É essencial construir uma relação de confiança, em que os profissionais da APS/AB exercem um constante diálogo, de forma a contribuir com os saberes e práticas profissionais, sempre respeitando as visões e concepções dos indivíduos e famílias, a fim de buscar novos patamares de vida saudável e enfrentamento de problemas. É preciso ter capacidade para estabelecer empatia, consensos e acordos, desenvolvendo a compreensão mútua, com conhecimento e uso apropriado de várias formas de intervenção disponíveis sem imposições, para ajudar os pacientes a tomar as decisões mais apropriadas com base no balanço entre ganhos e perdas. A presença do profissional de APS/AB atuando de forma compreensiva e solidária pode se tornar uma atividade terapêutica fundamental.

Compaixão

Os sentimentos e emoções devem estar presentes nos relacionamentos do dia a dia da equipe. Nesse sentido, estar solidário com os sofrimentos e expectativas das famílias é parte da tarefa da “humanização do cuidado”. Em lugar da lógica individualista da felicidade privada, a APS/AB é um espaço de construção de conjuntos, da paixão pelo comum, o que significa eleger a construção da liberdade e da alegria de estar junto, adotar a afetividade e a (com)paixão. Ajudar a sofrer, ajudar a andar a vida são papéis tão importantes quanto qualquer outro tipo ou projeto de cuidado.

Compromisso

Tornar humano o cuidado é uma forma de dizer que as equipes de APS/AB têm compromisso com as expectativas dos indivíduos perante seus problemas e como poderiam se beneficiar com a utilização dos serviços de saúde. O limite entre um atendimento resolutivo ou não pode estar no simples fato de haver um compromisso para além dos atos técnicos. Os serviços de APS/AB devem funcionar obedecendo à lógica dos usuários, e não atendendo às conveniências dos profissionais, com compreensão à ética profissional e à sua importância para o paciente, assumindo a gestão contínua dos problemas dos seus usuários em quaisquer condições de saúde, sejam agudas, crônicas, recorrentes ou terminais. É positivo consultar os indivíduos e as comunidades acerca de decisões importantes, como horários de atendimento, acesso a serviços e exames, onde buscar ajuda e informação, o que fazer em casos de urgência e necessidade, e dar retorno das medidas tomadas; todos esses são exemplos de compromisso.

Consientização

Reconhecer o paciente como um indivíduo único, com suas características, pode contribuir para modificar as maneiras como se obtém informação. É válido compreender como o indivíduo cria suas próprias explicações (como ele estrutura hipóteses) acerca da natureza dos seus problemas e de como eles devem ser manejados, constituindo processos em que os sujeitos tenham como premissa o direito à sua liberação para serem mais. Uma postura como a preconizada por Paulo Freire (1996): “quem ensina aprende ao ensinar, quem aprende ensina ao aprender”.

A Estratégia Saúde da Família e a promoção da saúde

Um dos principais desafios das políticas sociais em todo o mundo é a constituição de agendas que, por meio de intervenções sociais organizadas e de políticas públicas intersetoriais, visem modificar determinantes socioambientais de doenças e agravos à base das necessidades de saúde da população. Fica claro que essa atuação não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e de seus profissionais.

O termo “promoção da saúde” está historicamente ligado a transformações dos comportamentos dos indivíduos. Entretanto, atualmente se caracteriza como o processo que leva indivíduos e comunidades a ampliar o controle sobre os determinantes de saúde e, por conseguinte, obter melhoria de sua saúde. Esse processo passa a representar um

conceito unificador para quem reconhece a necessidade de mudança nos modos e nas condições de vida. Inclui, portanto, aspectos como alimentação e nutrição, habitação e saneamento, trabalho e educação e ambiente físico e social em que vivem as coletividades, que resultam em maior ou menor qualidade de vida (BUSS, 2000).

As equipes de Saúde da Família podem contribuir com a tarefa da promoção da saúde:

- produzindo e disponibilizando o conhecimento a respeito dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença-saúde;
- construindo em conjunto com a comunidade as agendas sociais saudáveis;
- apontando formas de organização social e comunitária que garantam melhor qualidade de vida.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria n. 687/2006 SAS/MS) propõe um olhar voltado à promoção da saúde que integre as ações e serviços relacionados ao adoecer e aquelas relacionadas às condições de vida e às escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades:

Propõe-se então que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação das escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território em que vivem e trabalham (BRASIL, 2006, p. 7).

