

 CESF Curso de Especialização em Saúde da Família		 UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ	 NUTEDS	 UNA-SUS Universidade Aberta do SUS
MÓDULO	Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde			
AULA 02	Atenção Básica à Saúde			
TÓPICO 1	Os conceitos de Atenção Primária e Atenção Básica à Saúde			

Nesta aula discutiremos os conceitos de Atenção Básica à Saúde e da implantação da Estratégia de Saúde da Família como modelo de reorganização da atenção básica no Brasil.

Seu objetivo principal é proporcionar uma reflexão sobre Atenção Básica à Saúde no contexto brasileiro e sua importância para a consolidação do modelo assistencial do SUS. Nesse sentido, organizamos a presente aula em três partes, visando discutir:

Tópico 1 - Os conceitos de Atenção Primária e Atenção Básica à Saúde;
 Tópico 2 - O trabalho em equipe;
 Tópico 3 - A Estratégia de Saúde da Família.

Esperamos que estas reflexões ajudem sua equipe na construção de um projeto de mudança nos processos de trabalho e no modelo assistencial.



Leitura Complementar

Frequentemente surge a discussão sobre o uso adequado das terminologias "Atenção Básica", "Atenção Primária" e "Atenção Primária à Saúde". Qual delas é a correta? Antes mesmo de prosseguirmos, vale a pena fazer ler o artigo "[Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e diferenças conceituais](#)" que faz uma discussão interessante do uso adequado desses termos.

Atenção Básica à Saúde - ABS

De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Básica à Saúde – ABS constitui "um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação" (BRASIL, 2002).

O exercício da ABS se dá por meio de "práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados" com a utilização de "tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações"

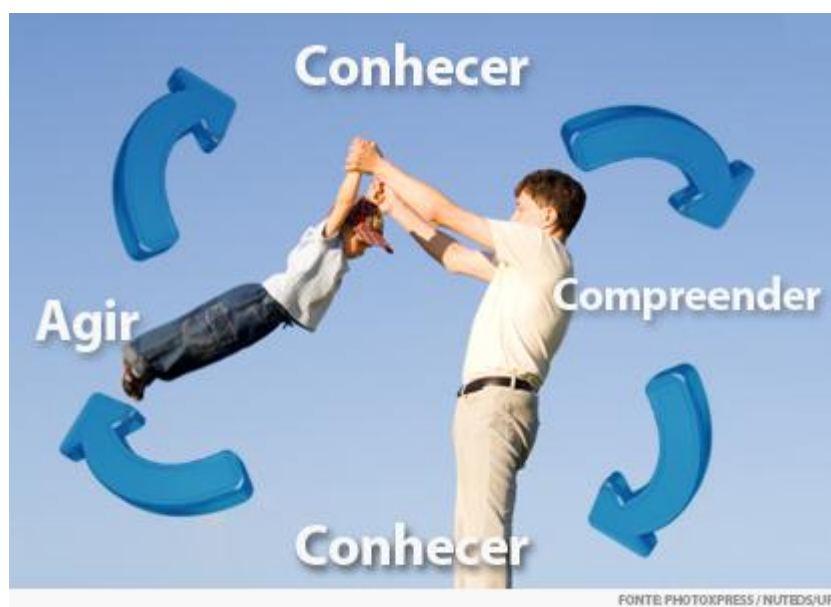
(CONASS, 2004).

Dessa forma, partindo da compreensão do processo saúde-doença na sociedade tido como **um processo político, historicamente produzido e determinado pelas condições e pela qualidade de vida das pessoas**, a estratégia da ABS deve valorizar e priorizar as atividades de promoção da saúde, reconhecer a saúde como direito e orientar-se pelos princípios e diretrizes do SUS, destacando-se a universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação, resolubilidade e intersetorialidade.

Na aula três detalharemos alguns dos princípios e diretrizes do SUS citados acima.

Processo interativo de escuta e informação

É no âmbito da ABS, das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das ações do Programa de Saúde da Família (PSF), que se dá o contato inicial dos usuários com o SUS. As ações de ABS devem considerar cada indivíduo em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural. Em relação à sua saúde, deve percebê-lo como sujeito **capaz de conhecer, compreender, expressar e agir** a seu modo e de acordo com sua vivência, devendo, pois, respeitar seus valores, representações e atos, reconhecendo-os como expressão legítima da sociedade da qual se origina. Dessa forma, as ações de **promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e redução de danos ou sofrimentos** devem basear-se em um processo interativo de escuta e informação, buscando produzir a autonomia possível para sua efetivação.



