

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS DE JOÃO PESSOA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE GESTÃO EM SAÚDE**

**TAÍSA BRUNA DE ALMEIDA SILVA**

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO  
BIBLIOGRÁFICA**

**JOÃO PESSOA-PB  
2017**

**TAÍSA BRUNA DE ALMEIDA SILVA**

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de especialista.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Ma. Silene Lima Dourado  
Ximenes Santos

JOÃO PESSOA-PB  
2017

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.

S586n Silva, Taísa Bruna de Almeida  
Núcleo de Apoio à Saúde da Família [manuscrito] : uma  
revisão bibliográfica / Taísa Bruna De Almeida Silva. - 2016.  
47 p. : il. color.

Digitado.  
Monografia (Especialização Gestão em Saúde) - Universidade  
Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e  
Educação à Distância, 2016.  
"Orientação: Profa. Ms. Silene Lima Dourado Ximenes  
Santos, PROEAD".

1.Gestão em saúde 2.Saúde da família 3.Sistema Único de  
Saúde. I. Título.

21. ed. CDD 658.5

TAÍSA GRUNA DE ALMEIDA SILVA

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO  
BIBLIOGRÁFICA**

Monografia apresentada ao Curso de  
Especialização em Gestão Pública  
em Saúde da Universidade Estadual  
da Paraíba, em cumprimento à  
exigência parcial para obtenção do  
grau de Especialista em Gestão em  
Saúde.

Aprovada em 26/03/2015.



Profa. Me. Silene Lima Dourado Amores Santos - Orientadora  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Me. Aline Pego Lima de Lita - Avaliadora  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)





Aos meus pais, pela dedicação, companheirismo e amizade, DEDICO.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, que me guia, me ilumina e me protege. A ele agradeço todos os dias pela minha vida e a dos que amo.

À minha família, sem a qual não estaria nessa jornada. Principalmente aos meus pais por sempre acreditarem em mim. Aos meus irmãos e a minha avó.

A minha orientadora Silene Lima Dourado Ximenes Santos, pela competência, paciência, e encorajamento.

Aos meus amigos, pelo apoio nessa caminhada.

Por fim, mas não menos importante agradeço a todos que contribuíram direta ou indiretamente para essa grande conquista.

*“A teoria sem a prática vira 'verbalismo', assim como a prática sem teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade”.*  
*Paulo Freire*

## RESUMO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi criado para apoiar à inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como as ações da atenção primária a saúde do Brasil. Este trabalho tem como objetivo descrever a atuação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família na Atenção Básica no Brasil. Trata-se de uma revisão bibliográfica, onde realizou um levantamento de portarias, leis, artigos sobre o tema em questões, sendo realizada nas bases eletrônicas de dados na biblioteca virtual de saúde, ministério da saúde e *Scielo*. Com relação às equipes do NASF o estado de Minas Gerais possui o maior número de ENASF1, ENASF2, ENASF3 as quais são respectivamente 327, 157 e 162. Seguido do estado da Bahia com 248 ENASF 1, 84 ENASF 2 e o Piauí tem 94 equipes na modalidade 3. Os estados de Roraima, Rio de Janeiro e Acre possui o menor número de equipes nas respectivas modalidades 1,2 e 3. Alguns estados ainda não possui ENASF 3 e isso deve ocorrer devida a ser uma modalidade recente que foi criada em 2012. Com este trabalho verificou a necessidade de pesquisas acerca da temática em questão de forma que possa contribuir para as discussões sobre a contextualização, o funcionamento e as ações desenvolvidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da família.

**PALAVRAS CHAVES:** Núcleo de Apoio à Saúde da família; Atenção Básica; Sistema Único de Saúde.

## **ABSTRACT**

The Support Center for Family Health was created to support the insertion of the Family Health Strategy in the service network and expand the scope, the resolution, the territorial, regionalization, and the shares of primary health care in Brazil. This paper aims to describe the performance of the Support Center for Family Health in Primary Care in Brazil. This is a literature review, which conducted a survey of ordinances, laws, articles on the topic in questions, being held in electronic databases in the virtual library of health, ministry of health and Scielo. Regarding NASF teams the state of Minas Gerais has the largest number of ENASF1, ENASF2, ENASF3 which are respectively 327, 157 and 162 of Bahia state Followed with 248 ENASF 1, 2 and 84 ENASF Piaui has 94 teams in mode 3. The states of Roraima, Rio de Janeiro and Acre has the lowest number of teams in the respective modes 1,2 and 3. