

MÓDULO 2 • UNIDADE 3

SAÚDE E SOCIEDADE:

ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE



MÓDULO 2 • UNIDADE 3

SAÚDE E SOCIEDADE:

ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

São Luís
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – Natalino Salgado Filho

Vice-Reitor – Antonio José Silva Oliveira

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Fernando de Carvalho Silva

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – Nair Portela Silva Coutinho

Copyright @ UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Universidade Federal do Maranhão - UFMA Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS

Praça Gonçalves Dias Nº 21, 1º andar, Prédio de Medicina (ILA)
da Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Site: www.unasus.ufma.br

NORMALIZAÇÃO:

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva. CRB 13ª Região Nº Registro – 453.

REVISÃO TÉCNICA:

Claudio Vanucci Silva de Freitas, Judith Rafaelle Oliveira Pinho.

REVISÃO ORTOGRÁFICA:

João Carlos Raposo Moreira

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Saúde e sociedade: Atenção Básica em Saúde/Paola Trindade Garcia (Org.). - São Luís, 2014.

25f. : il.

1. Saúde e sociedade. 2. Atenção Básica à Saúde. 3. SUS/saúde pública. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Freitas, Claudio Vanucci Silva de. II. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. III. Título.

614.2

SUMÁRIO

UNIDADE 3

3	ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.....	6
3.1	Atenção Básica e Atenção Primária em Saúde.....	6
3.2	A Saúde da Família.....	9
3.3	Princípios e diretrizes da Estratégia Saúde da Família	12
3.4	Atribuição dos profissionais da equipe de Saúde da Família.....	16
	REFERÊNCIAS.....	21

UNIDADE 3

3 Atenção Básica em Saúde

Na política de saúde brasileira, predomina a compreensão da Atenção Básica em Saúde como o primeiro nível de atenção, momento em que se inicia o processo de atenção em um sistema de saúde. Preferencialmente, deve constituir a porta de entrada inicial para os serviços de saúde, configurando-se como estratégia fundamental para a reorientação do modelo de atenção à saúde do SUS.

Vamos estudar nesta unidade as principais ações da Atenção Básica em Saúde.

3.1 Atenção Básica e Atenção Primária em Saúde

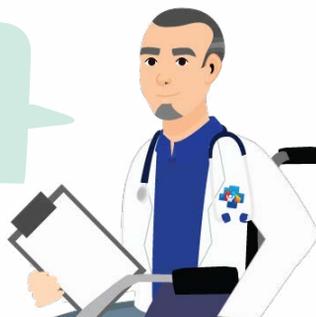
Constantemente, nos deparamos com os termos Atenção Básica em Saúde (ABS) e Atenção Primária em Saúde (APS), mas será que esses conceitos são realmente diferentes ou representam o mesmo significado?

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como uma estratégia de organização da atenção à saúde que deverá ser capaz de responder à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades; esse processo deverá se dar de forma regionalizada, contínua e sistematizada (MATTA E MORAES, 2009).

Já a Atenção Básica em Saúde 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, 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” (BRASIL, 2006).



Com a leitura desses dois conceitos, você é capaz de traçar uma diferença?



O que ocorre é que Atenção Primária em Saúde é termo que pode implicar em diversas interpretações; de uma forma resumida, podemos traçar dois significados: cuidados ambulatoriais na porta de entrada e como política de reorganização do modelo assistencial de forma seletiva ou ampliada. Isso significa que essa terminologia poderá ser entendida como uma forma de primeiro contato do paciente com o serviço de saúde; nos países europeus essa prática ocorre em serviços não especializados, destinados a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população (GIOVANELLA, 2008).

Por outro lado, a APS pode ser traduzida pela existência apenas de programas com objetivos restritos para cobrir determinadas necessidades de grupos populacionais em extrema pobreza, com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos níveis secundário e terciário, correspondendo a uma tradução restrita dos objetivos preconizados, em Alma Ata, em 1978, para a *Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000* (GIOVANELLA, 2008).

Para evitar que a prática da APS no Brasil fosse traduzida como uma assistência sem recursos tecnológicos para os mais pobres, o Ministério da Saúde assumiu que a Atenção Básica em Saúde seria interpretada como APS ampliada, que contempla todos os preceitos do conceito informado anteriormente.



REFLITA COMIGO!