Na organização da ABS, um aspecto fundamental é o **reconhecimento do território** enquanto local onde acontece a construção cotidiana da vida das pessoas. Ele não pode ser compreendido apenas como um espaço geográfico, delimitado para constituir a área de atuação dos serviços. Ao contrário, deve ser reconhecido como "espaço social" onde, ao

longo da história, a sociedade foi se constituindo e, por meio do processo social de produção, dividindo-se em classes diferenciadas, com acessos também diferenciados aos bens de consumo, incluídos os serviços de saúde. No território, ao longo do tempo, por meio das relações que se estabelecem entre pessoas e grupos de pessoas, foram sendo construídos valores e hábitos, cujos reflexos sobre o cuidado com o corpo e com a saúde se traduzem na importância atribuída a cada gesto, a cada problema, a cada demanda.

Conhecendo o território

Conhecer o território implica, também, em conhecer o seu quadro sanitário, ou seja, as condições e a qualidade de vida das pessoas, como reflexo das políticas públicas de saneamento, educação, moradia, alimentação, trabalho, transporte e saúde, entre outras.

Essas políticas devem ser implantadas em conjunto, por meio de um rol simultâneo de ações que possibilitem, de alguma forma, a modificação de condições de risco e vulnerabilidade e a melhoria da qualidade de vida da população.



Dessa forma, poderão colaborar para diminuir as desigualdades entre pessoas e grupos sociais, logrando modificações positivas no quadro sanitário e no perfil epidemiológico.

O emprego de indicadores compostos, de um censo ou cadastro, capazes de obter as informações mais importantes sobre a situação da organização urbana e rural de cada localidade, somados aos dados já existentes e àqueles fornecidos pela epidemiologia, constituem instrumentos fundamentais ao diagnóstico da situação em cada local. Juntos, devem construir um sistema de informação que permita o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações.

É no processo de conhecimento do território que se identificam as instituições sociais ali situadas, entre as quais é possível reconhecer aliados e parceiros para os processos de integralidade e intersetorialidade. Essas parcerias, por um lado, traduzem um comprometimento da sociedade com sua própria saúde e, por outro, podem implicar melhores resultados das ações. Conhecer essas instituições sociais possibilita também conhecer as suas lideranças, bem como favorece o processo de participação social no SUS.

Sistema de referência e contra-referência

A atenção básica, enquanto contato preferencial dos usuários com o SUS, constitui um nível importantíssimo do sistema de saúde, porém é necessário que ele esteja articulado com outros níveis, de média e alta complexidade, capazes de assegurar a integralidade da atenção, e garantir as respostas adequadas às necessidades dos usuários. Esses níveis de assistência deverão estar interligados por um **sistema de referência e contra-**

referência e sustentados por um sistema de informação que lhes garanta a unicidade necessária.



Observação

A efetivação das ações da atenção básica depende, fundamentalmente, de uma sólida política de educação permanente, capaz de formar/manter profissionais com habilidades e competências que lhes permitam compreender e atuar no SUS com competência técnica, espírito crítico e compromisso político.

A constituição de espaços de educação permanente – núcleos, pólos, coordenadorias etc., e a proximidade com instituições de ensino de níveis médio e superior, poderão garantir o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS, a instituição de um campo propício ao desenvolvimento da pesquisa e do conhecimento científico, bem como uma formação acadêmica direcionada para a realidade sociocultural de cada região do País.

É, pois, com base no conhecimento do território, dos problemas de saúde e da organização dos serviços que devem acontecer as ações da atenção básica.

O próximo tópico apresentará o trabalho em equipe como pressuposto da ESF em busca de consolidar a proposta de mudança do modelo.

A ESF pressupõe o trabalho em equipe como uma forma de consolidar a proposta de mudança do modelo. No modelo tradicional, o trabalho ocorria, quase exclusivamente, por meio de consultas individuais, em número fixo, desagregadas por área de conhecimento (medicina, enfermagem, odontologia), tendo o corpo doente como objeto e a cura como objetivo.



