

MARIA CHRISTINA MOREIRA RODRIGUES

**POLÍTICAS DE SAÚDE, ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O MODELO
DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS**

TEÓFILO OTONI
2011

MARIA CHRISTINA MOREIRA RODRIGUES

**POLÍTICAS DE SAÚDE, ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O MODELO
DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria José Moraes Antunes

TEÓFILO OTONI/MINAS GERAIS

2010

MARIA CHRISTINA MOREIRA RODRIGUES

**POLÍTICAS DE SAÚDE, ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O MODELO
DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS**

FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em____/____/_____, com
NOTA_____(____, ____), pela comissão julgadora:

(Assinatura) (Titulação/nome/instituição)

(Assinatura) (Titulação/nome/instituição)

Coordenador da Comissão de Coordenação do Curso de Especialização em Atenção Básica
em Saúde da Família do Núcleo de saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG,

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/_____

RESUMO

Este trabalho está relacionado ao fortalecimento da atenção básica como lugar do mais amplo acolhimento as necessidades de saúde pelos profissionais da saúde da família. É preciso buscar dispositivos de escuta, para melhor ouvir e acolher o usuário. Objetivou compreender os motivos que levam a institucionalização de um novo modelo assistencial de saúde com enfoque na implantação da Estratégia Saúde da Família conforme as diretrizes do SUS e analisar relatos de experiência da implantação do novo modelo assistencial sob as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) especialmente a estratégia de Saúde da Família e sua evolução. Este estudo foi realizado tomando como base a revisão de literatura nacional de onde se extraiu contribuições acerca do tema proposto. A metodologia utilizada foi a de revisão integrativa. Concluiu-se que frente a implantação da Estratégia Saúde da Família conforme as diretrizes do SUS, os desafios são constantes como os ligados à falta de recursos, a comunicação entre os distritos, USF, coordenadores, gerentes e população. Em busca de efetividade em saúde os profissionais de saúde tentam superar as dificuldades através da busca de estratégias criativas locais, tais como: aumentar a vigilância em saúde, em trabalho de equipe, estruturando a atenção integral às famílias das comunidades adstritas, conhecendo suas necessidades. Essas são ações que servirão de base para os profissionais inseridos nos PSF construir soluções criativas que visem qualificar a atenção em saúde.

Palavras-chave: Assistência em saúde. Atenção primária em saúde. Saúde da família.

ABSTRACT

This work is related to strengthening primary care as the place of the broader health care needs by health professionals of the family. You must seek listening devices, to better hear and accept the user. Aimed to understand the reasons why the institutionalization of a new health care model focused on deployment of the Family Health Strategy according to the guidelines of the NHS and analyze reports of experience of implementation of new model of care under the guidelines of the Unified Health System (SUS) especially the Family Health Strategy and its evolution. This study was carried out based on the literature review which drew national contributions on the proposed topic. The methodology used was the integrative review. We conclude that the forward deployment of the Family Health Strategy according to guidelines of SUS, the challenges are listed as those related to lack of resources, communication between the districts, USF, engineers, managers and population. In search of effective health health professionals try to overcome the difficulties by finding local creative strategies such as increased vigilance in health, teamwork, structuring comprehensive care to families of the related communities, meeting their needs. These are actions that form the basis for the health professionals involved in PSF build creative solutions that aim to qualify health care.

Keywords: Health Assistance. Primary health care. Family health .

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde.
ESF	Estratégia de Saúde da Família.
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão.
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência médica da Previdência Social.
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social.
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USP	Universidade de São Paulo
USFs	Unidades de Saúde das Famílias

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 METODOLOGIA.....	8
3 DESENVOLVIMENTO.....	9
3.1 REVISÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E MUDANÇA DE MODELO ASSISTENCIAL A PARTIR DO SUS.....	9
3.2 MUDANÇA DE MODELO ASSISTENCIAL E OS PRINCÍPIOS DA UNIVERSALIDADE, EQUIDADE E INTEGRALIDADE.....	15
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERENCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

Para a realização deste trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde a Família – CEABSF – definiu-se como tema de estudo refletir acerca dos fatores que facilitam ou dificultam a mudança do modelo assistencial na atenção à saúde da população no âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Certamente ainda não foi concluída a proposta da mudança do modelo assistencial que se esperava a partir da Constituição Brasileira em 1988, em garantir o bem estar, satisfação, solução de problemas de saúde para a população, universalizando o direito de cidadania à saúde, através da hierarquização dos serviços públicos de saúde, tendo como principal porta de entrada as equipes de saúde da família no nível primário de atenção ou Atenção Primária em Saúde.

Em decorrência dessas mudanças, as pessoas em todas as cidades, acostumadas com o paradigma hospitalocêntrico, tem tido dificuldades em entender o que está acontecendo, uma vez que vivenciam experiências diferentes com o novo modelo assistencial implantado, agora com outras diretrizes, o que traz conflitos na relação usuários e equipes de saúde nos serviços de atenção básica ou Atenção primária em saúde (APS).

Vivenciando este problema, decidi conhecer experiências de implantação do modelo assistencial proposto para o SUS em municípios de porte semelhante ao município de Teófilo Otoni/MG, onde trabalho, tendo como finalidade refletir acerca dos níveis de satisfação dos usuários dos serviços de Atenção Primária de Saúde.

