

**Universidade Federal de Minas Gerais
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**

LEANDRO SOARES AMARAL

**CONSTRUINDO REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PRIMÁRIA:
DO MOVIMENTO SANITARISTA AO PSF - UMA REVISÃO DA
LITERATURA.**

BERILO / MINAS GERAIS

2010

LEANDRO SOARES AMARAL

PROJETO DE PESQUISA DE TCC

**CONSTRUINDO REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PRIMÁRIA:
DO MOVIMENTO SANITARISTA AO PSF - UMA REVISÃO DA
LITERATURA.**

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

Orientadora: Daisy Maria Xavier de Abreu

BERILO/MINAS GERAIS

2010

LEANDRO SOARES AMARAL

PROJETO DE PESQUISA DE TCC

**CONSTRUINDO REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PRIMÁRIA:
DO MOVIMENTO SANITARISTA AO PSF - UMA REVISÃO DA
LITERATURA.**

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

Orientadora: Daisy Maria Xavier de Abreu

Banca Examinadora

Professora: Daisy Maria Xavier de Abreu - UFMG

Professor: Antônio Leite Alves Radicchi - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte: ----/----/ 2010

RESUMO

Este trabalho é o resultado de uma revisão bibliográfica, que visa sistematizar as referências da literatura para os conceitos envolvidos na Reforma Sanitária Brasileira; Processo de Consolidação do SUS; Modelo de Atenção Básica à Saúde e Programa Saúde da Família. Foram consultados Documentos Normativos Oficiais, Relatórios Finais de Conferências de Saúde e 492 textos, publicados entre os anos de 1984 e 2009, disponíveis na base de dados SciELO, dos quais 27 foram selecionados e examinados na íntegra. Os resultados foram sistematizados em três temas: Reforma Sanitária, SUS e Programa Saúde da Família. Um tópico especial sobre o processo de organização do trabalho foi incluído nas discussões finais. A análise dos textos mostrou que o Movimento da Reforma Sanitária contribuiu para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), aumentando a qualidade e a quantidade dos serviços públicos de saúde oferecidos à população brasileira. A implementação do Programa Saúde da Família apresenta-se como principal eixo de implantação do SUS e uma oportunidade para melhorar a prática multisectorial e multiprofissional em Cuidados Primários de Saúde. A avaliação do Programa de Saúde da Família é essencial para a validação e condução da estratégia de atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Revisão de Literatura; Reforma Sanitária Brasileira; SUS; Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

This paper is the outcome of a bibliographical review that aims at systemizing references to concepts involved in Brazilian Sanitary Reform, SUS Consolidation Process, Primary Healthcare Model and Family Health Program. Official Normative Documents have been consulted, Health Conferences Final Reports and 492 texts published between 1984 to 2009 on SciELO databases, of which 27 were selected and examined in full. The findings were systematically arranged under three themes, Sanitary Reform, SUS and Family Health Program. An especial topic reviews a Work Process Organization. The texts analysis has showed the Health Reform Movement contribution for the construction of the Unified Health System (SUS), increasing the quality and quantity of Public Health Services offered to Brazilian population. The Family Health Program implementation presented as the axis of SUS and dynamic opportunity to improve multisectorial and multiprofessional practice in Primary Health Care. The Family Health Program evaluation is essential for the validation and conduction of the strategy.

Key words: Review Literature; Brazilian Sanitary Reform; SUS; Family Health Program.

SUMÁRIO

1. Introdução	8
2. Justificativa	12
3. Objetivos	13
4.1. Objetivo Geral	13
4.2. Objetivos Específicos	13
5. Metodologia	14
6. Revisão da Literatura	18
7. Considerações finais	29
8. Referências	33

INTRODUÇÃO

O Movimento da “Reforma Sanitária” brasileira, visto sob o ponto de vista da mobilização social, democrática e política, iniciou-se no final da década de 70, e se antecede à realização de uma importante conferência sobre cuidados primários de saúde, ocorrida na URSS, na cidade de Alma Ata, em 1978 (MENDES, 2004).

O relatório final desta conferência, também conhecido como “Declaração de Alma Ata”, expressou a [...] necessidade de ação urgente por parte de todos os governos e de todos aqueles que trabalham com saúde e desenvolvimento das pessoas, e foi, portanto, na concepção de Mendes (2004), um marco de influência nos debates sobre saúde em todo o mundo.

A conferência reafirma o conceito de saúde como um direito humano fundamental, traduzido por [...] um completo bem-estar físico, social e mental, e não somente a ausência de doenças, que depende de uma atuação que vá além do setor saúde para sua consecução[...] (OPAS, 1978).

A conferência de Alma Ata serviu de estímulo para a realização de outras importantes conferências e de debates importantes para o aprimoramento da discussão sobre o direito à saúde, à equidade, universalidade, pressupostos estes, que requerem para o cumprimento de seus objetivos, a participação de setores econômicos, sociais, políticos e financeiros, sustentados em bases socialmente aceitas pela sociedade.

Em agosto de 1985, foi instituída a comissão organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde, formada por parlamentares, representantes de entidades sindicais de trabalhadores e empregadores, órgãos de classe dos profissionais de saúde, partidos políticos, instituições públicas envolvidas com a área da saúde e entidades representativas da sociedade (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

O relatório final desta conferência destaca três pontos importantes: Saúde como Direito, com destaque para ampliação do conceito de saúde; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, traduzindo a necessidade de criação de um Sistema Único de Saúde, com o necessário fortalecimento e expansão do Setor Público; e Financiamento Setorial, indicando que o setor seria financiado por várias fontes de recursos, inclusive da Previdência Social. A 8ª Conferência deixou como principal legado à população brasileira, a elaboração de um projeto de Reforma Sanitária que

defendia a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Com a regulamentação do SUS através da promulgação das Leis Federais 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e 8.142/90, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS, assim como, das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, a organização da saúde no país passa por um processo de mudanças significativas, marcadas pela descentralização dos serviços, mediante participação das três esferas de Governo (União, Estados e Municípios), além do setor privado, com o qual o Estado passa a celebrar contratos e convênios. Estas medidas visam garantir os princípios da universalidade, da equidade, da integralidade, da regionalização e da hierarquização dos serviços, dentro de uma mesma lógica de funcionamento em todo o território nacional (MS, 1990; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1992).

