



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO MÉDIO E TÉCNICO DE EDUCAÇÃO A  
DISTÂNCIA – PROEAD  
CURSO DE BACHARELADO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

**IARA DA SILVA SOUSA**

**POLÍTICAS PÚBLICAS: Análises e perspectivas do Programa Saúde da Família (PSF)**

**CATOLÉ DO ROCHA  
2014**

**IARA DA SILVA SOUSA**

**POLÍTICAS PÚBLICAS: Análises e perspectivas do Programa Saúde da Família (PSF)**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO apresentado ao Curso de Administração Pública, modalidade de ensino a distância, da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Administração Pública, Linha de Formação Específica (LFE) I - Gestão Pública da Saúde, semestre 2014.2.

Orientadora: Giuliana Dias Vieira

**CATOLÉ DO ROCHA - PB  
2014**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S725p Sousa, Iara da Silva.  
Políticas públicas [manuscrito] : análises e perspectivas do Programa Saúde da Família (PSF) / Iara da Silva Sousa. - 2014. 31 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração Pública - EAD) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação à Distância, 2014.

"Orientação: Profa. Dra. Giuliana Dias Vieira, Secretária de Educação à Distância".

1. Políticas Públicas. 2. Saúde Pública. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Programa Saúde da Família. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

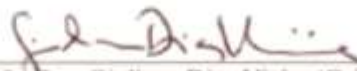
IARA DA SILVA SOUSA

**POLÍTICAS PÚBLICAS: Análises e perspectivas do Programa Saúde da Família (PSF)**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO  
apresentado ao Curso de Administração  
Pública, modalidade de ensino a distância, da  
Universidade Estadual da Paraíba, como  
requisito à obtenção do título de Bacharel em  
Administração Pública, semestre 2014.2.

Aprovada em: 06 / 12 / 2014.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Giuliana Dias Vicira (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dra. Jacqueline Echeverria Barrancos  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Ma. Manuela Eugênio Maia  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Dedico esta realização a Deus, a meu filho Davi, a meu marido Daniel, e minha mãe Inalda (in memoriam).

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus pela força e coragem durante toda esta longa caminhada e por ter me dado saúde e ânimo para superar as dificuldades, e a oportunidade de chegar ao final dessa batalha.

A minha mãe Inalda (*in memoriam*), que sempre me colocou em primeiro lugar em sua vida, e foi um exemplo de alegria, de luta e de superação e me inspirou a ser um ser humano melhor e buscar por meus objetivos de vida, embora fisicamente ausente, sempre senti sua presença ao meu lado, dando-me força.

Ao meu marido Daniel, que de forma especial sempre me incentivou quando necessário me apoiando nos momentos de dificuldades.

Ao meu filho Davi, por sempre me alegrar nos momentos mais difíceis da vida, e por ter vindo ao mundo para me dar a coragem para buscar meus sonhos.

A minha sogra Suely e minha irmã Ianca, por sempre que precisei, pude contar com as duas, tanto me dando força como me ajudando a concluir esse curso.

Aos professores do Curso de Graduação de Administração Pública da UEPB, que mesmo os conhecendo apenas a distância, contribuiu e muito ao longo de trinta meses, por meio das disciplinas e debates, para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos tutores e aos funcionários da UEPB, especificamente, Catolé do Rocha do Rocha, nas pessoas de Carlos Alberto e Alexandre Wallace, pela presteza, suporte e atendimento quando nos foi necessário, e por nunca ter nos abandonado devido várias adversidades, nos ajudaram a concluir esse curso.

Não esquecendo nossa querida coordenadora do Pólo Eusimar, que sempre foi presente, nos ajudando quando era preciso, e sempre com um sorriso no rosto.

A minha orientadora Giuliana Dias Vieira, pela paciência, por sua dedicação em me atender, sua educação e simpatia. A sua contribuição foi imensa para a realização desse sonho.

Por fim, a todos meus colegas, pelos momentos de amizade e apoio. Em especial a alguns pelos quais as amizades se tornaram mais especiais: Danielle, Ana Paula, Janaína, Thassia, Alcione, Denise, Valdélida, entre outros. Meu muito obrigado a todos!

A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam.