Este estudo se justifica por deixar a sua contribuição para a expansão e qualidade dos serviços de APS no município de Teófilo Otoni. Pretende-se também divulgar os resultados junto aos gestores de saúde, profissionais de saúde e a população de modo geral, para que ampliem seus conhecimentos e formas de implantar com sucesso a Atenção Primária em Saúde, e ainda possam, a partir de então, buscar as soluções para os problemas mais comuns de saúde da comunidade, uma vez que é na atenção primária que estão as respostas às necessidades sociais de saúde em mudança.

Os objetivos definidos foram compreender os motivos que levam a institucionalização de um novo modelo assistencial de saúde com enfoque na implantação da Estratégia Saúde da Família conforme as diretrizes do SUS e analisar relatos de experiência da implantação do novo modelo assistencial sob as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) especialmente a estratégia de Saúde da Família e sua evolução.

2 METODOLOGIA

A metodologia desenvolvida neste estudo constou de uma pesquisa bibliográfica através da leitura crítica de normas, regulamentos, leis, decretos relacionados ao tema, assim como teses, dissertações, monografias, artigos, livros, revistas científicas publicações em internet.

Os critérios para a seleção dos textos foram:

1- estarem disponíveis nos sites das principais universidades brasileiras e na rede *Scielo*;

2- estarem relacionados aos seguintes grupos de palavras: políticas de saúde; modelo assistencial pós constituição 1988; Atenção Primária de Saúde; experiências exitosas na Estratégia Saúde da Família (ESF) relacionadas aos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Todas as publicações encontradas, em torno de 30, foram lidas e as informações obtidas foram resenhadas, analisadas para que pudessem assim, fazer parte do corpo deste trabalho, definindo o caminho metodológico.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 REVISÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E MUDANÇA DE MODELO ASSISTENCIAL A PARTIR DO SUS

Fatores levantados por Polignano (2000), como a falta de recursos humanos materiais e financeiros, atrasos nos repasses dos pagamentos do Ministério da Saúde para os serviços conveniados, filas frequentes de pacientes nos serviços secundários de saúde deixam evidente a sua interferência na eficiência e eficácia dos serviços de Atenção Primária de Saúde, o que pode provocar nos usuários o sentimento de desamparo e agressão aos seus direitos à saúde. Essa realidade, constante no dia a dia no Sistema Único de Saúde (SUS) de diversos municípios no Brasil, traz situações bem conhecidas por cada usuário dos serviços de saúde e pelos próprios servidores

A preocupação em elaborar uma Constituição em que se referisse ao Estado como o responsável pela saúde, já vinha, no entanto desde o século XIX.

A Constituição de 1891 já relacionava ao Estado a responsabilidade pelas condições e ações de saúde e saneamento, mas, no entanto na prática isso só acontecia onde havia interesses econômicos envolvidos.

Se por um lado a sociedade brasileira esteve sob o domínio de uma economia agroexportadora, baseada na monocultura cafeeira, o que se esperava do sistema de saúde era acima de tudo uma política de saneamento em prol dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que por ventura pudessem vir a prejudicar o negócio (MENDES, 1992).

Este modelo se expandiu e, no século XX, entre a década de 20 até o início dos anos 60, reluzindo o modelo do sanitarismo- campanhista, guardas sanitários e outros técnicos organizados para realizar campanhas para lutar para erradicar as epidemias de febre amarela, varíola e peste, que assolavam o Brasil (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

Seliar (1987) descreve que no início do século XX no Brasil, havia uma evidente e crescente mortalidade da população, pois, não havia hospitais públicos, apenas entidades filantrópicas ligadas a Igreja e mantidas por contribuições e auxílios governamentais. A Santa Casa de Misericórdia era única instituição que acolhia os doentes, contava com o trabalho voluntário. Espalhadas em alguns municípios brasileiros, prestavam serviços limitados, e

assim o lugar se tornava um depósito de pessoas debilitadas e isoladas da sociedade.

Paralelo ao modelo de atenção, sanitarismo- campanhista, com o incremento da industrialização no país e o crescimento da massa de trabalhadores urbanos, surgiram reivindicações por políticas previdenciárias e por assistência a saúde. Os trabalhadores se organizaram, junto às suas empresas, e criaram a Caixa de aposentadoria e Pensão (CAP), regulamentada através do decreto nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923, sem a criação de serviços públicos de atenção à saúde dos trabalhadores (ACURCIO, 1998.)

De acordo com Bertolli Filho (2004), a década de 30, iniciou-se com a descrição de uma política de saúde permanente e atuante, sendo gerida diariamente nos centros e postos de saúde. Houve a preocupação em se criar programas específicos para atender a população no geral, como pré-natal, vacinação, puericultura, tuberculose, hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis dentre outros. Neste modelo assistencial, estruturaram-se as redes estaduais de saúde, sempre com olhares para segmentos sociais mais pobres.

A Era de Getúlio Vargas, na década de 30, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's) criadas nos anos 1920, se tornaram Instituto de aposentadoria e Pensão (IAP). Silva Júnior e Alves (2007, p. 1) comentam que “o que antes era CAP de uma determinada empresa passou a ser IAP de uma determinada categoria profissionais”, pois estes eram autarquias organizadas por categorias profissionais. . E daí por diante nos anos 40 a 50, outras categorias profissionais aderiram ao modelo dos IAP's, formando novos institutos e novos serviços para assistir os respectivos trabalhadores e seus dependentes.