Em 1992, com a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde, cuja temática principal foi “Municipalização é o Caminho”, o Ministério da Saúde entende que a Política de Saúde e os Princípios do SUS alcançam um importante patamar de consolidação. Esta conferência serve de eixo para a publicação da Norma Operacional Básica de 1993, desencadeando o processo de municipalização da gestão, com medidas de transferência de recursos financeiros de fundo a fundo e a constituição das Comissões Intergestores Bipartites e Tripartite, que passam a funcionar como importantes espaços de negociação, articulação e pactuação entre gestores (MS, 1993).

Como parte deste processo de mudança que ocorria a partir do desenvolvimento do SUS, o Governo Federal implantou em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorganizar a prática de atenção básica à saúde pública no país.

Em setembro de 1996, a 10ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema central, “SUS: construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”, traz em seu relatório final destaques para a saúde integral, o PSF e o PACS, com ênfase nos debates sobre a viabilidade de implantação ou não destes programas (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

A partir da 10ª conferência e com a publicação da NOB-96, se estabelece um novo pacto federativo para a saúde, na medida em que se determina a responsabilidade sanitária de cada gestor, reorganiza o modelo assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde, aumenta a participação percentual da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais a estados e municípios, reduzindo a transferência por remuneração por serviços produzidos, ao mesmo tempo em que, estabelece mudanças na reorganização do modelo de atenção, adotando-se como estratégia principal a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir desta Norma Operacional municípios e estados passam a receber um incentivo financeiro de acordo com a população efetivamente coberta (MS, 1996; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996). Em meio às discussões da 11ª Conferência Nacional de Saúde, entre os dias 15 e 19 de dezembro de 2000, quando em seu relatório final aponta dúvidas entre os participantes sobre a capacidade do PSF de ser um indutor de políticas públicas de Atenção Básica à Saúde o Ministério da Saúde incorpora oficialmente ao PSF a equipe de saúde bucal (ESB), através da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2000).

Em dezembro de 2003, com a realização da 12ª Conferência Nacional, a Atenção Básica à Saúde e PSF são destacados com um eixo temático específico. Em seu relatório final a conferência recomenda a criação de incentivos técnicos e financeiros nas três esferas de governo para implementação da Atenção Básica, a partir da estratégia Saúde da Família e a criação de equipes de referência e de apoio (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2003).

Percebendo a expansão do Programa, o Governo Federal publicou a portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, estabelecendo o PSF como estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a atenção básica (MS, 2006).

Nessa nova estratégia de atenção à saúde, o atendimento passa a ser prestado inicialmente por uma equipe multiprofissional, formada por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, mediante cadastramento e vinculação dos usuários.

Com a regulamentação da portaria Nº 154/2008, o Ministério da Saúde instituiu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como forma de melhorar a resolutividade da atenção básica, através da incorporação de outros saberes profissionais, ao mesmo tempo em que, sinaliza para a ampliação da rede de serviços com base em relações multisetoriais (MS, 2008).

Assim, com base em uma revisão de estudos publicados que abordam a construção do modelo de atenção à saúde básica no Brasil e o Programa de Saúde da Família, pretende-se subsidiar a reflexão sobre a organização do trabalho para os profissionais que atuam em equipes de Saúde da Família. Essa discussão teórica pode se refletir no aprimoramento de sua prática multiprofissional, considerando as dificuldades vivenciadas por esses profissionais.

JUSTIFICATIVA

Os avanços da política de atenção à saúde no Brasil permeiam os movimentos de redemocratização do país, ocorridos na década de 70, e coincide com a realização das grandes conferências de saúde e do movimento sanitarista brasileiro.

A análise, pois, deste período pré-SUS, se justifica para compreendermos os avanços e as deficiências do atual modelo de saúde para a consolidação do Sistema Único de Saúde e do PSF.

Há ainda questões relacionadas à organização do modelo de atenção à saúde com ênfase na atenção primária à saúde, cujas estratégias para o seu enfrentamento remontam às discussões desenvolvidas ao longo do processo de reorganização do sistema de saúde brasileiro. A estratégia da Saúde da Família foi pautada em diretrizes formuladas no bojo da redemocratização do país, no qual o movimento da Reforma Sanitária se inseriu.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Sistematizar o conhecimento produzido sobre política pública de saúde no Brasil após 1984 e a construção modelo de atenção à saúde básica e a estratégia da saúde da família.

Objetivos específicos:

- ✓ Analisar a relação entre os princípios defendidos pelo movimento sanitaria e as estratégias adotadas pelo SUS e PSF.
- ✓ Contribuir para a construção coletiva do conhecimento através de reflexões com as Equipes de PSF.
- ✓ Fornecer elementos para melhorar a atuação multiprofissional das equipes.

METODOLOGIA

O presente estudo teve como metodologia uma revisão e síntese da literatura sobre a construção do modelo de atenção à saúde básica no Brasil e o Programa de Saúde da Família, com o objetivo de subsidiar informações para os profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde, realizada por meio de levantamento retrospectivo dos principais documentos Normativos do SUS e de artigos científicos publicados nos últimos 25 anos (1984 a 2009).

Para tanto, partiu-se de uma revisão dos principais documentos normativos do SUS: a Norma Operacional Básica de 93(MS, 1993) e a Norma Operacional Básica de 96(MS, 1996), e as Leis Orgânicas da Saúde (MS,1990). Para avançar no estudo, fez-se um levantamento e sistematização dos relatórios finais das principais conferências de Saúde: a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (OPAS, 1978), a 8ª Conferência Nacional de Saúde (MS, 1986) e a 12ª Conferência Nacional de Saúde (MS, 2003), por considerá-las, conforme pensamento de Gil (2006), representativas do debate democrático entre academia, gestores, profissionais e usuários do SUS.