CARTA DE OTTAWA

## RESUMO

O presente estudo tratou de investigar a evolução das políticas públicas de saúde no Brasil, analisando as expectativas e avaliando os resultados obtidos na implementação do Sistema Único de Saúde – SUS. O estudo dessas políticas públicas se deu através de um breve levantamento sobre sua história, perspectivas, abrangência e dimensões. Levando em conta a abordagem do Sistema Único de Saúde – SUS, desde sua criação e a sua promulgação da Constituição Federal de 1988. É analisada também a Estratégia de Saúde da Família, a partir de 1994, com o incentivo do Ministério da Saúde, que vem sendo até hoje implantada em vários municípios, nas mais diversas regiões do Brasil. O surgimento dessa estratégia teve como objetivo mudanças do modelo assistencial a partir da atenção básica vigente no país, juntamente com os princípios do Sistema Único de Saúde. Em que medida as expectativas foram respondidas com resultados é uma das questões centrais deste trabalho.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas, Saúde Pública, Sistema Único de Saúde, Programa Saúde da Família.



## **ABSTRACT**

The present study sought to investigate the evolution of public health policies in Brazil, analyzing the expectations and evaluating the results obtained in the implementation of the Unified Health System - SUS. The study of these policies was through a brief survey of its history, perspectives, scope and dimensions. Given the approach of the Unified Health System - SUS, since its creation and its promulgation of the Federal Constitution of 1988. It also analyzed the Family Health Strategy, as of 1994, with the encouragement of the Ministry of Health, which until now has been deployed in several municipalities in various regions of Brazil. The emergence of this strategy aimed to change the health care model from primary care prevailing in the country, along with the principles of the Health System. The extent to which expectations were answered with results is one of the central issues of this paper.

**Keywords:** Public Policy, Public Health, Health System, the Family Health Program.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	12
<b>2.1 Uma primeira abordagem</b> .....	12
<b>2.2 O SUS como Política Pública de Saúde: História e perspectivas</b> .....	13
<b>2.2.1 A abrangência e as dimensões do sistema</b> .....	13
<b>3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b> .....	15
<b>3.1 PSF – Programa Saúde da Família</b> .....	15
<b>3.2 A Estratégia de Saúde da Família</b> .....	15
<b>3.3 Objetivo da Saúde da Família</b> .....	17
<b>3.3.1 Equipe Multiprofissional</b> .....	19
<b>3.3.2 Como funciona</b> .....	20
<b>3.3.3 Como implantar o programa</b> .....	21
<b>3.4 Diretrizes do Programa de Saúde da Família</b> .....	22
<b>3.5 Promoção em Saúde</b> .....	22
<b>3.6 Promoção da saúde com foco na integralidade</b> .....	24
<b>3.7 Sistemas de Informações em Saúde (SIS)</b> .....	24
<b>4 O PSF E O PROCESSO DE MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL</b> .....	26
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	28
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	29

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho aborda o tema da saúde pública no Brasil. Dentre os objetivos deste trabalho está o de compreender conceitos importantes sobre a saúde pública, lembrar e identificar o momento histórico das políticas públicas de saúde no Brasil, as mudanças ocorridas na saúde pública a partir da criação do SUS, e a criação das políticas públicas de saúde da família, apresentando assim as perspectivas de abrangência, dimensão, objetivos e funcionalidade desse sistema. Neste contexto, pretende-se demonstrar também todo o processo histórico que levou o Brasil a criar um sistema de saúde universal.

Com a Constituição Federal de 1988, criou-se o artigo 196, que remete que a Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas visar à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

As políticas públicas de saúde orientam para a melhoria das condições de saúde da população, além de agregar o campo de ação social do Estado, seu trabalho específico consiste em garantir a qualidade de vida das pessoas.

Desde 1988, as políticas públicas de saúde no Brasil orientam-se segundo a Constituição Federal promulgada neste mesmo ano, pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde no território nacional.

A partir de 1994, com o apoio do Ministério da Saúde, a Estratégia de Saúde da Família, vem sendo inserida em vários municípios e nas mais diversas regiões do Brasil.

Essa estratégia apresenta-se como escolha de superação do modelo dominante no campo da saúde. Propondo assim nesse processo uma concepção na mudança saúde-doença, ofertando os serviços voltados para investir em ações que articulam a saúde com condições de vida.

O grande objetivo da Saúde da Família é a reestruturação da prática assistencial em novos embasamentos e critérios, em substituição ao modelo tradicional da assistência, orientado para a cura de doenças e hospital. A atenção está centralizada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o território, o que vem possibilitando às Equipes de Saúde da Família (ESF) uma melhor compreensão do processo saúde/ doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

Conforme os princípios do SUS, o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF), desviou o modelo assistencial a partir da atenção básica para que pudesse assim visar a melhor qualidade de vida da população.