Apesar da amplitude de temas e agendas que possam ser propostos e construídos nesse campo, o Ministério da Saúde elegeu as seguintes prioridades:

- alimentação saudável;
- prática corporal/atividades físicas;
- prevenção e controle do tabagismo;
- redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito;
- promoção do desenvolvimento sustentável.

Referências

- ABRAMOVAY, M. et al. *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas*. Brasília, DF: Unesco: BID, 2002. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127138por.pdf>>. Acesso em: jun. 2009.
- ABREU D. M. X.; CÉSAR C. C.; FRANÇA E. B. Relação entre as causas de morte evitáveis por atenção à saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, DC, v. 21, n. 5, p. 282–291, 2007.
- BOMFIM, R. L. *Agenda única de saúde: a busca do acesso universal e a garantia do direito à saúde*. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, UERJ, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 mar. 2006. Seção 1, p. 138.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 nov. 2014. Seção 1, p. 68.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 2012. Seção 1, p. 223.
- BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- BUSS, P.; FERREIRA, J. R. *Promoção da saúde e a saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc: Uerj: Abrasco, 2005. p. 91-104.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS: Abrasco, 2001.
- CECÍLIO, L. C. O.; MATSMUTO, N. F. Uma taxonomia operacional de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 35-39.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. *Cuidados primários de saúde*: relatório da Conferência. Brasília, DF: Organização Mundial da Saúde: Unicef, 1979.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. In: INTERCAMBIO III.2-1-2007: fortalecimiento de la integración de la atención primaria con otros niveles de atención del proyecto eurosocial salud: documento técnico. Rio de Janeiro, 2007.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. A. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2007.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

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

LACERDA, A.; VALLA, V. V. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dívida e das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda*: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc: Uerj: Abrasco, 2005. p. 279-292.

LALONDE, M. *A new perspective of the health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1974. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf>. Acesso em: 2 out. 2008.

MALETTA, C. H. M. *Bioestatística e saúde pública*. Belo Horizonte: Independente, 2000.

MARSIGLIA, R. M. G. Famílias: questões para o Programa Saúde da Família. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). *Família*: redes, laços e políticas públicas. 4. ed. São Paulo: Iepucsp: Cortez, 2008. p. 169-174.

MATTOS, R. A. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda*: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc: Uerj: Abrasco, 2005. p. 33-46.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS: Abrasco, 2001.

MCWHINNEY, I. R. *Textbook of family medicine*. 2. ed. New York: Oxford University Press, 1997.

MENDES, E. V. et al. *A rede de atenção à urgência e emergência*: planejamento de oficinas a organização da rede de atenção à urgência e emergência. Brasília, DF: Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde, 2008. Mimeografado.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde*: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. (Org.) et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.

MEYER, Dagmar E. E. et al. Você aprende: a gente ensina?: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006.

MOTTA, P. R. *Desempenho em equipes de saúde*: manual. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Atenção primária à saúde*: agora mais do que nunca. Washington, DC, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Carta de Ottawa*. Washington, DC, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Renovação da atenção primária em saúde nas Américas*. Washington, DC, 2005.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Uerj/IMS: Abrasco, 2003.

PISCO, L. *Melhoria contínua da qualidade*: curso monográfico. Lisboa: [s.n.], 2005.

ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

SAWAIA, B. B. Família e afetividade: a configuração de uma práxis ético-política, perigos e oportunidades. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). *Família*: redes, laços e políticas públicas. 4. ed. São Paulo: Iepucsp: Cortez, 2008. p. 39-50.

SZYMANSKI, H. Ser criança um momento do ser humano. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). *Família*: redes, laços e políticas públicas. 4. ed. São Paulo: Iepucsp: Cortez, 2008. p. 53-59.

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

STOTZ, E. N. *Necessidade de saúde*: mediações de um conceito. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1991.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 153-162, 2002. Suplemento.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, ano 7, n. 2, abr./jun. 1998.

WONCA EUROPA. *A definição europeia de medicina geral e familiar*: Wonca Europa. [S.l.], 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Primary health care*: now more than ever. Geneva, 2008.