Concomitantemente, fez-se uma revisão de literatura acessando a base de dados da coleção Scientific Electronic Library Online (SciELO) a partir das palavras-chave Reforma Sanitária, Programa de Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Planejamento em Saúde e SUS. Foram selecionados os artigos com texto completo, em português, que apresentavam em seu título um dos descritores, publicados no período anteriormente mencionado.

Dentre os critérios de exclusão estão: resumos de artigos, artigos não disponíveis no Brasil e em outros idiomas,

A partir dos descritores DeCS/MeSH aqui propostos, a identificação dos trabalhos tornou-se muito ampliada devido ao grande número de artigos publicados sobre o tema.

A pesquisa encontrou 491 artigos que apresentavam um dos descritores no seu título.

A tabela1 apresenta a distribuição de artigos segundo os descritores e principais periódicos nacionais.

Tabela 1: Distribuição dos artigos segundo periódicos e descritores selecionados

Periódico	Reforma sanitária	Programa de Saúde da Família	Atenção Primária à Saúde	Planejamento em saúde	SUS	Total Period.
Cad. Saúde Pública	15	28	15	11	24	93
Ciência Saúde Coletiva	4	26	4	4	47	85
Interface Botucatu	—	13	3	1	15	32
Revi. Bras. Enfermagem	—	12	1	—	10	23
Rev. Saúde Pública	1	9	2	2	6	20
Rev. Latino-Am. Enfermagem	1	5	—	2	16	24
Outros	9	71	13	4	117	214
Total	30	164	38	24	235	491

* Fonte: <http://www.SciELO.org>. Acessado em 03/Nov./2009.

Em uma primeira leitura dos títulos e/ou resumo dos estudos foi possível selecionar aqueles que estavam mais próximos do tema de interesse. Foram excluídos os estudos que abordavam questões político-partidárias, análises jurídico-institucionais, saúde hospitalar, casos clínicos, ciências agrárias, política de medicamentos, políticas sindicais, luta de classes e integração Latino-americana, totalizando 233 artigos.

A partir deste critério, foram selecionados 30 artigos sobre reforma sanitária, 32 sobre Programa de Saúde da Família, 10 artigos sobre Atenção Primária à

Saúde, 05 sobre Planejamento em Saúde, e 57 artigos sobre SUS, totalizando 134 artigos, descritos na tabela 2.

Tabela 2: Número de artigos selecionados segundo periódico e descritores

Periódico	Reforma sanitária	Programa de Saúde da Família	Atenção Primária à Saúde	Planejamento em saúde	SUS	Total Periód.
Cad. Saúde Pública	15	6	5	2	9	37
Ciência Saúde Coletiva	4	6	1	1	20	32
Interface Botucatu	–	3	1	–	6	10
Revi. Bras. Enfermagem	–	4		–	3	7
Rev. Saúde Pública	1	1	1		2	5
Rev. Latino-Am. Enfermagem	1	3		2	1	7
Outros	9	9	2	–	16	36
Total	30	32	10	05	57	134

-Fonte: <http://www.SciELO.org>. Acessado em 03/Nov./2009.

Após uma análise mais acurada dos resumos e de alguns artigos completos, foi então selecionado um total de 27 estudos que atendiam aos critérios estabelecidos para a pesquisa bibliográfica, cujo objeto de estudo se relaciona aos aspectos constitutivos de modelo de atenção à saúde brasileira, em suas potencialidades e limites, conforme tabela 3.

Tabela 3: Seleção final dos artigos segundo periódico e descritores

Periódico	Reforma sanitária	Sistema Único de Saúde	Programa de Saúde da Família	Total por Periódico
-----------	-------------------	------------------------	------------------------------	---------------------

Cad. Saúde Pública	7		2	9
Ciência Saúde Coletiva	-	2	1	3
Interface Botucatu	1	1	1	3
Revi. Bras. Enfermagem	-	1	2	3
Rev. Saúde Pública	1	-	-	1
Rev. Latino-Am. Enfermagem	1	-	1	2
Rev. esc. enferm. USP.	-	-	1	1
São Paulo-Perspectiva	-	1	-	1
Estud. Av. São Paulo	-	1	-	1
Physis, Rio de Janeiro	-	-	1	1
Saúde Soc. São Paulo	-	-	1	1
Psicol. Soc., Porto Alegre	-	-	1	1
Total	10	6	11	27

Fonte: <http://www.SciELO.org>. Acessado em 03/Nov./2009.

Os artigos sobre Atenção Primária à Saúde e Planejamento em Saúde foram incluídos na tabela 3, nos tópicos sobre Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde e Programa de Saúde da Família, por se tratarem de assuntos inter-relacionados. Cabe comentar que os artigos científicos que abordam os temas em estudo estão concentrados em periódicos da Saúde Pública, destacando-se a revista Cadernos de Saúde Pública da Fiocruz como o principal veículo de divulgação de estudos sobre o assunto. Por fim, serão apresentadas algumas considerações finais sobre os estudos revisados, apontando para as perspectivas de trabalho que deverão ser desenvolvidas à luz dos aspectos abordados.

REVISÃO DA LITERATURA

1. O Movimento da Reforma Sanitária

Considerando a importância do “Movimento da Reforma Sanitária” na reorientação do Modelo de Atenção à Saúde Brasileira, faremos neste capítulo um breve resumo de artigos e textos que tratam do tema. Ao abordar do tema da reforma sanitária brasileira, este estudo incluirá na estrutura da discussão artigos a respeito das conferências de saúde realizadas no Brasil e no Mundo e sobre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Oliveira (1987), em artigo intitulado “Reformas e Reformismo: "democracia progressiva" e políticas sociais (ou "para uma teoria política da reforma sanitária)", chama a atenção para os diversos sentidos dados ao termo reforma sanitária no Brasil. O autor sugere para efeito de análise da política de saúde brasileira, deve-se fazer um recorte entre os períodos de 1964 a 1970 e o período que se segue aos anos 70. Segundo o autor, o período que se segue a meados dos anos 70 nasce fruto de uma crise política, econômica, de legitimidade e fiscal que o regime militar atravessava naquele momento, coincidindo com os movimentos de abertura política.