É considerável a importância do papel dos profissionais que atuam na área da saúde, apresentando assim dois temas: revisão histórica das políticas de atenção à saúde no Brasil e PSF e o processo de mudança do modelo assistencial.

O PSF proporciona uma nova maneira de trabalhar a saúde, passando a ter a família como um todo como centro de atenção, com essa nova visão coloca em prática a esse novo modelo de atenção, pois age previamente na intervenção da saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida.

Este trabalho se deu através de um estudo exploratório por meio de materiais bibliográficos, sendo de natureza exclusivamente bibliográfica, realizando-se uma análise de conteúdos dos assuntos aqui expostos. Para a definição do material a ser feito essa pesquisa fez-se uma consulta à Base de Dado LILACS, e pelo site Scielo. Isto é, buscou-se o que foi publicado em âmbito nacional sobre o assunto “Políticas Públicas da Saúde”. A revisão bibliográfica foi feita com uma análise objetiva dos conteúdos pesquisados, visando obter informações específicas e variadas sobre o assunto apresentado.

Este trabalho está estruturado da seguinte forma: primeiramente, parte-se da construção das “Políticas Públicas de Saúde no Brasil”, em seguida serão analisadas as “Políticas Públicas da Saúde da Família”, e, por fim, tratar-se-á sobre “O PSF e o processo de Mudança do Modelo Assistencial”.

## 2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

### 2.1 Uma primeira abordagem:

A Constituição Federal de 1988 garantiu o direito igualitário, equânime e universal à saúde de todos os brasileiros. Nesse sentido, outras leis foram criadas para efetivar esse direito.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CF 1988)

Após a promulgação da Constituição foram criados mecanismos para garantir estes direitos, no caso da saúde especificamente, a criação do SUS (Sistema Único de Saúde).

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

1. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

2. § 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. (Das Disposições Gerais Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990.)

Mas até chegar a esse momento, faz-se necessário recordar o momento histórico que passou o Brasil até se chegar a um sistema de saúde universal e garantida por lei.

Por séculos o Brasil vem buscando tentar organizar os seus sistemas de políticas públicas, que compreendem a educação, a economia e a saúde. Sabendo-se não ser uma tarefa fácil, dada a grandiosidade do seu território o que constitui um imenso desafio a organização a fim de garantir a qualidade de vida das pessoas.

Entre os mais variados sistemas, a saúde tem sido realmente o que provoca mais debates, uma vez que existem movimentos que visam assegurar a garantia de acesso, a integralidade da atenção e o equilíbrio entre recursos e demanda.

O Brasil tem um dos maiores sistemas público de saúde do mundo, segundo informações do Conselho Nacional de Saúde. Instituído pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, o Sistema Único de Saúde (SUS), como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado” e está regulado pela Lei nº 8.080/1990 a qual operacionaliza o atendimento público de saúde.

O Sistema único de Saúde (SUS) abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo por lei acesso equânime, igualitário, universal, integral e gratuito para toda a população do país. Dessa forma, amparado por uma Lei que preconiza um conceito ampliado do sistema de saúde, disponibilizado para mais de 180 milhões de brasileiros.

## **2.2 O SUS como Política Pública de Saúde: História e perspectivas**

O Estado brasileiro sempre foi negligente com a saúde da população. Costuma-se dizer, até omissivo. Entendia-se que esta deveria ser uma necessidade individual e que cada pessoa cuidasse da própria saúde.

O Estado só fazia intervenção em casos mais graves, quando este indivíduo, não pudesse resolver sozinho ou quando o problema representasse risco de epidemia à população fosse essa de pequenas comunidades ou de grandes áreas populacionais. Essa era a ideia vigente no Brasil antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido Paim(2009) relata:

“a organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial” (PAIM, 2009).

Nesse sentido deve-se considerar que o histórico das políticas públicas de saúde a partir do Sistema Único de Saúde, verificam-se as perspectivas de crescimento, melhoria e ampliação do sistema são ótimas. Porém, deve-se ter cuidado com o lobby das indústrias farmacêuticas e dos planos de saúde, pois as mesmas têm interesses antagônicos ao da população. Diante do quadro de exclusão que havia no passado é possível concluir que o sistema de saúde brasileiro deu um grande avanço nas últimas décadas e pode se tornar no futuro um modelo de sistema de saúde público universal no mundo. Sousa & Batista (2012)

### **2.2.1 A abrangência e as dimensões do sistema**

Segundo a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) são objetivos e atribuições do SUS: a assistência às pessoas, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, a saúde do trabalhador e a assistência farmacêutica. Entende-se por assistência às pessoas a atenção à

saúde em tudo que envolve o ser humano, como as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

A atenção à saúde, que reúne as ações preventivas, promocionais e assistenciais, tem como responsável o SUS. O qual tem uma abrangência nacional e uma cobertura universal, sendo responsável pelas ações de prevenção e vigilância a saúde, e que são operadas pelos serviços públicos, e compreendem ações de vigilância sanitária epidemiológica sobre doenças e agravos, sobre alimentos, produtos e serviços, e também nos ambientes de trabalho, e as ações de imunização em relação a doenças.