...exige humildade para ouvir, conhecer e compreender o trabalho de cada um e a proposta do trabalho conjunto. Requer, de cada trabalhador, o desejo de mudar e o despojamento para modificar hábitos e costumes já arraigados. Exige dos gestores a capacidade de enfrentar as hierarquias e os vícios, para conduzir as mudanças necessárias ao novo processo de trabalho.

Pressuposto do Trabalho em Equipe

Responsabilidade**Composição****Atribuições**

Responsabilidade

No trabalho em equipe, todos os profissionais passam a ter responsabilidade sobre os problemas trazidos pelos usuários, tanto no seu planejamento como na organização da atenção. Assim, todos participam da condução das ações, do diagnóstico até a resolução, por meio do estabelecimento dos fluxos por onde passarão os usuários. Os diferentes profissionais, que não perdem seus núcleos de conhecimento e atuação, se organizam para receber, ouvir, resolver e encaminhar os usuários, permitindo mais eficiência, eficácia e resolubilidade aos serviços das unidades de saúde da família.

Além desses aspectos, os profissionais tomam consciência da importância de cada função, sentem-se valorizados e passam a ter maior comprometimento com a proposta.



Pressuposto do Trabalho em Equipe

Responsabilidade

Composição

Atribuições



Composição

De acordo com o Ministério da Saúde — MS, a chamada “equipe mínima” é composta por um médico de família ou generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Mais recentemente, portarias do MS formalizaram e regulamentaram a criação das Equipes de Saúde Bucal. No entanto, outros profissionais poderão ser incorporados de acordo com a demanda e a disponibilidade dos serviços de saúde em nível local. Essas Equipes são responsáveis pela população a elas adscrita, e preferencialmente, deverão residir no município onde atuam e ter uma dedicação mínima de 40 horas semanais.

Pressuposto do Trabalho em Equipe

Responsabilidade

Composição

Atribuições



Atribuições

As atividades das Equipes devem resultar de um processo permanente de planejamento e avaliação, com base em informações sobre o território, em indicadores de saúde locais, em protocolos e na própria dinâmica interna de trabalho. As Equipes devem estar preparadas para:

- Conhecer a realidade das famílias sob sua responsabilidade, com ênfase para as características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar as situações de risco e vulnerabilidade às quais a população está exposta;
- identificar os problemas de saúde prevalentes;
- elaborar, junto com a população, um plano de atuação capaz de enfrentar os determinantes do processo saúde/doença;

continuar ►

É fundamental que a Equipe esteja atenta aos problemas internos, externos e às diversas demandas que chegam bem como estar sempre disponível para discuti-los e enfrentá-los. Outra questão importante refere-se à necessidade de adoção de um processo de educação permanente, com vistas às atualizações, reorientações, adoção de novos protocolos e revisão do processo de trabalho.

No tópico seguinte, observaremos como se dá o processo de reorganização da Atenção Básica no Brasil por meio da Estratégia de Saúde da Família, assim como alguns princípios e diretrizes organizativas da Estratégia de Saúde de Família.

A Estratégia Saúde da Família é entendida como proposta de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (MS).

Estratégia de Saúde da Família - Um pouco da história

Adotada no Brasil como elemento fundamental para a organização do modelo de atenção do SUS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) teve seu início com a instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ocorrida no Ceará no final dos anos 1980, e que foi concebido, entre outras finalidades, para servir de elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Aconteceu, a princípio, em municípios com grande extensão rural e poucos recursos para realizar suas ações de saúde. Essa experiência permitiu maior veiculação de informações importantes para as ações de vigilância e para a própria organização da atenção à saúde nos municípios, favorecendo a gestão dos processos de descentralização e regionalização do SUS. Tornou-se política oficial do Ministério da Saúde em 1991, com a criação do PACS em todo o território nacional.

Em 1994, tendo como referência as experiências desenvolvidas em países como Canadá, Cuba e Inglaterra, e em função dos bons resultados obtidos com o PACS, criou-se o Programa de Saúde da Família (PSF), que define uma equipe mínima e uma nova lógica para o processo de trabalho em saúde visando um modelo centrado nos problemas dos indivíduos e suas famílias. O PSF significou a adoção de uma postura mais ativa das Equipes de Saúde frente aos riscos e danos aos quais as populações dos territórios sob sua responsabilidade se viam submetidas.