Médici (1986) considerava naquela época a necessidade de uma ampla reforma sanitária, com destaque para o aprofundamento das estratégias de regionalização, hierarquização e controle social, associado a um novo desenho da política de recursos humanos. O autor considerava a necessidade de ações no campo da formação profissional, no campo da integração das políticas de recursos humanos com as políticas de saúde e no campo trabalhista.

Quando analisada do ponto de vista de sua viabilidade, Gallo et al(1988), descrevem a necessidade de compreender a reforma sanitária como uma estratégia maior, globalizada e sobretudo, setorizada, na direção da consolidação da reforma democrática do capitalismo brasileiro. O estudo considera a “Reforma Sanitária” como um projeto específico, advindo de uma trajetória que ultrapassa as questões de saúde.

Na visão dos autores, o interesse dos movimentos sociais, sindicais e populares com a área da saúde se tornou relativo na operacionalização dos princípios da reforma, à medida que outros problemas referentes às questões salariais, de transportes, habitação e posse da terra iam se tornando prioridade, dando espaço para as discussões tecnocratas, restritas aos profissionais do setor saúde.

Os autores destacam ainda que os pressupostos delineados pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e o slogan “Saúde Para Todos no ano 2000”, tutelado pela Organização Mundial de Saúde, em decorrência da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma Ata, no ano de 1978, foi uma importante estratégia de sustentação às políticas de reformas setoriais ocorridas.

Ainda sob o ponto de vista da influência dos movimentos sociais no conjunto da reforma sanitária brasileira, Costa (1988), considera que, com a participação de interlocutores sociais no movimento reformista, a organização dos serviços deixa de ser tratada em seu aspecto puramente técnico e agrega em seu escopo as demandas coletivas como políticas sociais.

O estudo destaca ainda, que os movimentos sociais, sob o ponto de vista da reforma, procuraram unir segmentos heterogêneos da população urbana, com mobilização apartidária e não sindical, procurando desta forma, ocupar espaço na cena histórica na ausência de organizações formais de defesa econômica e política naquele período.

Em 1990, Teixeira e Paim alertam para a necessidade de organizar os serviços de saúde tomando como base os princípios delineados pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e descreve o princípio da integralidade, forte componente da reforma sanitária, como contraponto ao atendimento fragmentado por agravo praticado até então.

Outro aspecto levantado por Teixeira e Paim (1990), em relação às mudanças propostas pela reforma sanitária, diz respeito à necessidade de inverter a tendência verticalizadora das ações de saúde sustentadas pelo poder do Estado, abrindo uma perspectiva de promover uma organização horizontal e progressiva dos programas do setor.

Nesta perspectiva, Lana e Gomes (1996), enxergam o processo da reforma sanitária como um espaço onde esteve em luta os interesses hegemônicos, considerados pelos autores como correntes neoliberais, e os interesses dos trabalhadores e profissionais da saúde, voltados para construção de uma vertente contra-hegemônica do setor.

Os autores consideram que nesse processo de discussão do novo modelo assistencial, o planejamento em saúde deveria passar de um modelo de normatização, que na visão dos autores não dava conta das demandas geradas pelo movimento, para

um modelo que trazia em sua base a incorporação das necessidades de transformação social e política, baseadas nas diretrizes propostas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Por outro lado, Cohn e Elias (2002) levantam a hipótese de que a institucionalização das propostas da reforma sanitária na Constituição de 1988 exerceu um papel importante no esgotamento das discussões das propostas originais da Reforma Sanitária Brasileira. Segundo o estudo, a partir da institucionalização, ganham força as discussões a respeito da regulamentação e implantação do SUS no seu aspecto técnico, como já sustentavam Gallo et al (1988).

No entanto, Feuerwerke (2005) considera que a reforma sanitária foi e continua sendo uma proposta, uma vez que, no entendimento da autora, oferece princípios e proposições, muitos dos quais discutidos na 8ª Conferência Nacional de Saúde e incorporados à Constituição Federal de 1988. Ao mesmo tempo, a autora considera a reforma sanitária um processo, que incluiu um sentimento de consciência sanitária, defesa da participação cidadã e a vinculação da saúde com as lutas políticas e sociais.

A autora destaca a interação do processo de luta pela democracia com as proposituras no campo da saúde, e considera que esta interação contribuiu para o processo de construção do SUS, apesar de todas as dificuldades enfrentadas naquela época.

Diante disso, Feuerwerke (2005) conclui em seu artigo que a reforma sanitária se estruturou democraticamente, de forma diversificada e inclusiva, mantendo coerência com o escopo de suas proposições.

Machado (2007) considera que a promulgação da Lei Orgânica da Saúde ocorrida em 1990 e a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde contribuíram para o fechamento de um ciclo da reforma sanitária. No período estudado, entre os anos de 1990 a 2002, a autora detectou mudanças significativas no modelo de intervenção do Ministério da Saúde, influenciadas na visão da mesma, pela agenda da reforma sanitária e pela reforma liberal do Estado.

Em 2009, Cohn e colaboradores voltam a tratar do tema da reforma, em artigo que avalia a reforma sanitária após 20 anos do SUS, e reafirmam a hipótese de

que o processo de implantação do SUS levou os militantes da reforma sanitária brasileira a se abdicarem do conceito emancipatório presente no movimento reformista, em troca das discussões tecnicistas de implantação do SUS. Os autores, a despeito das argumentações de que o tema da reforma sanitária tenha perdido visibilidade na literatura, a retomada dessa discussão não é uma atitude saudosista, ao contrário, consideram oportuno, a partir dessas discussões, retomar as teses e conceitos abandonados ao longo de sua construção.

2. O Sistema Único de Saúde (SUS)

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em março de 1986, é vista por Yunes (1999) como um movimento propulsor das idéias que mudariam a forma como vinha sendo tratada a saúde no Brasil. João Yunes considera

que as propostas de criação do SUS e municipalização da saúde aprovadas nesta conferência, podem ser divididas em três diretrizes principais, representadas pela descentralização das ações de saúde, atendimento integral e participação popular.

Neste artigo, Yunes destaca como parte essencial deste processo de descentralização, a transferência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para o âmbito do Ministério da Saúde. Segundo o autor, à medida que o Sistema Único de Saúde (SUS) era construído, este processo de descentralização se acentuava com a transferência da responsabilidade da saúde para os municípios, desencadeando o processo de municipalização da saúde.