Compete ao SUS, ainda, a promoção de serviços básicos de atenção à saúde para a grande parte da população brasileira, ação de responsabilidade intransferível dos municípios, organizada, entre outros, por meio das Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, onde se encontram as Equipes de Saúde da Família (ESF).

Do ponto de vista do paradigma do ambiente como determinante da saúde, a habitação constitui um espaço de construção da saúde e consolidação do seu desenvolvimento. A família tem seu assento na habitação e, com isto, a habitação é o espaço essencial, o veículo da construção e desenvolvimento da Saúde da Família.

### **3 POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

#### **3.1 PSF – Programa Saúde da Família**

Para se entender o que foi discutido no III Fórum Social Mundial e identificar que o Programa Saúde da Família responde ao problema discutido constituindo uma prioridade da política de saúde pública do Brasil e da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. A discussão do Fórum valorizou as iniciativas e ações de Habitação Saudável, como ferramenta para otimização dos resultados do Programa Saúde da Família.

Propõe-se, então, uma aliança estratégica para contribuir e alcançar os objetivos da saúde familiar, através do envolvimento da iniciativa de habitação saudável por intermédio da rede brasileira de habitação saudável com o apoio da rede interamericana. (COHEN et al, 2000)

Para o autor o enfrentamento do desafio da consolidação da intervenção sobre os fatores determinantes da saúde no espaço construído, ou seja, o espaço onde a família habita, se faz necessária a articulação integrada das diversas políticas públicas, de habitação, saúde, meio ambiente e infraestrutura urbana.

#### **3.2 A Estratégia de Saúde da Família**

No Brasil surgiu como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, o Programa Saúde da Família (PSF), juntamente com os princípios do Sistema Único de Saúde.

O Ministério da Saúde em 1994 implantou no Brasil o PSF, que hoje é mais conhecido como Estratégia de Saúde da Família, o qual não se trata apenas de um “programa”.

Inicialmente essa Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi criada como programa, após ter sido bem sucedida como experiência no Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, no Estado do Ceará em 1990. Esse novo modelo assistencial concebido pelo MS vem sendo implantado praticamente em todo território brasileiro, reorganizando assim os serviços de saúde na atenção básica.

A ESF preconiza várias ações, sendo norteadas pelos princípios de equidade, integralidade e universalidade. Contudo, existe uma equipe multidisciplinar que atua em territórios previamente delimitados, que tem como foco da atenção a família. Essa equipe



possui alguns profissionais que desempenha cada um seu papel, mas existe um mediador entre os serviços de saúde e a comunidade este profissional é o Agente Comunitário de Saúde – ACS.

Esse programa compreende várias ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. A estratégia de saúde da família vai ao encontro de debates e análises referentes ao procedimento de mudança do modelo padrão que norteia o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais que empenham um novo modelo e que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

A ESF caracteriza-se como principal acesso de um sistema hierarquizado e regionalizado, é entendido como um método de reorientação do modelo padrão assistencial de saúde e operacionalizada mediante a implantação das equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), as equipes são responsáveis pelo acompanhamento de no máximo 4 mil habitantes, sendo indicada a média de 3 mil, para cada área geográfica descrita.

As Equipes de Saúde da Família buscam constituir um vínculo com a população, para assim permitir o compromisso e a corresponsabilidade dos próprios profissionais juntamente com os usuários e comunidade. Buscando também níveis assistenciais com maior racionalidade e produzindo nos principais indicadores resultados positivos de saúde para as populações assistidas.

No campo da saúde existem amplos e diversos desafios a serem enfrentados. Na procura de estabelecer um sistema de saúde integral e equânime, o Brasil se destaca com uma série de estratégias que tendem a atender as necessidades de saúde da população.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que foi criado em 1991, teve um impacto positivo, levando em consideração o PSF ter suas bases defendidas. Desde a Constituição, o PACS teve parte do processo de reforma do setor da saúde com a finalidade de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde nas áreas rurais, periféricas e urbanas das regiões norte e nordeste do país.