Segundo Oliveira e Teixeira (1989) o primeiro IAP a ser criado foi o dos ferroviários pela sua importância na economia e capacidade de mobilização

A política de saúde pública desde a década de 30 veio escrevendo uma nova história através dos novos investimentos em centros e postos de saúde com seus programas verticalizados, sempre pensando em melhor atender os usuários. Já se desenvolvia nesta época uma influência do modelo de medicina científica norte americano ou modelo *flexneriano*, descrito por Flexner, cujo relatório, em 1911, fundamentou a reforma das faculdades de medicina nos EUA e Canadá. Este modelo - mais conhecido como modelo biomédico era voltado para buscar a cura das doenças de forma individual e biológica, focado no hospital e nas especialidades médicas, bem como no uso contínuo de (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

O início da ditadura militar em 1964 foi um período de mudanças, como a unificação dos Institutos de aposentadoria e Pensão (IAP) no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), mantendo a atenção à assistência à saúde para cada usuário, tendo em vista que as

ações de Saúde Pública eram de responsabilidade dos governos estaduais e do Ministério da Saúde (MS) (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

Houve incremento do modelo biomédico e expansão de investimentos no setor privado de clínicas e hospitais e aumento intensivo de equipamentos e medicamentos. Contudo, isto não garantiu a qualidade na assistência a saúde (BERTOLLI FILHO, 2004).

Os anos 70 trouxeram no seu contexto, discussões internacionais acerca dos modelos assistenciais, onde foram apresentadas diversas propostas sendo que ganharam destaque as que evidenciavam a racionalização do uso das tecnologias na atenção médica (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, uma das discussões de foco foi a implantação da Atenção Primária à Saúde (APS), após a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada pela OMS em Alma-Ata, na antiga URSS, em 1978. A recomendação final da conferência foi “Saúde para todos no ano 2000” e recomendava a necessidade urgente por parte das sociedades do mundo, todos os seus governos e de todos que trabalham no campo da saúde de reconhecer a APS como a chave para a promoção de saúde de caráter universal (BRASIL, 1978).

No Brasil a proposta de racionalização do uso das tecnologias na atenção médica foi vista por grupos de oposição ao governo militar como estratégica para redemocratizar a política e levar assistência à saúde da população em geral (MENDES, 1992).

As discussões sobre APS e as experiências surgidas em vários países em sua implantação serviram de base para o Movimento de Reforma Sanitária que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. As diretrizes dessa Conferência ganharam forma de Lei na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde Nº 8080/90 e transformaram-se em objetivos a serem buscados pela reorganizados de um Sistema Único de Saúde (SUS), baseados em três princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado na Constituição Federal, tem em sua base como princípios, a universalidade do atendimento, a equidade das ações, e a integralidade no atendimento do indivíduo e da coletividade (BRASIL, 1988).

As Leis Orgânicas Federais 8080/90 e 8142/90 que regulamentam o direito à saúde, previsto na nova Constituição Brasileira tem como exigência para o cumprimento destes princípios, a instituição dos princípios organizativos, a saber, a hierarquização, descentralização dos serviços (mediante a territorialização, regionalização e complementaridade das ações) e o controle social (BRASIL, 1990a;b).

A partir de 1991 são estabelecidas as normas operacionais que definem em todo o país as estratégias para a implantação dos princípios doutrinários e organizativos do SUS (BRASIL, 2001).

O princípio organizativo da hierarquização das ações se dá através da organização dos níveis de atendimento saúde, em três instâncias: nível primário, secundário e terciário, tendo cada qual o seu nível de complexidade e de resolutividade. O da descentralização se efetivou através da territorialização, que é a definição de áreas adscritas, definidas para cada área geográfica e social, de responsabilidade municipal. A complementaridade dos serviços se dá através da regionalização. Significa que o SUS deve ser comprometido em suprir a carência dos serviços de maior complexidade, através de referência e contra referência entre outros serviços públicos ou pela compra de serviços de terceiros, para que não haja lacuna na assistência e desta feita cumpram-se com os princípios doutrinários.

O controle social se dá através da participação social em seu controle, especialmente por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde em níveis nacional, estadual e municipal, com caráter deliberativo. Assim, o SUS deve dar total cumprimento à assistência à saúde de modo geral e integral a todos os cidadãos.

No entanto, para fazer valer a finalidade e objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), várias alternativas foram surgindo no percurso da sua implantação na década de 90, como a ação Programação em Saúde, a versão brasileira de Sistemas Locais de Saúde (Silos); as Cidades Saudáveis, e o Movimento em defesa da Vida (GOUVEIA; PALMA 1999).

Em 1994, após algumas resistências e entraves do governo no momento de implantação do SUS, foi gerada uma estratégia para mudança do modelo hegemônico, o Programa de Saúde da Família, a partir de 2003 nominado como Estratégia Saúde da Família (ESF), custeada pelo Ministério da Saúde (MS). “A Expansão desta estratégia e os investimentos na chamada rede básica de saúde ampliaram a discussão a nível nacional e trouxe novas questões para a reflexão sobre ESF” (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007, p.4).