A edição da Norma Operacional Básica do SUS, Nº. 01 de 1996 (NOB 96), enfatizou a Atenção Básica à Saúde como eixo estruturante do modelo de atenção do SUS, ao adotar o PACS/PSF como estratégia fundamental na organização das ações de atenção básica. Essa estratégia foi apoiada por meio de uma política de financiamento que, a partir de sua vigência, em 1998, criou incentivos fundamentais para o processo de sua implantação nos municípios em todo o território nacional.

Esse processo não se deu de maneira uniforme nos diversos municípios em que aconteceu, nem com muita clareza por parte dos gestores, quanto ao seu papel na gestão das ações e serviços locais de saúde. Em grande parte dos municípios, essa situação se viu agravada pela tímida atuação da esfera estadual na organização dos serviços.

Estratégia de Saúde da Família: princípios e objetivos

Antes de entrarmos na discussão dos princípios e diretrizes que regem a ESF, é preciso enfatizar alguns aspectos fundamentais que devem orientar a organização das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde:

1. Conhecimento do território;
2. O conhecimento das necessidades, problemas e demandas da população que habita esse território (riscos e danos percebidos ou não, pelas pessoas);
3. A organização das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (incluindo o processo de trabalho e as ações intersetoriais).

Conceito Ampliado de Saúde

Atuando no espaço da atenção básica, a ESF propõe-se a potencializar a construção do modelo proposto pelo SUS, apresentando uma proposta substitutiva ao formato anterior de organização dos serviços de saúde, com dimensões técnicas, políticas e administrativas inovadoras. Assume um conceito ampliado de saúde que visa a compreensão do processo saúde/doença "na sociedade" e não apenas "no corpo" das pessoas.

Declaração de Alma-Ata

A conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata reafirma enfaticamente que a saúde - **estado de completo bem-estar físico, mental e social**, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um **direito humano** fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde.

Elege, como pontos centrais, a responsabilização por um determinado território e, por meio de ações inter e multiprofissionais, busca a criação de laços de compromisso entre os profissionais e a população. Nessa perspectiva, toma a família como objeto central da atenção, entendida a partir do meio onde vive e das relações ali estabelecidas, destacando a história de organização de cada sociedade e as diversas estruturas sociais e culturais dela decorrentes.

Equipe de Saúde da Família: objetivos

Geral

A Equipe de Saúde da Família tem como objetivo maior a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS no âmbito da atenção básica, buscando ampliá-las e garantir-lhes maior efetividade.

Específicos

Como objetivos específicos pretende reconhecer a saúde como um direito de cidadania e resultante das condições de vida; estimular a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social; intervir sobre os riscos aos quais as pessoas estão expostas; estabelecer ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde; prestar, nas unidades de saúde e nos domicílios, assistência integral,

contínua e humanizada às necessidades da população da área adscrita, de forma a propiciar o estabelecimento de vínculo entre equipe e usuários.



Leitura Complementar

A Estratégia de Saúde da Família apresenta algumas [diretrizes operacionais](#) entendimento é fundamental para a sua consolidação na medida em que definem, de certa forma, o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família.

Podemos perceber que a Estratégia de Saúde da Família está constituída por uma série de propostas que precisam ser implementadas e, constantemente, avaliadas, questionadas e reinventadas. Esperamos que os pontos até aqui levantados tenham propiciado uma reflexão sobre a sua atuação, tendo por base a realidade do território sob a responsabilidade de sua equipe.



É importante que você compreenda a ESF como **um potente instrumento na construção do modelo de atenção preconizado pelo SUS**. Essa estratégia será tanto mais potente quanto mais a Equipe de Saúde da Família for capaz de se comprometer com ela e, principalmente, desejar mudar a sua prática.

Além de detalhar os princípios e diretrizes do SUS, a aula três abordará as ações desenvolvidas no dia a dia de uma Equipe de Saúde da Família.



Reflexão

A Estratégia de Saúde da Família segue os princípios do SUS e tem como objetivo implementar o modelo assistencial proposto pelo SUS. É, pois, uma estratégia e não devemos confundi-la com o próprio modelo assistencial. Há muito nesse processo que depende de iniciativas dos governos, porém, há outro tanto que depende da organização da sociedade, inclusive da equipe em que você trabalha.



Referências

FEKETE, Maria Christina. A QUALIDADE na prestação do cuidado em saúde. In: BRASIL. **Organização do cuidado a partir do problema**: uma alternativa metodológica para atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2000. p. 65-74.