O Ministério da Saúde (MS) lançou em 1994 o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, um modelo de assistência primária, com base em médicos especialistas. Com isso houve a abrangência do Programa Saúde da Família que se concretizou como uma estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil. O governo estabeleceu que o PSF é uma estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica — que tem como um dos seus

fundamentos *possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade*, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. Em 2011 a portaria GM Nº 2.488/2011 revogou a portaria GM Nº 648/2006 e demais disposições em contrário ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovar a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

### **3.3 Objetivo da Saúde da Família**

Por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), onde se encontram as Equipes de Saúde da Família (ESF), compete ainda ao SUS, ainda, a promoção de vários serviços básicos de atenção à saúde para uma grande parte da população brasileira, ação de responsabilidade intransferível dos municípios, organizada.

A Saúde da Família é percebida como uma tática para reorientação do modelo assistencial, suas diretrizes organizativas são operacionalizadas mediante implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.

A finalidade do programa da Saúde da Família é a reorganização da prática assistencial tendo em vista a consolidação dos princípios do SUS, em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional da assistência, orientando para a cura de doenças e hospital. A atenção está centralizada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o território, que vem possibilitando as Equipes de Saúde da Família (ESF) uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

O Ministério da Saúde tem como responsabilidade os princípios e diretrizes da Saúde da Família, seu processo de implementação e articulação com um conjunto de processos técnico-organizativos, político-institucionais e operacionais, que acontecem em condição de sistema de saúde estadual, vindo proporcionar características e resultados específicos em nível municipal.

Essa estratégia da SF reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema único de Saúde (SUS), isto é, a universalização, descentralização, integralidade das ações e participação da comunidade. Passou a ser estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família

(USF), que juntamente com a equipe multiprofissional, os quais passam a ser os responsáveis pelo acompanhamento constante de um determinado número de indivíduos e famílias que moram no espaço territorial, permitindo assim o estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os próprios profissionais de saúde e a população.

Inicialmente foi o Programa de Saúde da Família (PSF) que deu origem a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Depois da sua implantação, sua finalidade era a de provocar mudanças no modelo atual vigente, regularizado nas ações médicos-curativos, visando à expansão das ações de saúde juntamente com a comunidade, via atendimento prioritário das famílias.

Deveria fortalecer os princípios da universalidade, integralidade e equidade preconizados pelo SUS (BRASIL, 1999). Em 1996, o Ministério iniciou um rompimento com a denominação de Programa para a de Estratégia, por acreditar que aquele possuía potencial estratégico para a reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil (CORBO; MOROSINI, 2005).

Segundo Paim (1999, p. 477) os modelos assistenciais podem ser concebidos como:

“combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de serviços de saúde”.

Um modelo assistencial também pode ser denominado de modelo de atenção à saúde, assim caracterizado por Merhy (2003, p. 16):

“modelo de atenção à saúde faz referência não a programas específicos, mas ao modo como se constrói a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar: do individual, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares, na promessa de construir a saúde”.

Para Teixeira e Solla (2005), modelo de atenção à saúde é um termo que na atualidade designa a forma de organização dos serviços e práticas em saúde.

Os modelos de atenção à saúde no Brasil são influenciados pelo perfil epidemiológico da população, que se expressa por meio de necessidades (sofrimentos, doenças, agravos e riscos à saúde) e demandas por serviços (consultas, vacinas, informações, exames e hospitalizações). Como também é um setor estratégico para o mercado, sua gestão é revestida por complexidades, que perpassam as próprias relações com o mercado, com os cidadãos, com os partidos políticos e com o Estado nas suas distintas instâncias

governamentais, jurídicas e legislativas (PAIM, 2004). Além disso, não se pode negligenciar que o Estado é o:

“financiador e prestador no âmbito municipal, estadual e federal; e comprador de serviços do setor privado contratado pelo SUS e de insumos no mercado; e é regulador da assistência médica suplementar e dos bens, serviços e ambientes que afetam a saúde” (PAIM, 2004, p. 15).

Os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) foram reafirmados e incorporados pela ESF, isto é, a universalização, descentralização, integralidade das ações e participação da comunidade. Estrutura-se a partir da Unidade de Saúde da Família, que é composta por equipe multiprofissional, que tem a tarefa de acompanhar o nível de saúde de famílias e indivíduos que moram em uma determinada área geográfica demarcada. As mesmas atuam na prevenção e recuperação de doenças, bem como na promoção de saúde. Todo esse processo promove uma troca de responsabilidades e compromisso entre as equipes e população.