Cecílio (1997) esclarece que dentre os debates ocorridos em torno da Estratégia de Saúde da Família, chamou a atenção a forma de organização e hierarquização das redes assistenciais, em que a questão predominante envolve uma imagem piramidal, para a atenção à saúde, bem como a ideia da complexidade crescente, rumo ao topo. Nesta imagem, o hospital se localiza no ápice e a rede básica fica como porta de entrada do sistema de saúde. Assim, a organização da rede de saúde foi dividida nos três conhecidos níveis de atenção os quais são os primários, secundários e terciários.

O nível de atenção primária abrange características assistenciais que enfatizam a

saúde coletiva ou individual, com ações que promovem a saúde como um todo, sendo desenvolvida através de uma equipe de saúde responsável pelo atendimento em saúde em áreas adscritas, ou seja, áreas de abrangência delimitadas por equipe de saúde no território. No nível secundário de atenção encontram-se os cuidados mais complexos em que os especialistas em clínicas ou hospitais de pequeno porte servindo de suporte para atenção primária (PEREIRA, 2002).

Já o nível terciário é caracterizado por ações hospitalares que incluem o ambulatório e corresponde aos atendimentos de média e alta complexidade. Geralmente os hospitais compreendem a atenção secundária e terciária e com ações complementares no nível básico, sendo que cerca de 8% do serviço seria relacionado à atenção secundária e 2% seria referenciado para o hospital (PEREIRA, 2002).

De acordo com Silva Júnior e Alves (2007) os serviços terciários são caracterizados como complexos e resolutivos, já que vigoram através de equipamentos e procedimentos que respondam às circunstâncias de maior risco de vida. Sendo assim, mais valorizados e reconhecidos pela população como verdadeiramente científicos, por força do modelo biomédico que durante tantas décadas imperou no país através do INAMPS.

Para Pinheiro (2005), os serviços básicos como imunização, curativos, palestras entre outros, por sua vez, são entendidos como simplificados, por não terem riscos de morte, conseqüentemente são desvalorizados em relação àqueles.

Na verdade, os serviços básicos, segundo Silva Júnior e Alves (2007, p.4), “enfrentam desafios tecnológicos muitos complexos para assegurar acolhimento e resolutividade dos problemas de vida inerente ao contato com famílias, com grupos sociais e com a diversidade cultural”. A atenção básica é com certeza um núcleo estratégico no SUS, representando na realidade um elo entre o sistema de saúde e a comunidade. Silva Júnior e Alves (2007) chama a atenção para que uma fatia favorável das propostas tecnoassistenciais desenvolvidas para o SUS encontram-se centradas na reorganização da atenção básica.

Ou seja, no Brasil, com a reorganização da Atenção Básica de Saúde, pretende-se garantir a implantação do novo modelo assistencial quebrando o paradigma hospitalocêntrico com sua leitura dicotomizada da saúde para uma nova abordagem assistencial, uma visão holística do usuário, sua família e comunidade, entendendo a saúde como direito de cidadania e dever do Estado.

De acordo com Heimann e Mendonça (2005) com o estabelecimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado e ainda com os princípios e diretrizes constitucionais, cabe aos gestores municipais, estaduais e federais fazerem cumpri-los, oferecer aos usuários,

mecanismos alternativos que visem à promoção, prevenção, proteção, tratamento, cura e reabilitação da população.

O PSF surgiu como Estratégia da Saúde da Família do novo modelo assistencial, inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de extenso risco social. Com o tempo, o PSF foi adquirindo importância na agenda governamental e a partir de 1999 o Ministério da Saúde o percebeu como uma estratégia que permitia aos sistemas municipais de saúde vigentes, a oportunidade de reorientar o novo modelo assistencial e gerar uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (SOUZA, 2002).

Assim, Escorel *et al.* (2007, p. 165) afirma que “a Estratégia de Saúde da Família traz para si os princípios do SUS e se aproxima dos pressupostos da atenção primária em saúde”.

Conforme Starfield (2002) é certo considerar a importância do primeiro contato, a longitudinalidade, a abrangência do cuidado, a coordenação e orientação do indivíduo, da família e da coletividade, buscando transpor a noção de uma atenção de baixo custo simplificada.

De acordo com Horta *et al.* (2009), a atenção a infra-estrutura e as políticas públicas é que permitiram a criação e a implantação do PSF, contudo, não conseguiram caminhar junto com a expansão quantitativa de Equipes de Saúde da Família.

Se por um lado o PSF vem deixando sua contribuição em prol do crescimento dos serviços básicos de saúde, por outro tem enfrentado os desafios diários que essa estratégia vislumbra nas práticas em saúde (SOUZA, 2008).

Entre estes desafios surge a falta de adequação ao perfil exigido para assistência aos serviços básicos de saúde, o que faz do Programa de Saúde da Família enquanto estratégia da assistência em saúde, um grande desafio. Gil (2005) sugere neste caso, reflexões quanto à formação dos profissionais de saúde pertencentes às equipes de saúde.

Sem dúvida alguma, a implantação do PSF, mais tarde ESF se tornou um destaque no rol da estratégia de Atenção Primária no sistema de política de saúde no Brasil. Paim (2002) descreve que é notória a influência que os cuidados primários de saúde descritos na conferência de Alma-Ata (OMS, 1978) exerceu sobre a edificação das políticas de saúde no Brasil, tornando seus princípios em um novo modelo de proteção social em saúde instituído com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Escorel *et al.* (2007, p.164), “uma política específica, nacional, de atenção primária para todo o país nunca havia sido formulada, ainda que diversas experiências localizadas tenham sido implementadas de modo disperso”.