Você é capaz de compreender porque o Ministério da Saúde se posicionou de forma a criar um conceito que evitasse interpretações múltiplas?

A ABS 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.

A Atenção Básica tem sido apresentada como um modelo adotado por diversos países desde a década de 1960 para proporcionar um acesso mais efetivo ao sistema de saúde e também para tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático.

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas, e tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessi-

bilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Fique por dentro – Para o trabalho de qualidade e resolutividade na Atenção Básica se faz necessário a utilização de uma clínica diferenciada, em uma perspectiva ampliada, uma vez que na Atenção Básica peculiaridades e singularidades dos diversos atores envolvidos, devem estar sendo mais valorizadas do que a doença/enfermidade “per si”.

Quadro 1: Diferenças básicas entre a ABS e a assistência hospitalar:

Atenção Básica	Atenção Hospitalar
<ul style="list-style-type: none"> • 80 a 90 % dos problemas de saúde . • É necessário compromisso com a terapêutica. • Critério de eficácia: qualidade de vida. • Momento crônico. • Seguimento no tempo. • Resultado a médio e longo prazo. • Sujeito <i>in vivo</i> (em relação) • Tratamento negociado com o doente. <i>Limites</i>. • Doente preocupado em “viver”. • Procedimentos: remédios, exames, atividades, intervenções sociais. Predomina intervenção “biopsicossocial”, consciente ou não. • Fácil produzir dependência (acesso fácil). • Fácil perceber efeitos colaterais dos tratamentos. • Análogo a um filme. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 a 15 % dos problemas de Saúde. • É possível compromisso maior com o diagnóstico do que a terapêutica. • Critério de eficácia: alto hospitalar. • Momento agudo. • Encontro momentâneo. • Resultado imediato. • Sujeito <i>in vitro</i> (isolado). • Relação autoritária, pouco questionada pelo doente. Sensação de <i>onipotência</i>. • Doente preocupado em “sobreviver” • Procedimentos: remédios, exames. Predomina intervenção no corpo. • Difícil produzir dependência (acesso difícil). • Mais difícil perceber efeitos colaterais dos tratamentos. • Análogo a uma fotografia.

Fonte: Gustavo Tenório Cunha. A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. 2010.

3.2 A Saúde da família

A análise da trajetória da ESF indica dois momentos diferentes. O primeiro marca sua fase de formulação e implantação quando ocupava uma posição marginal no contexto global da política de saúde, apresentando característi-

cas de focalização. No segundo momento, a ESF, como proposta organizativa da Atenção Básica, passa a ser considerada estratégica para reorientação do modelo de atenção ainda predominante no SUS.

A ESF possibilita a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e o hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. A abordagem de Saúde da Família representa uma mudança no paradigma do modelo assistencial do país. Ao promover um novo relacionamento entre os serviços e a população e ao buscar o entendimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença, os profissionais de saúde passam a perceber o indivíduo nos seus diversos ciclos de vida, inserido no contexto das relações familiares e das relações com a comunidade.

SAIBA MAIS!

Leia a Política Nacional da Atenção Básica. Portaria Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Acesse: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>

SAIBA MAIS!

Veja no quadro abaixo alguns programas e ações ministeriais que poderão somar no seu processo de trabalho:



Programas e Ações Estratégicas da Atenção Básica no Brasil:



Academias de Saúde
Amamenta e Alimenta Brasil
Bolsa Família
Brasil Sorridente
Consultórios na Rua
Doenças Crônicas
ESF
e-SUS Atenção Básica
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
Melhor em Casa
Práticas Integrativas e Complementares
Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais
Promoção da Saúde e Alimentação Saudável
Programa de Vitamina A
Requalifica UBS
Telessaúde
UBS Fluviais
Vigilância Alimentar e Nutricional

Fonte: Adaptado de Morosini; Corbo (2007)



Saiba mais no Site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde: <http://goo.gl/bQRIZa>

Para refletir: Ao se pensar em Atenção Básica, deve-se considerar "a revisão dos conceitos clássicos de hierarquização de serviços, com base no reconhecimento da complexidade da Atenção Básica em suas relações com a população e seus problemas sanitários".



3.3 Princípios e diretrizes da Estratégia Saúde da Família

O Ministério da Saúde estabeleceu como objetivo geral das ações em Saúde da Família:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997).