No sentido de colaborar com estas mudanças em curso, o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) oficializou a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), comissão formada por representantes das três esferas de governo, e que funcionava como uma instância de negociação, de pactuação e de discussão suprapartidárias, com interesses comuns na organização das políticas públicas de saúde. (YUNES, 1999).

Com a publicação do artigo “Serviços de Saúde do SUS na nova década”, Silva (2003), argumenta que após mais de dez anos do início do processo de implementação do SUS, percebe-se que a atenção à saúde naquele período continuava sendo operacionalizada através de um sistema segmentado e desarticulado.

Com relação aos problemas de ordenamento e de acesso ao sistema público de saúde, o autor identifica como elementos propulsores à implementação do SUS, o perfil do processo de descentralização em curso e a reestruturação da atenção básica, servindo como porta de entrada mais resolutiva e eficaz em relação às demandas da população.

Lucchese (2003) argumenta que a operacionalização das diretrizes constitucionais de descentralização e de participação comunitária contribuiu para o conjunto de mudanças no modo de atuação do Estado no campo social, e partilha a idéia de que estas mudanças têm progressivamente fortalecido as esferas de governo.

Lucchese (2003) destaca ainda a crescente autonomia dos entes federados na formulação das políticas de saúde e na gestão política e financeira.

Em 2005, Feuerwerker ressalta a abrangência do Sistema Único de Saúde, dando destaque ao crescimento do número de trabalhadores incorporados ao setor, bem

como, a adesão dos municípios e estados, mediante mecanismos democráticos de funcionamento e pactuação. A autora considera que apesar dos obstáculos enfrentados na sua implantação, o SUS vem conseguindo avanços importantes para a saúde da população brasileira.

No entanto, o artigo reforça a idéia de que, da mesma forma que houve avanços na implementação do sistema público de saúde, o sistema de saúde complementar, denominado pela autora de “subsistema privado”, também avançou. Feuerwerker (2005), admite que o avanço do sistema de saúde complementar reforça a idéia na sociedade e junto aos profissionais de saúde, de valores que o SUS procura desconstruir.

Machado et al (2007) avaliam que o processo de construção do SUS enfrentou inúmeras limitações, que passavam pela formação dos profissionais de saúde e dos gestores, que se deparavam com uma nova forma de fazer saúde e pela adequação de recursos financeiros e estruturais.

No entanto, as autoras comungam a idéia de que a partir da implementação do SUS, foi desencadeado um processo de ampliação na quantidade e na qualidade de serviços de saúde, representando uma proposta de ação renovada em saúde.

Souza (2008) considera que o SUS, garantido pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Orgânicas da Saúde (Lei N.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei N.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990), com seus princípios doutrinados e preceitos constitucionais de universalidade, equidade e integralidade, representam um grande avanço no projeto de Reforma Sanitária Brasileira.

O artigo destaca, no entanto, a insuficiência destas Leis para promover as transformações necessárias para a construção de um novo modelo de atenção à saúde integral das famílias. A autora destaca ainda as várias tentativas de mudar a organização e a oferta de serviços em saúde ocorridos no Brasil e pondera para a necessidade de compreender a saúde em seus aspectos sociais e multicausais.

Nesse cenário, nasce o Programa Saúde da Família (PSF,) em março de 1994, como uma estratégia política para promover a organização das ações de atenção básica à saúde nos sistemas municipais de saúde.

3. Programa de Saúde da Família-(PSF)

Iniciado em 1994, a estratégia de Saúde da Família é considerada um projeto dinamizador do SUS condicionado pela evolução histórica e pela organização do sistema de saúde no Brasil (MS, 2009).

Em 1994, o Ministério da Saúde definiu o PSF como "um modelo de assistência à saúde que visa desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde prestando atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária" (BRASIL, 1994, p. 10-11).

Marques e Mendes (2003) consideram que houve um avanço qualitativo da participação do Governo Federal a partir de 1997, com a vigência da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), mediante a priorização de alocação de recursos aos municípios para manutenção da atenção básica. Por outro lado, o artigo concebe a idéia de que ao incrementar as transferências diretas de fundo a fundo, este artifício poderia obstaculizar a construção de políticas de saúde focadas nas necessidades locais.

Desde 1994, o PSF vem rapidamente expandindo a cobertura em saúde da população brasileira e conseqüentemente sua força de trabalho. Assim demanda atenção, responsabilização e contribuições de várias naturezas, de atores e instituições (RIBEIRO et al, 2004).

No entanto, a despeito deste processo de expansão, as autoras defendem a idéia de que o PSF compartilha em sua estrutura organizacional, características de outros trabalhos do setor de serviços, como a burocratização, a influência da divisão parcelar do trabalho e as dificuldades do trabalho em equipe, que deterioram e torna vulnerável este processo de crescimento. Um aspecto considerado importante pelas autoras é a necessidade de alicerçar o processo de trabalho das equipes de PSF com base nas condições sócio-políticas, materiais e humanas, sob o olhar de quem exerce o trabalho e de quem o recebe.

A construção de um novo modelo assistencial em saúde, no sentido dos valores propostos pelo SUS e que aparecem, em parte, no PSF, é, na concepção das autoras, um desafio que requer rompimentos, enfrentamentos e criação nas diversas dimensões que os problemas se apresentam.

Fracolli e Zoboli (2004) consideram que a implantação do PSF prevê ações de saúde humanizadas, tecnicamente competentes e intersetorialmente articuladas, tornando fundamental "acolher". As autoras entendem que "sem *acolher e vincular*" não se concretiza a responsabilização e a resolutividade dos processos sociais de saúde e

doença, o que leva, na visão das autoras, um aumento no nível de exigência na relação intrínseca entre usuários, profissionais e trabalhadores dentro da unidade de saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF) surge então, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (ROSA E LABATE, 2005). As autoras creditam a origem do PSF à busca de novos modelos de assistência, decorrente de um momento histórico-social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atendia mais às mudanças ocorridas no mundo e às necessidades das pessoas. Nesta direção, as autoras vêem o PSF sob uma nova ótica de intervenção em saúde que tem como foco de atenção a família e não somente o indivíduo doente, e que tem, segundo as autoras, potencialidades para modificar o modelo assistencial vigente no país.