A ampliação das ações das equipes de saúde da família se deu com a publicação da Norma Operacional da Atenção Básica em 2001, que define as ações básicas de saúde como responsabilidade dos gestores municipais, independente do porte e nível de organização, e define como prioridades sete grupos de ações: saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão, controle do diabetes, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e saúde bucal.

Esta norma é atualizada e aprimorada através da portaria 648 (BRASIL, 2001), que define a estratégia da saúde da família como principal política de atenção básica no Brasil, regulamenta as funções da equipe de saúde da família e de cada seus membros, ampliando para 10 as prioridades da atenção básica, ou áreas estratégicas em todo o território nacional, a saber : eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, controle da hipertensão arterial, controle do diabetes mellitus, eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde bucal, promoção da saúde.

Em relação às grandes políticas de saúde para garantir e ampliar o funcionamento do SUS em todo o território nacional, o Ministério da Saúde conclui a primeira década do século XXI com a publicação da Norma de Assistência à Saúde – NOAS e com os Pactos de Gestão, em defesa da Vida, do SUS, um grupo de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) (BRASIL, 2006).

De lá pra cá, muitas experiências gerenciais de implantação do SUS e busca de reversão do modelo biomédico de assistência à saúde aconteceram em todo o país. Na sequência, busca-se descrever alguns destes estudos.

3.2 MUDANÇA DE MODELO ASSISTENCIAL E OS PRINCÍPIOS DA UNIVERSALIDADE, EQUIDADE E INTEGRALIDADE

O conceito de Universalidade segundo o ABC do SUS descreve que “todo cidadão tem direito à atenção e é dever do Estado promovê-la” (BRASIL, 1990c).

Como já visto anteriormente, o modelo assistencial que antecedeu 1988 era um modelo excludente uma vez em que ficavam de fora os que não estavam no mercado de trabalho formal, ou seja, de carteira assinada. Tratava-se de um modelo médico-centradas, pois ações eram centralizadas neste profissional. A preocupação estava totalmente voltada para o controle da doença e não para a saúde, o que o tornava ao mesmo tempo

hospitalocêntrico, pois sem ações de prevenção, as doenças apareciam e evoluíam sem tratamento adequado, acabavam se agravando gerando complicações que desembocavam em altos índices de internações hospitalares e altas taxas de mortalidade geral.

De acordo com Assis, Villa e Nascimento (2003), a saúde é um direito do cidadão brasileiro, assegurado pelo Estado desde a legislação de 1988, sendo que a universalidade da atenção está ligada necessariamente, a formulação de um modelo social ético e de unanimidade que aborda a inclusão social e solidariedade humana.

Não obstante, a luta pela efetivação de inclusão social nos serviços de saúde, gerando o acesso universal, requer uma missão que vise uma luta diária para que haja o fortalecimento dos propósitos da saúde, atendimento igualitário, sempre com olhos para uma prática efetivada em gestão democrática e participativa.

Campos (1992) especifica que a equidade significa que os benefícios da política precisam ser ofertados de forma a diminuir as desigualdades, assistindo a todos dentro de suas reais necessidades.

Wright (1989 *apud* TRAVASSOS, 1997, p. 2) ratifica o conceito de equidade ao afirmar que é um princípio de justiça social. A pesquisadora entende que as injustiças sociais são reflexos de condutas de estratificação da sociedade, ou seja, os indivíduos em relações sociais, têm chances diferenciadas para alcançar seus interesses materiais.

O conceito de estratificação é descrito por Travassos (1997) que explica estar este processo intimamente ligado às relações sociais que de forma transparente descreve os processos por meio dos quais as pessoas têm acesso desigual aos recursos materiais e aos produtos sociais que resultam do uso desses recursos. A pesquisadora descreve ser de suma importância que haja uma distinção de equidade e saúde em equidade no campo sanitário, no uso ou no consumo de serviços de saúde. É propício fazer esta distinção, pois, os determinantes das desigualdades no adoecer e no morrer se diferenciam das desigualdades no consumo de serviços de saúde.

Entende-se que as desigualdades em saúde tornam-se o espelho das desigualdades sociais. É fato que para haver relativa efetividade das ações de saúde, é preciso que haja igualdade no uso de serviços de saúde, é condição importante, mesmo sabendo que não é uma sistemática suficiente para diminuir as desigualdades.

Segundo Travassos (1997, p.3) “a formulação de políticas de saúde voltadas para equidade exige a definição desse princípio. No caso da Constituição brasileira, equidade foi tomada como igualdade no acesso aos serviços de saúde”. A pesquisadora afirma ainda que o princípio de igualdade de acesso tem sido formalmente tratado como um momento de

oportunidade em que o usuário busca os serviços de saúde, ou seja, tem tratamento igual para necessidades iguais ao de outro indivíduo portador de um mesmo problema de saúde, sem, no entanto, visar condição social e econômica do mesmo. Jardimovski e Guimarães (1993) afirmam que todo usuário deve ser atendido de forma a usufruir dos serviços de saúde e receber cuidados médicos de forma adequada.