### **3.3.1 Equipe Multiprofissional**

A depender do número de famílias que se concentrem naquela área, a Unidade de Saúde da Família, pode atuar com uma ou mais equipes. Cada equipe deve ser composta, no mínimo, por, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. De acordo com a necessidade de cada PSF, outros profissionais podem ser encaixados as equipes, pode-se citar entre estes, dentistas, fisioterapeutas, assistentes sociais e psicólogos.

Considerando esta necessidade, a Portaria 2.488 de 21 outubro de 2011, dispõe o que se segue:

“existência de equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal” (Brasil, 2011).

### 3.3.2 Como funciona

Na Estratégia de Saúde da Família trabalha-se em equipe, o que dá margem para aumentar os recursos e proporcionar ações com diversas abordagens para os diferentes contextos logo regionais onde adota-se a estratégia.

Cada equipe nuclear de Saúde da Família constitui-se de:

- Um médico generalista;
- Um enfermeiro;
- Um a dois auxiliares de enfermagem;
- Quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Atribuições dos membros da equipe multiprofissional:

**Médico:** atende a todos os integrantes de cada família, independente do sexo e idade, desenvolve com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população; Compreende a doença em seu contexto pessoa, familiar e social, e valoriza a relação médico-paciente (humanização do atendimento), etc.

**Enfermeiro:** supervisiona o trabalho do ACS e do Auxiliar de Enfermagem, execute ações de promoção, prevenção e cura, realiza ainda consultas na unidade de saúde, bem como assiste às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, no domicílio.

**Auxiliar de enfermagem:** realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio e executa ações de orientação sanitária (unidade de saúde, domicílios, comunidades, etc).

**Agente Comunitário de Saúde (ACS):** Faz a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês, realiza o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimula a comunidade para praticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida.

As atribuições básicas de uma ESF são:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características socioeconômicas, psicoculturais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;

- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde;
- Programar a atividade e reestruturar o processo de trabalho;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida. Atuar no controle de doenças transmissíveis (a tuberculose, a hanseníase, as DSTs e AIDs, de doenças, infectocontagiosas) em geral das doenças crônico-degenerativas e de doenças relacionadas ao trabalho e ao meio ambiente;
- Valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança, que é fundamental no processo de cuidar;
- Resolver a maior parte dos problemas de saúde detectados e, quando isso não for possível, garantir a continuidade do tratamento, através da adequada referência do caso;
- Prestar a atenção integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduo sadio ou doentes, visando promover a saúde através da educação sanitária;
- De envolver processos educativos através de grupos voltados à recuperação da autoestima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do autocuidado;
- Promover ações inter setoriais e parcerias com organizações formais e informais existente na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;
- Promover, através da educação continuada, a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável;
- Discutir de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- Incentivar a formação e / ou participação ativa nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

A Estratégia de Saúde da Família tem como diferencial o trabalho em equipe, o que possibilita potencializar as soluções e viabilizar atuações com diferentes enfoques.

### **3.3.3. Como implantar o programa**

Para implantar o Programa Saúde da Família, primeiramente o município ao decidir pelo projeto, deve submetê-lo ao Conselho Municipal de Saúde e debater com os indivíduos das áreas a serem contempladas. Por conseguinte deve-se: calcular o quantitativo de

habitantes em cada área; enumerar o número de equipes e de agentes comunitários que serão precisos. Fornecer espaços e equipamentos para implantação e funcionamento adequado do programa; Solicitar adesão do município ao PSF junto a Secretaria Estadual de Saúde; Ser responsável por seleção, contratação e capacitação de profissionais para atuarem no programa. Ressaltando que estão empenhados em dar todo o apoio à elaboração do projeto e a sua implantação, O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde.

### 3.4 Diretrizes do Programa de Saúde da Família

A Unidade de Saúde da Família (USF) deve configura-se inicialmente em contato do usuário com o sistema de saúde; Deve organizar-se de modo a atender aos princípios doutrinários e as diretrizes do SUS, relacionados a:

- **Universalidade e igualdade de acesso:** que assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema;
- **Integralidade:** pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos;
- **Equidade:** no acesso às ações e aos serviços de saúde traduz o debate atual do SUS que ofertam desde um elenco ampliado de imunizações até os serviços de reabilitação física e mental, além das ações de promoção da saúde de caráter intersetorial.