Viana e Dal Poz (2005) entendendo que o PSF adota como eixo de atuação da equipe de saúde o núcleo familiar, o consideram um sucessor do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Sob o ponto de vista da reorganização dos serviços de saúde, o artigo concebe a idéia de que o PSF representa um modelo de intervenção ativa em saúde, integrado com a comunidade e sedimentado em bases multidisciplinares. Outro aspecto que os autores consideram positivo a partir da implantação do PSF foi um incremento no grau de articulação entre os governos, entre os profissionais e a comunidade.

O trabalho em equipe multiprofissional é considerado um importante pressuposto para a reorganização do processo de trabalho no âmbito do Programa de Saúde da Família. Ainda segundo as autoras isto pressupõe mudanças na organização do trabalho e nos padrões de atuação individual e coletiva, para uma maior integração entre os profissionais e as ações que desenvolvem(SILVA e TRAD, 2005).

Cortez e Tocantins (2006), corroborando com Rosa e Labate (2005) consideram que a criação do PSF foi motivada pela necessidade de organizar a assistência à saúde a partir da atenção básica, com a valorização das práticas de promoção e prevenção à saúde, representando na visão dos autores, a adoção da estratégia de saúde da Família um avanço em relação aos atendimentos dos postos e centros de saúde.

Quando comparado com os postos e centros de saúde, Cortez e Tocantins (2006) destacam que o atendimento realizado através do PSF se mostra mais organizado

do ponto de vista do acompanhamento coletivo das famílias, da referência e contra-referência, da resolutividade, do custo social e financeiro, assim como, na articulação intersetorial.

Ainda, sob a ótica de Cortez e Tocantins (2006) a atuação nas reais necessidades das famílias depende da adoção de novos olhares e saberes profissionais.

O Programa de Saúde da Família alinha-se a um grupo de propostas com características semelhantes que vêm sendo preconizadas, como "modelos" para reorganização da assistência à saúde. Esses modelos são os da Medicina ou Saúde Comunitária, Medicina ou Atenção Integral à Saúde, Atenção Primária de Saúde e Atenção Básica de Saúde (Sisson, 2007). Segundo a autora, o PSF representa no bojo de dimensões humanistas, meta relativa ao bem-estar físico, mental e social do ser humano, e de transformação social, que associadas às racionalidades econômicas, científicas e técnicas, se inserem no contexto em que as políticas de saúde se desenvolvem.

Dessa forma, a autora destaca a importância do desenho do modelo assistencial local para a redução das desigualdades sociais na utilização de serviços de saúde, remetendo a discussão ao modelo do Programa de Saúde da Família (PSF).

Com relação à operacionalização do PSF, Oliveira e Albuquerque (2008) destacam a adoção dos princípios básicos que regem o SUS como base estruturante do PSF. Segundo os autores, a partir da Unidade de Saúde da Família, o programa passa a atuar de forma hierarquizada, com princípios de adscrição de clientela e territorialização sem a necessidade de criação de novas unidades de Saúde, com exceção às comunidades desprovidas de atendimento básico à saúde.

O acesso aos serviços básicos de saúde no âmbito do SUS, segundo Shimizu e Rosales (2009) apresenta-se limitado em três aspectos principais: baixa capacidade de integração entre as equipes da atenção básica (unidades tradicionais), as equipes do PSF, e entre estas; desintegração entre as equipes da atenção básica, limitando desta forma, a capacidade de referência e contra-referência, e por último, a baixa capacidade das equipes de atenção básica e PSF em elaborarem planos, programas, projetos ou ações que potencializem suas relações e integrações com outros setores do governo.

Desta forma, as autoras concluem que o PSF, no que se refere às desigualdades na saúde, não responde isoladamente a esta responsabilidade social e no que diz respeito às desigualdades de acesso aos serviços básicos de saúde, o estudo

identifica que o PSF também não pode responder de forma isolada por esta “tarefa”, uma vez que, existem fatores determinantes políticos, sócio-culturais, econômicos e ambientais, potenciais contribuintes para as relações de iniquidades na atenção básica à saúde.

É preciso destacar, no entanto, como o faz Senna (2009), que a implantação do PSF se depara com o dilema entre a perspectiva de racionalização dos gastos e a busca de equidade e justiça social. A autora, contextualizando a formulação do PSF considera, entretanto, que este não se constitui uma iniciativa isolada, ao contrário, faz parte de um conjunto de medidas de reforma do setor ocorridas a partir dos anos 90, mediante ações regulatórias e alocação de recursos, que visavam aumentar os níveis de equidade e eficácia do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo de revisão bibliográfica é possível avaliar que as relações entre política, democracia, saúde e movimentos sociais representaram a partir de 1970 um importante projeto reformista das relações do Estado com a sociedade.

A Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978, significou um marco de influência nos debates sobre as políticas de saúde no mundo e reafirma a saúde como direito humano fundamental (OPAS, 1978).

O movimento reformista que surge a partir de 1970 nasce fruto de uma crise política, econômica, de legitimidade e fiscal, coincidindo com os movimentos de abertura política. (OLIVEIRA, 1987).

As conferências Nacionais de Saúde exerceram um importante papel na agenda político-estratégica da saúde e nos debates entre gestores, profissionais e usuários. A partir daí surgem novos caminhos para a sociedade brasileira no campo da saúde, com a incorporação de direitos constitucionais à saúde a todos os brasileiros na Constituição Federal de 1988.

Os movimentos sociais, sindicais e populares aparecem como propulsores deste movimento reformista da saúde, no entanto, alguns autores consideram que a institucionalização dos princípios da reforma sanitária pela Constituição de 1988 trouxe certa acomodação a estes movimentos.

O estudo revela ainda que as Normas Operacionais Básicas do SUS (MS, 1993; MS, 1996), foram importantes instrumentos de regulação, reorientação e implementação do SUS, editados a partir das discussões da 9ª Conferência Nacional de Saúde.