A Lei nº 8.142/90 garantiu a criação de conselhos de saúde em níveis municipal, estadual e nacional e estes em todo o país. A organização da equidade no SUS tem sido muito discutida, acompanhada e avaliada no cumprimento de seus objetivos por estruturas de controle da sociedade, não sem conflitos, já que os recursos financeiros são insuficientes e os serviços de alta complexidade regionalmente mal distribuídos, o que tem dificultado aos gestores do SUS garantir equidade para todos.

O ABC do SUS define Integralidade como o direito de que todo cidadão deve ser compreendido em suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Desse modo, a rede de serviços deve atuar dentro dos parâmetros que venham a garantir ao cidadão a promoção de saúde, prevenção de doenças, cura e controle de agravos e reabilitação dos doentes (BRASIL, 1990c).

“A integralidade enquanto um dos princípios do Sistema Único de Saúde assume uma definição legal relacionada à integração dos atos preventivos, curativos, individuais e coletivos, nos diferentes níveis de complexidade situados em cada caso” (KANTORSKI, 2006, p.435).

Pinheiro (2005) adverte que a integralidade traz no seu bojo novos conceitos, permitindo se projetar numa dimensão plural, ética e democrática, que descreve diversos saberes e práticas operadas no cotidiano de trabalho e vivência de diversos profissionais envolvidos.

Hartz e Contandriopoulos (2004) chama a atenção para integralidade através da gerência de serviços de redes assistenciais e organizações, reconhecendo a relação de interdependência entre atores e organizações. Enfatiza-se, entretanto, que as organizações, o sistema de saúde não apresenta número satisfatório de recursos para que possa solucionar os problemas de saúde da população.

Para Kantorski (2006) a estratégia da Saúde da família

ao “ampliar o acesso e liberar uma demanda reprimida, aumentou os custos e a necessidade de potencializar a capacidade de comunicação e otimização dos serviços”. [...] os materiais, medicamentos e fluxos seguros de referência e contra-referência podem comprometer significativamente a materialização da integralidade (KANTORSKI, 2006, p.440)

Starfield (2002) apresenta em seu estudo que as novas práticas nos serviços de saúde ligada à integralidade da atenção, devem estar voltadas para a identificação das necessidades da população. Por outro lado Escorel *et al.* (2007) complementa que as necessidades da população devem ser atendidas observando diferentes etapas de vida, fatores de risco.

Merece atenção o estudo extenso realizado por Escorel *et al.* (2007), em um momento que traz resultados de uma pesquisa desenvolvida pelo Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ), e que teve como escopo examinar fatores facilitadores e limitantes da implementação do PSF em grandes centros urbanos.

Para Escorel *et al.* (2007) os dados levantados eram representativos para seu estudo, tendo em vista que estes poderiam contribuir na análise das possíveis mudanças no modelo de atenção à saúde geradas pela implantação do PSF, tendo como primazia a edificação do PSF como porta de entrada no sistema de saúde, sua disposição como uma rede de serviços de saúde integrada e a adesão de novas práticas assistenciais.

Desse modo, Escorell *et al.* (2007) tomaram como base 10 municípios com mais de 1000.000 habitantes de quatro regiões do Brasil. Os municípios foram escolhidos de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000). Este critério foi para que fossem selecionadas situações diversas de implantação do PSF que eram condicionantes em limitar ou facilitar este processo.

Escorel *et al.* (2007) cuidaram para que todos os dados possíveis fossem trazidos para o resultado de seu estudo, o que gerou expectativas em torno das experiências e vivências de gestores e profissionais das equipes de saúde da família e das famílias cadastradas. Assim, foi direcionada uma entrevista semi-estruturada, que alcançou um total de 110 entrevistados, dentre eles gerentes das secretarias municipais e estaduais de saúde e do PSF e conselheiros municipais de saúde, representantes dos usuários. Outros dados foram levantados através de inquéritos entre os profissionais das equipes de saúde da família, para que pudesse alcançar variáveis e construir indicadores para o exame de prováveis mudanças do modelo assistencial gerenciado pelo PSF.

A atenção primária torna-se uma verdadeira porta de entrada, afirma Starfield (2002), pois, tem a função de receber de forma gerenciadora, dando o direito de acessibilidade a todo usuário ao atendimento de suas necessidades de saúde de forma individual.

É meio as palavras de Starfield que se observou o entendimento de Escorel *et al.*

(2007) quanto a receptividade da unidade de saúde da família em relação à população adscrita, retirando barreiras financeiras, geográficas, temporais e culturais, aspectos em geral contemplados pelo PSF.

Os resultados do estudo de Escorel *et al.* (2007) demonstraram que um número satisfatório de 60% a 90% das famílias adscritas ao PSF já o conhecia e reconheciam o seu fácil acesso. Contudo, não se mostravam tão satisfeitos quanto a acessibilidade temporal, que para a população se apresentava inadequada. Segundo a pesquisa, apenas um município em que as unidades básicas de saúde prestavam atendimento em três turnos e aos sábados, nas demais cidades o horário de funcionamento da unidade era das 8 às 17 horas, dificultando o acesso do usuário que trabalha. Porém, no tocante a esses dados, ainda assim, 90% das famílias entrevistadas afirmaram já ter utilizado os serviços de equipe de saúde da família.