ALMEIDA, Célia Maria de. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4 . n. 2, p. 263-286, 1999.

ALMEIDA, Célia Maria de. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (suplemento), p. 23-36, 2002.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Hospital**: instituição e história social. São Paulo: Letras e Letras, 1991.

ARAÚJO, Aquiles Ribeiro de. **Assistência médica hospitalar no século XIX**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Cultura, 1982.

ARISTÓTELES. **A Constituição de Atenas**. São Paulo: Hucitec, 1995.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Trad. Leonel Vallandro e Gerd Bornheim (versão inglesa de W. A. Pickard). São Paulo: Abril Cultural, 1973. (Coleção Os Pensadores)

BARRETO, Maria Renilda Nery. **A medicina luso-brasileira**: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808-1851). [Tese de Doutorado] curso de História das Ciências e da Saúde – Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005. 254 p.

CAMPOS, G.W.S. **Modelos de atenção em saúde pública**: um modo mutante de fazer saúde. *Saúde em Debate*, n. 37, p. 38, 1992.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital**. Porto: Afronta- mento, 1998.

CHAUVENET, A. **Medecines au choix medecine de classes**. Paris: PUF, 1978.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Equidade e reforma na saúde nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (suplemento), p. 173-180, 2002.

CURI, L.M. **Defender os sãos e consolar os lázaros**: lepra e isolamento no Brasil -1935/1976. [Dissertação de Mestrado] curso de

História, Instituto de História, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2002.

DEVERS, G. E. A. An Epidemiological Model for Health Policy Analysis. **Social Indicators Research**, v. 2,. p. 453-466, 1977.

DONABEDIAN, A. **The Seven Pillars of Quality**. Arch Pathol Lab Med, 114, p. 1.115-1.118, 1990.

ESTATÍSTICAS DO SÉCULO XX/IBGE. Centro de Documentação e Disseminação de Informações. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. 543 p.

FLECK, Ludwik. The Genesis and Development of a Scientific Fact. In: TRENN, T. J.; MERTON, R. K. (Ed.). **Prefácio de Thomas Kuhn**. Chicago: University of Chicago Press, 1979.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Rio de Janeiro: Vozes, 1977.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Trad. Roberto Machado. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FRIEDSON. The hospital in modern society. In: FREIDSON, Eliot. (Ed.). London: The Free Press of Glencoe, 1963.

FRIEDSON, E. **Profession of Medicine**. New York: Dodd Mead, 1970. FRIEDSON, E. Professional Dominance. Chicago: Aldine, 1970.

FRIEDSON, E. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, ano 11, n. 31, p. 141-145, 1996.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. (português). São Paulo: Perspectiva, 2003.

GONÇALVES, E. L. **Equipamento hospitalar no Brasil**: presença, regionalização e tendências. Saúde Pública, São Paulo, 11, p.143-50, 1977.

GRABOIS, V; CASTELAR, R; MORDELET, P. **Gestão hospitalar – um desafio para o hospital brasileiro**. Rio de Janeiro: ENSP, 1995.

GRAÇA, L. **Evolução do sistema hospitalar**: uma perspectiva sociológica. Apostila da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Livre de Lisboa. Lisboa, 1996.

GUIMARÃES, C. Situação assistencial brasileira. In: GONÇALVES, E. (Org.). **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1989. p. 103-109.

HOLANDA, Sérgio Buarque. **História geral da civilização brasileira**. 5. ed. São Paulo: Difel, 1982. Tomo I, v. 2.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2002). **Estatísticas da saúde**: assistência médico-sanitária, 2002. IBGE - Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

KLOETZEL, K. et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I- A satisfação do usuário. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, p. 623-628, 1998.

KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas**. Trad. Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. São Paulo: Perspectiva, 1982.

LANE, J-E. (Ed.). **Public Sector Reform**: Rationale, Trends, Problems. London: Sage Publications, 1997.

LECOVITZ, E. **A capacidade operativa da rede assistencial do SUS**: recuperação e adequação (o Ministério da Saúde na gestão de Adib Jatene). *Estudos em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social/ Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 57, p. 1-83, 1993.

LEUCOVITZ, E.; PEREIRA, T. R. C. **SIH/SUS (Sistema AIH)**: uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil 1983-1991. *Estudos em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social/Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 57, p. 1-83, 1993.