O Programa de Saúde da Família aparece como uma importante estratégia capaz de contemplar os principais eixos norteadores do movimento da reforma sanitária, representados pela unificação dos serviços de saúde, descentralização, hierarquização do atendimento e integralidade da atenção, em bases multiprofissionais.

No entanto, esta revisão permite-nos concluir que estas bases multiprofissionais precisam ser ampliadas e modificadas, no sentido da incorporação de novos olhares e saberes profissionais, e nas relações entre as equipes e os profissionais, que devem buscar um modelo de atuação comum.

Pretende-se, portanto, que esta revisão bibliográfica possa servir de referência teórica e instrumento de estudo para os membros das equipes de PSF do município de Berilo, dos gestores e ONGs locais no sentido de melhorar o entendimento sobre as bases históricas que nortearam a formação do SUS e o processo de implantação do Programa de Saúde da Família.

O conhecimento acerca do tema deve ser estimulado nos grupos de discussão e nas realizações das atividades no âmbito municipal, no sentido de reorientar a rotina de trabalho das equipes e a articulação intersetorial, haja vista que, a realização de atividades multiprofissionais é ainda um desafio a ser conquistado no âmbito das equipes de PSF de Berilo.

Assim, torna-se imperiosa a apresentação e a discussão do tema abordado neste estudo aos membros do Conselho Municipal de Saúde e na próxima Conferência Municipal de Saúde, dada a importância do fator mobilizador para a concretização dos aspectos básicos levantados.

Os quadros demonstrados a seguir destacam as principais características apresentadas nos estudos revisados sobre os temas selecionados.

Quadro - I

Características e contextos encontrados nos artigos a partir dos descritores Reforma Sanitária, Programa de Saúde da Família, Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde e Planejamento em Saúde, presentes nos textos SciELO, 1984 a 2009 e documentos oficiais.		
	Características e contextos encontrados	Referências

<u>Reforma Sanitária</u>	<ul style="list-style-type: none"> Movimento de mobilização social, que vincula as questões de saúde às discussões de reforma democrática e política brasileira. 	Gallo et al(1988) Costa(1988) Feuerwerker(2005)
	<ul style="list-style-type: none"> Nasce fruto de uma crise econômica, fiscal, política e de legitimidade. 	Oliveira(1987)
	<ul style="list-style-type: none"> Exerce um importante papel na construção do SUS 	Feuerwerker(2005)
	<ul style="list-style-type: none"> Com a constitucionalização dos direitos à saúde os movimentos sociais reduzem sua participação nas discussões do setor. 	Gallo et al(1988) Cohn et al (2002)
	<ul style="list-style-type: none"> A partir de 1988 ganha espaço as discussões técnicas e os desafios sobre implantação do SUS, mais restritos aos profissionais da área. 	Cohn et all(2002) Cohn (2009)

Quadro - II

Características e contextos encontrados nos artigos a partir dos descritores Reforma Sanitária, Programa de Saúde da Família, Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde e Planejamento em Saúde, presentes nos textos SciELO, 1984 a 2009 e documentos oficiais.

	Características e contextos encontrados	Referências
<u>Sistema Único de Saúde</u>	<ul style="list-style-type: none"> Representou um grande avanço ao projeto da Reforma Sanitária. 	Souza (2008)
	<ul style="list-style-type: none"> Enfrentou inúmeras limitações na formação de profissionais e gestores e nas condições de gerenciamento e acesso. 	Machado et al(2007)
	<ul style="list-style-type: none"> Fortaleceu o processo de descentralização, participação comunitária e priorização da atenção básica. 	Silva(2003)
	<ul style="list-style-type: none"> A operacionalização de seus princípios constitucionais contribuiu para modificar a atuação do Estado no Campo Social. 	Machado et al(2007)
	<ul style="list-style-type: none"> A partir da sua criação houve um crescimento do número de trabalhadores incorporados ao setor. 	Lucchese(2003)

Quadro -III <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>

Características e contextos encontrados nos artigos a partir dos descritores Reforma Sanitária, Programa de Saúde da Família, Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde e Planejamento em Saúde, presentes nos textos SciELO, 1984 a 2009e documentos oficiais.

	Características e contextos encontrados	Referências
<u>Programa de Saúde da Família</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Programa dinamizador do SUS. 	MS (2009)
	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica e dos princípios do SUS. 	Brasil (1994). Oliveira e Albuquerque (2008) Rosa e Labate(2005) Cortez e Tocantins (2006)
	<ul style="list-style-type: none"> • Adota como eixo de atuação o Núcleo Familiar. 	Brasil (1994). Viana e Dal Poz(2005)
	Representa um avanço em relação ao atendimento tradicional feito nos postos e centros de saúde.	Cortez e Tocantins (2006)
	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégia de atuação ativa, com adscrição de clientela em bases multiprofissionais. 	Oliveira e Albuquerque (2008) Viana e Dal Poz(2005)

Quadro - IV

Características e contextos encontrados nos artigos a partir dos descritores Reforma Sanitária, Programa de Saúde da Família, Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde e Planejamento em Saúde, presentes nos textos SciELO, 1984 a 2009 e documentos oficiais.

	Características e contextos encontrados	Referências
<u>Organização do processo de trabalho em bases multiprofissionais e multisetoriais.</u>	<ul style="list-style-type: none"> • O acolhimento é uma importante ferramenta de apoio na realização de ações no âmbito do PSF. 	Fracolli e Zoboli(2004)
	<ul style="list-style-type: none"> • O trabalho em equipe facilita a construção de consensos quando os objetivos e resultados a serem alcançados são convergentes. 	Silva e Trad(2005)
	<ul style="list-style-type: none"> • A formação de equipes deve permear o conhecimento e a valorização que um membro tem do trabalho do outro. 	Ribeiro et al(2004)
	Integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais, requer equipes com visão interdisciplinar e formação multiprofissional	Ribeiro et al (2004)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1994. 36p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 1444 de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, v.138, n. 250, p.85, 29 dez. 2000. Seção 1.