Em todos os municípios estudados pelos autores, 83 a 99% dos integrantes das equipes de saúde da família entrevistados afirmaram a equipe estabelece as seguintes prioridades para atendimento às famílias: acompanhamento da hipertensão arterial (82 a 100%), da criança (66 a 100%), das ações de pré-natal (83 a 97%) e do diabetes (78 a 98%).

Entende-se que os serviços no PSF dependem do grau de organização de cada sistema local. Esse contexto é afirmado nos resultados do estudo de Escorel *et al.* (2007), ao constatar que em seis das 10 cidades pesquisadas, os gestores municipais entendiam a equipe de saúde da família como porta de entrada de sistema integrado. A atenção ao cuidado e encaminhamento a especialista, indicava preocupação em garantir a continuidade do cuidado.

No que tange a dar continuidade ao cuidado a saúde do usuário, surge também a preocupação com a integração das unidades de saúde da família à rede assistencial, elo substancial na garantia de ofertas de maior abrangência dos serviços. Starfield (2002) reconhece na integração a facilidade de coordenar ações na resolução de questão de menor complexidade. É neste momento que se evidencia a continuidade de atenção, favorecido por mecanismos que vão desde a integração a tecnologias de gestão clínica e instrumentos para a comunicação entre profissionais de diferentes serviços.

Escorel *et al.* (2007) também avaliaram o nível de integração do PSF com os demais níveis de complexidade dos municípios. Sendo assim, verificou-se que apenas quatro dos municípios estudados estavam estruturadas centrais de marcação de consultas especializadas (uma delas não informatizada). Em três cidades funcionavam centrais de regulação de internações sob o comando municipal. Na realidade, as pesquisadoras compreenderam que a existência de mecanismos de integração, não se tornava suficiente para garantir um sistema de referência em pleno funcionamento. Evidenciou-se em grande parte dos municípios, nas falas

dos gestores a dificuldade para garantir a atenção secundária, as filas são extensas provocando um maior tempo de espera para o atendimento.

Escorel *et al* (2007) constataram que os municípios estudados os médicos afirmaram que os agendamentos ambulatoriais eram na maioria das vezes possíveis. Porém, nem todos os municípios apresentaram o mesmo resultado, sendo que a realização de exames diagnósticos foi uma dificuldade importante para as famílias.

Tão importante quanto o atendimento e agendamento dos serviços em atenção básica de saúde, são as práticas assistenciais. Segundo Escorel *et al.* (2007) a organização do trabalho em equipe e a incorporação de novas práticas voltadas para a família e a comunidade, são marcos que podem influenciar diretamente os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade. Assim, uma equipe multiprofissional apta tende a oferecer atenção integral sustentando o enfoque à estratégia de saúde da família, com claros objetivos de inclusão social.

Starfield (2002) reconhece na introdução de novas práticas nos serviços de saúde a abrangência da atenção prestada, o que se traduz em integralidade e também em direcionamento da atuação da equipe de saúde da família para a família e a comunidade. Nesse sentido pode-se então identificar as necessidades de saúde, reconhecer as fases do ciclo de vida e diferenças de exposição aos fatores de risco entre os grupos populacionais e famílias adscritas.

A integralidade também foi uma questão estudada por Escorel *et al.* (2007). Tiveram as pesquisadoras como foco, a integralidade da atenção pela realização de atividades preventivas e assistenciais e pelo envolvimento da equipe de saúde da família em atividades extramuros e intersetoriais direcionadas às famílias e à comunidade, tendo como referência os condicionantes do estado de saúde da população. Referências estas relacionadas a busca de solução para problemas de coleta de lixo, abastecimento insuficiente de água, ausência de esgotamento sanitário e crianças fora da escola, por meio de contatos com os setores responsáveis e mobilização das comunidades. Ou seja, torna-se evidente a preocupação em envolver os profissionais na promoção da saúde e a prevenção das doenças. Os resultados do estudo de Escorel *et al.* (2007) demonstraram que esta realidade é outra, uma baixa proporção de profissionais médicos, informaram ter realizado atividades de educação em saúde. Contudo, o resultado foi contrário para os enfermeiros, que afirmaram trabalhar sempre com a educação em saúde, firmando inclusive as novas práticas incorporadas pelas equipes de saúde da família, como as atividades de grupo com pacientes em atendimento na unidade de saúde da família, realizadas por proporções semelhantes de médicos e enfermeiros (de 26 a 54%) .

Escorel *et al.* (2007) encontraram resultados preocupantes como a ampliação da pressão da demanda por atenção secundária e que o PSF configurou-se, nos municípios estudados como um programa paralelo, com superposição de redes assistenciais básicas, respondendo às críticas de focalização e seletividade com cesta mínima "promocional", direcionando somente grupos populacionais muito pobres e efetuando algumas ações educativas e preventivas, sem no entanto articular à rede assistencial, não garantindo atenção integral. No entanto as mesmas autoras, em outros municípios identificaram que o PSF foi implementado como uma estratégia para redirecionar o quadro assistencial na atenção primária, substituindo total ou parcialmente as unidades básicas tradicionais já existentes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo: compreender os motivos que levam a institucionalização de um novo modelo assistencial de saúde com enfoque na implantação da Estratégia Saúde da Família conforme as diretrizes do SUS e analisar relatos de experiência da implantação do novo modelo assistencial sob as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) especialmente a estratégia de Saúde da Família e sua evolução.