E mais especificamente essas ações deverão:

- Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1997).

Stedile e Dalpiaz (2011) reforçam que as diretrizes da ESF, definidas em 1997, deverão nortear as ações das equipes. Caráter substitutivo; complementaridade e hierarquização; adscrição da clientela; cadastramento; instalação das



unidades de Saúde da Família; composição das equipes; e atribuições das equipes são as diretrizes a serem seguidas pelas Equipes de Saúde da Família. A atual Política Nacional de Atenção Básica define as especificidades da Estratégia de Saúde da Família. Vejamos abaixo:

- Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal;

II - O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição.

Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma ESF, exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas ESF e com carga horária total de 40 horas semanais; e

V - Carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na equipe de Saúde da Família, podendo, conforme decisão e



prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em Saúde da Família, residência multiprofissional e/ou de Medicina de Família e de Comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial (BRASIL, 2012).

REFLITA COMIGO!

Por que existe a necessidade de uma carga horária diferenciada para o profissional médico da equipe de Saúde da Família? Essa particularidade pode sugerir que o profissional se distancie mais das equipes?



As especificidades de contratação do médico se devem pelo fato de alguns municípios terem muita dificuldade em adquirir esse profissional e por conta disso o Ministério da Saúde decidiu disponibilizar algumas modalidades para essa atividade laboral. Veja abaixo as possibilidades de carga horária e contratação do médico para atuação em Saúde da Família:

Serão admitidas também, além da inserção integral (40h), as seguintes modalidades de inserção dos profissionais médicos generalistas ou especialistas em Saúde da Família ou médicos de Família e Comunidade nas equipes de Saúde da Família, com as respectivas equivalências de incentivo federal:

I - Dois médicos integrados a uma única equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas – equivalente a um médico com jornada de 40 horas semanais –, com repasse integral do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família;

II - Três médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas – equivalente a dois médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes –, com repasse integral do incentivo financeiro referente a duas equipes de Saúde da Família;

III - Quatro médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, com carga horária semanal de 30 horas – equivalente a três médicos com jornada de 40 horas semanais, de três equipes –, com repasse integral do incentivo financeiro referente a três equipes de Saúde da Família;

IV - Dois médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 85% do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família;

V - Um médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família. Tendo em vista a presença do médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação da equipe, os fluxos e a retaguarda assistencial, para atender a esta especificidade. Além disso, é recomendável que o número de usuários por equipe seja próximo de 2.500

pessoas. As equipes com essa configuração são denominadas equipes transitórias, pois, ainda que não tenham tempo mínimo estabelecido de permanência nesse formato, é desejável que o gestor, tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores que preveem horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe.

SAIBA MAIS!

Para aprofundar seus conhecimentos sobre as diretrizes de atuação das equipes de Saúde da Família, acesse: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

3.4 Atribuição dos profissionais da equipe de Saúde da Família

O processo de trabalho das ESF tem como foco as famílias, isso já ficou claro durante suas leituras. Mas o que torna esse trabalho tão especial? Poderíamos resumir a resposta dessa pergunta em uma única palavra: **vínculo**. A criação de vínculos possibilita que a equipe considere a família como centro do trabalho, permitindo assim a realização de práticas mais eficientes, não somente curativas e centradas na doença (STEDILE & DALPIAZ, 2011).

Todos os profissionais que atuam na ESF, médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares e técnicos de saúde bucal e agentes comunitários de saúde têm atribuições comuns, além das funções específicas a cada profissão.

Cabe a qualquer profissional que atue na ESF (BRASIL, 2012)

Participar do processo de territorialização

Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar suas informações para planejamento de ações em saúde;

Realizar o cuidado da saúde da população adscrita;

Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local;



Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade;

Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde e identificação das necessidades de intervenções de cuidado;

Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

Responsabilizar-se pela população adscrita;

Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais;

Realizar reuniões de equipes;

Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;

Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe;

Realizar ações de educação em saúde à população adscrita;

Participar das atividades de educação permanente;

Promover a mobilização e a participação da comunidade;

Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.