Assim, faz com que a equipe se responsabilize por uma área, sendo o cadastramento e o planejamento as bases do planejamento e definição das estratégias de acompanhamento por meio da atuação do ACS.

### 3.5 Promoção em Saúde

Para a promoção em saúde, o desafio está em mudar o paradigma da casualidade da doença e trabalhar com base na conscientização da importância do estilo de vida e ambiente

saudável e sobre a necessidade de um trabalho contínuo e cooperativo. (BRASIL, 2006; WESTPHAL, 2006; BUSS, 2003).

Para que atendam a complexidade e a realidade dos indivíduos, da família e da comunidade, as ações de saúde devem ser estruturadas com embasamento dos princípios epidemiológicos.

Para que a sociedade e as políticas de estado se aproximem, deve-se fazer a promoção de saúde, e ainda, consiste em um trabalho de diagnóstico dos problemas, no planejamento e aplicação das estratégias, e no monitoramento e avaliação dos resultados.

De acordo com Brasil (2006), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) propõe e sinaliza as ações de promoção como sendo o processo de autonomia e corresponsabilidade dos sujeitos e da coletividade, cabendo ao estado reconhecer e atuar de modo a extinguir ou diminuir as desigualdades, integrando cuidado, prevenção e promoção, com base no respeito das diferentes culturas; essas ações de promoção estão definidas como política e direcionam uma série de programas do governo, quais sejam:

- Alimentação saudável;
- Prática corporal/atividade física;
- Prevenção e controle do tabagismo;
- Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito;
- Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
- Promoção do desenvolvimento sustentável;
- Promoção da saúde: compreensão dos técnicos em saúde;
- A necessidade de práticas de promoção à saúde.

(2001, p. 19) descreve na carta de OTTAWA (1986) que:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Neste sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e



personais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção de saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

### **3.6 Promoção da saúde com foco na integralidade**

A trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS) como processo construtivo de formação e implementação de políticas públicas se traduz num grande desafio, mas evidencia grandes avanços. (ANDRADE, 2001).

Para Teixeira (2004), o processo de construção da integralidade enfrenta hoje, no âmbito do SUS, um conjunto de variáveis advindas da dinâmica de reprodução do modelo médico-assistencial hospital acêntrico e privatista que abrange determinações econômicas e políticas.

Partimos do pressuposto de que existem vários sentidos atribuídos para a integralidade. (MATTOS, 2001).

Kantorski et al. (2006) descrevem que a integralidade como 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.

A integralidade apresenta potencialidades que sugerem a construção de inovações no campo político e institucional, desde que apreendidas como eixo estruturante de novas práticas sanitárias nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. (SILVA; PINHEIRO; MACHADO, 2003).

De acordo com Mattos (2001), a integralidade da saúde pode assumir diferentes sentidos, dentre os quais podemos citar aqueles relacionados à perspectiva do profissional, do serviço, dos usuários e da própria Política de Saúde instituída.

### **3.7 Sistemas de Informações em Saúde (SIS)**

A informação pode ser considerada um insumo para as organizações, pois elas precisam de processos decisórios e operacionais alimentados com informações de qualidade e adaptadas às suas necessidades, possibilitando a redução de incertezas. (BEAL, 2007).

De acordo com Peres e Leite (2005), o sistema de informação em saúde representa um dos instrumentos essenciais para o conhecimento da realidade por meio de coleta de dados socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos da população e que pode operacionalizar a gestão do Sistema Único de Saúde nos vários níveis que o constituem.

A informação é essencial à tomada de decisões. O conhecimento sobre a situação de saúde requer informações sobre o perfil de morbidade e mortalidade, os principais fatores de risco e seus determinantes, as características demográficas e informações sobre serviços. [...]. Além disso, na atenção à saúde, as informações são imprescindíveis ao atendimento individual e à abordagem de problemas coletivos, utilizando-se o conhecimento que gera desde a assistência à população nas unidades de saúde até o estabelecimento de políticas específicas, a formulação de planos e programas, sua implementação e avaliação. Os sistemas de informação contribuem com os meios para a construção do conhecimento em saúde. (MOTA; CARVALHO, 2003, p. 605).

Em se tratando de saúde, o sistema nacional de informações deve ser organizado, articulado e integrado pelo Ministério da Saúde em todo território nacional, com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde.

#### 4 O PSF E O PROCESSO DE MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL

O PSF tem início em 1991 quando foi criado o Programa de Agente Comunitários de Saúde (PACS), pelo Ministério da Saúde, com o intuito de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, através da expansão da cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desfavorecidas.