MATUS, C. **Adeus, Senhor Presidente**: Governantes Governados. São Paulo: Fundap, 1996.

MARTINS, M; TRAVASSOS, V; NORONHA, J. C. Sistema de informações hospitalares como ajuste em índice de desempenho. *Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.35, n. 2, p. 185-192, 2001.

MCKEE, M; HEALY, J. (Ed.). **Hospitals in a Changing Europe**. **Buckingham**. Philadelphia: Open University Press, 2002. p. 50.

MEDEIROS, Marcelo. **A trajetória do Welfare State no Brasil**: papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990. Brasília: IPEA, 2001.

NUNES, Everardo Duarte. A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França: panorama geral. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n.1, p. 79-95, 2003.

OLIVEIRA, Jaime A. de; TEIXEIRA, Sônia M. Fleury. (Im) **previdência social**: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE
OPAS. **Directorio de hospitales de América Latina y Caribe**. Washinton, DC: OPS, 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília: OPAS/OMS, 2004.

PEGO, Raquel Abrantes; ALMEIDA, Célia Maria. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18 n. 4, jul./ago, 2002.

PLATÃO. **Sofista**. Trad. Jorge Paleikat e João Cruz Costa. São Paulo: Abril Cultural, 1972. p 135-203. (Coleção Os Pensadores)

PLATÃO. **A República**. Trad. M. H. R. Pereira. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993.

PORTELA, M. C. et al. Algoritmo para a composição de dados de internação a partir do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS. Composição de dados por internação a partir do SIH/SUS. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, out./dez. 1997.

PREKER, Alexander S.; HARDING, April (Ed.). **Innovation in Health Service Delivery**: The Corporatization of Public Hospitals. Washinton, DC: The World Bank, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

REINHARDT, U. E; HUSSEY, P. S. ANDERSON, G. F. **Cross-National Comparisons of Health Systems Using**: OECD, 1999. *Health Affairs*, 21, p. 169-81, 2002.

ROCHAIX, M. **Les questions hospitalières**: de la fin de l'Ancien Régime à nos jours. Paris: Berger-Levrault, 1996.

ROCHAIX, M. Les modes de rémunération des médecins. **Revue d'Economie Financière**, n. 76, p. 223-239, 2004.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**: ensaios sobre

a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec/ Abrasco, 1994.

SCOTTI, Richard W. et al. **INSTITUTIONAL CHANGE AND HEALTH CARE ORGANIZATION**: From Professional Dominance to Managed Care. Chicago, USA: The University of Chicago Press, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do SUS - Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, v. 84, n. 216, p. 22932, 6 nov. 1996. Seção 1.

STEUDLER, F. **L'evolution de la erofession medicale**: essai d'analyse socio- logique. Cahiers de Sociologie et de Demographie Medicales, n. 2, 1973.

STEUDLER, F. **L'hopital en observation**. Paris: Armand Colin, 1974.

STEUDLER, F. **Medecine liberale et conventionnement**. Sociologie du Travail, v. 2, 1977.

TEIXEIRA, Aloísio; BAHIA, Lígia; VIANNA, Maria Lúcia W. Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas, no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação & Saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002. p.18-34.

TELAROLLI JUNIOR, Rodolfo. **Poder e saúde**: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: Unesp, 1996.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Pan American Sanitary Bureau. Regional Office of the World Health Organization. **Ten-Year Health Plan for the Americas**: Final Report of the III Special Meeting of Ministers of Health of the Americas. Santiago, Chile, 2-9, out. 1972.

TOURAINÉ, A. A organização profissional da empresa. In: FRIEDMAN, G.; NAVILLE, P. **Tratado de sociologia do trabalho**. São Paulo: Cultrix, 1973. v. I, p. 445-468.

TOURAINÉ, A. Préface. In: STEUDLER, F. **L'evolution de la profession medicale: Essai d'analyse sociologique**. Cahiers de Sociologie et de Demogra- phie Medicales, n. 2, 1973.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila. **A América Latina no contexto de reformas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2002. Mimeografado.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. **A americanização da seguridade social no Brasil**: estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revam/UCAM/IUPERJ, 1998.

WHOSIS – Sistema de Informação Estatística da OMS. Disponível em: < <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm> >. Acesso em: 01 fev.2008.



Referência da aula

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de Especialização em Saúde da Família**: atenção básica à saúde. Fortaleza, 2010.