Veja no quadro abaixo a atribuição específica de algumas profissões:

Quadro: Atribuição dos profissionais das ESF

Enfermeiros	<p>I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;</p> <p>II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;</p> <p>III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;</p> <p>IV - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;</p> <p>V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe;</p> <p>VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.</p>
Médicos	<p>I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;</p> <p>II - Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);</p> <p>III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;</p> <p>IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles;</p> <p>V - Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;</p> <p>VI - Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe;</p> <p>VII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.</p>



- I - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- II - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade;
- III - Realizar os procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares;
- IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- VII - Realizar supervisão técnica do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);
- VIII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

FONTE: BRASIL, 2012.



VAMOS PRATICAR?

Conhecer as competências de atuação de cada profissional que trabalha com você é muito importante. Pesquise o que o Ministério da Saúde recomenda para os demais profissionais e questione-os sobre o cumprimento dessas atribuições.

SÍNTESE DA LEITURA

Ao final desta unidade, você deverá ser capaz de entender por que o Ministério da Saúde diferencia Atenção Básica de Atenção Primária em Saúde. Além disso, você pode conhecer a Política Nacional de Atenção Básica e compreender por que a Saúde da Família é a principal estratégia de reorganização do SUS. Você também é capaz de identificar as atribuições comuns e específicas dos profissionais que atuam na ESF.



REFERÊNCIAS

ALEIXO, José Lucas Magalhães. A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, ano.1, n. 1, jan./jun. 2002.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. (Coleção Temas em Saúde).

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de; VIEIRA, Carlos Alberto Lisboa. **Distritos sanitários: concepção e organização.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v.1. (Série Saúde & Cidadania). Disponível em: <<http://goo.gl/T9aNGm>. Acesso em: 20 abr.2013.

ALVES, Carla Almeida; SILVA JÚNIOR, Alúísio Gomes da. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia. **Atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? **Saude soc.**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 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 Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html Acesso em: 11 abr. 2013.



____. _____. Portaria Nº 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] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p.48-55. Disponível em: <<http://goo.gl/SpiFdt>>. Acesso em: 19 abr. 2013.

____. _____. Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 47 - 49. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf Acesso em: 11 abr. 2013.

____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. 36p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2013.

____. _____. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Caderno de Atenção Básica nº 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab27>> Acesso em: 20 abr. 2013.

____. _____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 110p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2013.



____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 44 p. (Serie B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://goo.gl/j8RKO2>>. Acesso em: 21 abr. 2013.

____. _____. Secretaria-Executiva. **HumanizaSUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16 p. (Serie B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://goo.gl/MsUrBi>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/wX5byw>>. Acesso em: 21 abr. 2013.

CÂMARA, Ana Maria Chagas Sette et al. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, jan./mar. 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007 .

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Sete considerações sobre saúde e cultura. **Saúde e Sociedade**, v.11, n.1, p.105-115, 2002.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G.C. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.

GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. 2012. 1100p.



____. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou abrangente?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://goo.gl/OSJPhP>. Acesso em: 12 abr. 2013.

LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.3, maio./jun.2010.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção Primária à Saúde**. 2009. Disponível em: <http://goo.gl/PKeHym> Acesso em: 2 abr.2013.

MOROSINI, Márcia Valeria G.C.; CORBO, Anamaria Dí Andrea. **Modelos de MÜLLER, C.P.; ARAUJO, V.E.; BONILHA, A.L.L.** Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v.9, n.3, p,858-65, 2008.

____. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. 240 p. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdts4_4.pdf Acesso em: 20 abr. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007.



SILVA, Rose Mary Costa Rosa Andrade. Cultura, saúde e enfermagem: o saber, o direito e o fazer crítico-humano. **Rev. Eletr. Enf.** v.10, n.4, p.1165-71, 2008. Disponível em: <www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/pdf/v10n4a30.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2013.

STEDILE, Nilva Lúcia Rech; DALPIAZ, Ana Kelen. **Estratégia Saúde da Família**: reflexão sobre algumas de suas premissas. 2011. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf Acesso em: 11 abr. 2013.

UCHÔA, E.; VITAL, J.M. A antropologia médica: elementos conceituais e metodologia para análise da saúde e doença. **Cadernos de Saúde Pública**, n.10, p.493-504, 1994.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Módulo Político Gestor**: processo saúde-doença: Especialização em Saúde da Família. Una-SUS UNIFESP. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_6.pdf>. Acesso em: 2 abr.2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care now more than ever**: now more than ever: the world health report, United Nations, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2013.