O Ministério da Saúde percebe a importância dos ACS, devido à experiência acumulada no Ceará com o PACS, pois com os serviços básicos de saúde prestados no município, eles começam a focar na família como unidade de ação programática de saúde, e não somente em um único indivíduo, e sim levando noção de cobertura a toda a família.

Para o Ministério da Saúde, o PSF tem como meta cuidar do indivíduo e família com aspecto integral e contínuo, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Tendo como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social. O PSF pode ser definido como: “um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados” (LEVCOVITZ, 1996).

O PSF tem como objetivo geral: “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e população” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). As equipes de PSF, funcionando adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população.

O nascimento do PSF nos anos 90, apoiado pelo Ministério da Saúde, mostra a tendência de valorização da família na agenda das políticas sociais brasileiras. Não é um atendimento simplificado, pelo contrário, é uma expansão da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis. Assim, passa-se a denominar Saúde da Família: “práticas tradicionais de abordagem individual ou de relação com os grupos comunitários” (VASCONCELOS, 1999).

Nesse panorama, o PSF incentiva uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, vindo a promover uma relação dos profissionais mais próximos do seu

objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população, a qual tem seu acesso garantido através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada. Portanto, o PSF torna-se estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial visando à qualidade de vida da comunidade. (ROSA; LABATE, 2005).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou analisar alguns dos conceitos mais relevantes criados pela Constituição Federal Brasileira de 1988 – a determinação para que fossem implantadas Políticas Públicas capazes de garantir direitos à saúde de todos, o que acabou motivando a implantação do SUS. Dentro desta perspectiva, verificou-se o crescimento, melhoria e ampliação desse sistema com a criação da Estratégia de Saúde da Família.

Foi realizada uma abordagem geral das Políticas Públicas de Saúde da Família, a partir da atenção básica implantou-se o Programa Saúde da Família (PSF). Este passo foi importante para a reorientação do modelo assistencial de forma a agregar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi feito um breve levantamento do surgimento do programa, a definição dos objetivos, a sua abrangência, sua equipe, a funcionalidade, a implantação do programa, as diretrizes, a promoção da saúde e sua finalidade no processo de trabalho adotado neste sistema de saúde.

Assim, a análise explicitada por diferentes autores citados, sobre o desenvolvimento das políticas de saúde e o surgimento do PSF como proposta de reorientação do modelo assistencial, propiciou a comprovação de que mudanças significativas vêm ocorrendo no modelo de assistência à saúde no Brasil. Nesse processo de transformação do modelo assistencial, o trabalho em equipe e a inclusão da família como principal foco de atenção básica, ultrapassa o cuidado individualizado para que atenda a complexidade e a realidade dos indivíduos, da família e de toda a comunidade.

Contudo, em se tratando de saúde, o sistema nacional deve ser organizado, articulado e integrado pelo Ministério da Saúde em todo território nacional, juntamente com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde no Brasil. In: Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília, 2004. p. 15-40.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Último acesso em: 09 de Novembro de 2014

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília (DF): MS; 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção à saúde. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C.M. Promoção da saúde: conceito, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2003.

COSTA NETO, M. M. org. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, A Implantação da Unidade de Saúde da Família/ Brasília: 2000.

\_\_\_\_\_, M. M. org. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, A Implantação da Unidade de Saúde da Família/ Caderno 1. 1. Saúde da família - Brasília: 2000. 1. 11. m. IV.

KANTORSKI, L. P et al. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. Florianópolis, n.3, p.434-441, jul./set.2006.

LEVCOVITZ E; GARRIDO N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. Cad. Saúde Família, 1996 janeiro junho; 1: 3-8.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & Saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. - PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>. Último acesso em 10 de Novembro de 2014.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & Saúde. 5 eds. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999 a.

SAITO, R. X. S. Integralidade da atenção: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito - São Paulo: Martin Ari, 2008.

SOUSA CAMPOS G. W. [ET al.]. Tratado de Saúde Coletiva /- São Paulo: Oscite; Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2009, 871p. : il. - (Saúde em debate; v. 170).

SOUSA, M. F.; NETO, M. M. C. A Implantação da Unidade de Saúde da Família. (Cadernos de Atenção Básica, Programa Saúde da Família, Brasília, 2000).

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. Ver. Brasileira Saúde da Família, 2004.

\_\_\_\_\_, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N. T. ET al. (Horas.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. P. 451-480.

VASCONCELOS E. M. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Oscite; 1999.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. Tratado de saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W. De et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.p.635-663.