COHN, Amélia. **A Reforma Sanitária Brasileira após 20 anos do SUS: reflexões**. Cad. Saúde Pública vol.25 no. 7 Rio de Janeiro July 2009. Disponível em <<http://www.SciELO.br/SciELO.php>>.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Eqüidade e reformas na saúde nos anos 90**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em <http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 nov. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2002000700017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986**. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em 06 dez. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde. 1992**. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf>. Acesso em 06 dez. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde. 1996**. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf>. Acesso em 06 dez. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde. 2000**. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf>. Acesso em 06 dez. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde. 2003**. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf>. Acesso em 06 dez. 2009.

CORTEZ, Elaine Antunes; TOCANTINS, Florence Romijn. **Em busca de uma visão antropológica no Programa de Saúde da Família**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 59, n. 6, dez. 2006. Disponível em <http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 nov. 2009. doi: 10.1590/S0034-71672006000600015.

COSTA, Nilson do Rosário. **Transição e movimentos sociais contribuição ao debate da reforma sanitária.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, jun. 1988.

Disponível em <http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1988000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 nov. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X1988000200005.

FEUERWERKER, Laura. **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 18, dez. 2005. Disponível

m<http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 nov. 2009. doi: 10.1590/S1414-32832005000300003.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família.**

Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 38, n. 2, jun. 2004. Disponível m<http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 nov.2009. doi: 10.1590/S0080-62342004000200004.

GALLO, Edmundo et al . **Reforma sanitária: uma análise de viabilidade.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, dez. 1988. Disponível em

<http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1988000400007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 nov. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X1988000400007.

GIL, Célia Regina Rodrigues. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, June 2006 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 nov. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2006000600006.

LANA, Francisco Carlos Félix; GOMES, Elizabeth Laus Ribas. **Reflexões sobre o planejamento em saúde e o processo da reforma sanitária brasileira.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, jan. 1996. Disponível em

<http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 nov. 2009. doi: 10.1590/S0104-11691996000100009.

LUCCHESI, Patrícia T. R.. **Eqüidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em

<http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 nov.2009. doi: 10.1590/S1413-81232003000200009.

MACHADO, Cristiani Vieira. **O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, set. 2007.

Disponível em <http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2007000900019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 nov. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2007000900019.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al . **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abr. 2007. Disponível em <http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 nov.2009. doi: 10.1590/S1413-81232007000200009.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. **Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em <http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 nov. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232003000200007.

MEDICI, André Cezar. **Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, dez. 1986. Disponível em <http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 nov. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X1986000400002.

MENDES, Isabel Amélia Costa. **Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, June 2004. Disponível em <http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 nov. 2009. doi: 10.1590/S0104-11692004000300001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE(MS). **Atenção Básica e a Saúde da Família.** Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em 06 de Nov. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Legislação do SUS. Lei n. 8.080/90.** Disponível em <<http://www.saude.gov.br/> .Acesso em 06 nov.2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Legislação do SUS. Lei n. 8.142/90.** Disponível em <<http://www.saude.gov.br/>. Acesso em 06 nov.2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Legislação. Portarias. Portaria 648 de 28 de março de 2006.** Disponível em < http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf >. Acesso em 06 nov.2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação. Portarias. Portaria 154 de 18 de março de 2008.** Disponível em < http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154_18_03_08.pdf >. Acesso em 06 nov.2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 93.1993**. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cns/NOB96/nob-info.html>>. Acesso em 06 nov.2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96.1996**. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cns/NOB96/nob-info.html>>. Acesso em 06 nov.2009.

OLIVEIRA, Jaime A.. **Reformas e reformismo: "democracia progressiva" e políticas sociais (ou "para uma teoria política da reforma sanitária")**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, dez. 1987. Disponível em <http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1987000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 nov. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X1987000400002.

OLIVEIRA, Suenny Fonseca de; ALBUQUERQUE, Francisco José Batista de. **Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço**. Psicol. Soc., Porto Alegre, v. 20, n. 2, ago. 2008. Disponível em <http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000200011&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 04 nov. 2009. doi: 10.1590/S0102-71822008000200011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE(OPAS). **Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; URSS. Disponível em <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em 06 nov. 2009.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G.. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, abr. 2004. Disponível em <http://www.SciELOsp.org/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 nov.2009. doi: 10.1590/S0102-311X2004000200011.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. **Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, dez. 2005. Disponível em<http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 nov.2009. doi: 10.1590/S0104-11692005000600016.

SENNA, Mônica de Castro Maia. **Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em<http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 nov.2009. doi: 10.1590/S0102-311X2002000700020.

SHIMIZU, Helena Eri; ROSALES, Carlos. **As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde?.**

Rev. bras. enferm., Brasília, v. 62, n. 3, jun. 2009 . Disponível em <http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 nov.2009. doi: 10.1590/S0034-71672009000300014.

SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da; TRAD, Leny A. Bomfim. **O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2005 . Disponível em

<http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 nov.2009 doi: 10.1590/S1414-32832005000100003.

SILVA, Pedro Luiz Barros. **Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década.** São Paulo Perspec., São Paulo, v. 17, n. 1, mar. 2003 . Disponível em

<http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 nov. 2009. doi: 10.1590/S0102-88392003000100008.

SISSON, Maristela Chitto. **Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde.** Saude soc., São Paulo, v. 16, n. 3, dez. 2007. Disponível

em <http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 nov.2009. doi: 10.1590/S0104-12902007000300008.

SOUSA, Maria Fátima de. **O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 61, n. 2, abr. 2008 .

Disponível em <http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 nov. 2009. doi: 10.1590/S0034-71672008000200002.

TEIXEIRA, Maria da Glória Lima Cruz; PAIM, Jairnilson Silva. **Os programas especiais e o novo modelo assistencial.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, set. 1990. Disponível em

<http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 nov. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X1990000300004.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; DAL POZ, Mario Roberto. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** Physis, Rio de Janeiro, 2010 .

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 nov. 2009. doi: 10.1590/S0103-73312005000300011.

YUNES, João. **O SUS na lógica da descentralização.** Estud. av., São Paulo, v. 13, n. 35, abr. 1999 . Disponível

em <http://www.SciELO.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

40141999000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 nov.2009. doi:
10.1590/S0103-40141999000100006.