A revisão literária informou que nas últimas décadas mais especificamente a partir de 1930, a política de saúde sofreu grandes transformações no Brasil. Logo, os resultados das buscas indicam a preocupação dos profissionais de saúde e da educação em implementar estratégias da saúde da família com perspectivas de atendimento ampliado às comunidades e famílias adscritas.

Na maioria da obras consultadas no percurso deste estudo, constatou-se que os profissionais de saúde inseridos na atenção básica apresentam compromisso com a viabilização do SUS, com a expansão e qualificação dos serviços PSF, confirmando o que é observado na prática cotidiana da autora deste trabalho.

Mas os desafios são muitos para o desenvolvimento de uma prática cidadã pela equipe das UBSF,s ainda persistem, como os ligados a falta de recursos, a comunicação entre os distritos, USF, coordenadores, gerentes e população. Desse modo, a efetividade em saúde torna-se um verdadeiro desafio para os profissionais de saúde que buscam sempre a superação destas dificuldades através da busca de estratégias criativas locais.

A implantação da Estratégia Saúde da Família conforme as diretrizes do SUS é um assunto de extrema importância social, pois, está associada a integralidade, universalidade e equidade, para enfrentar a diversidade das necessidades de saúde da população brasileira.

Nesse sentido, é que posso considerar a minha atuação como enfermeira, sempre em busca de estratégias para melhorar o quadro de expansão e qualidade dos serviços de APS no município de Teófilo Otoni/MG.

Ou seja, juntamente com outros profissionais da Atenção Primária em Saúde, será possível criar estratégias para melhor atender as necessidades das famílias e comunidades. A partir do estudo realizado pretende-se aumentar a vigilância em saúde, estruturando atenção integral as famílias das comunidades adscritas, conhecendo suas necessidades, para então construir soluções criativas que visem qualificar a atenção em saúde.

REFERENCIAS

ACURCIO, Francisco de Assis; SANTOS, Max André A, FERREIRA, Sibebe Maria Gonçalves. O planejamento local de serviços de saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998. cap. 4, p. 111-132.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena; NASCIMENTO, Maria Angela Alves. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.815-823, 2003.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2004. 71 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de [1988]**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Organização Mundial de Saúde - OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários. Cazaquistão, 1978. Disponível em: <www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm> Acesso em: 28 dez. 2010.

BRASIL. Lei Federal nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 1990a.

BRASIL. Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à saúde. ABC do SUS. Doutrinas e Princípios. 1990. Disponível em: <<http://www.geosc.ufsc.br/babcsus.pdf>> Acesso em 12 de dez de 2010. Brasil: 1990c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde, NOB-SUS 01/01. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 de janeiro de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Consolidação do Sistema Único de Saúde, publicado 22 de fevereiro de 2006, contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: 2006.

CAMPOS, Galvão Wagner Souza. **Reforma de Reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecnicoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Revista Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3,

p.469-478, jul./set., 1997.

ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, v.21, n.2, p.164-176, fev./Mar.2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>> Acesso em: 12 dez 2010.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Revista Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.490-498, 2005.

GOUVEIA, Roberto; PALMA, José João. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, abr. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-3-4014199900010014&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 06 Feb. 2011

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.331-316, jan. 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/26.pdf> > Acesso em: 10 jan 2011.

HEIMANN, Luisa Serman; MENDONÇA, Maria Helena. A Trajetória da Atenção Básica em Saúde e o Programa de Saúde da Família no SUS: Uma busca da identidade. In: LIMA, Nísia Trindade et al. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 15. p.481-502.

HORTA, Natália de Cássia et al. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.4, p.524-529, jul./ago, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/05.pdf> > Acesso em: 12 dez. 2010.

JARDANOVSKI, Elio; GUIMARÃES, Paulo César V. O desafio da equidade no setor saúde. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, n.33, p.38-51, 1993.

KANTORSKI, Luciane Prado et al. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. **Texto contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p.434-441, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Fev. 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O sistema único de saúde: um processo social em construção**. São Paulo: 1992. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF9371.pdf Acesso em: 18 dez. 2010.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. F. **(Im) Previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989. 360 p.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública”ou campo aberto de problemas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.32, n.4, p.299-316, 1998.

PEREIRA, Maurício Gomes. Saúde e doença. In _____ . **Epidemiologia teoria e prática**. Brasília: Guanabara Koogan, 2002. cap. 3, p.30-42

PINHEIRO, R. Integralidade e prática social. Abr.2005. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br> > Acesso em: 12 dez. 2010.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de saúde no Brasil**. Uma pequena revisão. 2000. 35p. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf> Acesso em: 17 dez. 2009.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social: a trajetória da Saúde Pública**. Porto Alegre: L&PM Editores, 1987.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p.27-41. Disponível em:<[http://www.epsjv.fiocruz.br /r/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26](http://www.epsjv.fiocruz.br/r/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26)> Acesso em: 10 dez. 2010.

SOUZA, Heloiza, Machado. Saúde da Família: desafios e conquistas. Em: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza D'Avila.(Orgs). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, 2002. p.221-240.

SOUSA, Maria de Fátima. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.2, p.153-158, mar./abr. 2008.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2002. 725p.

TRAVASSOS, Claudia. Equidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para debate. **Revista Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.325-330, abr./jun. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X199700020002200024&script=sci_arttext> Acesso em: 15 dez. 2010.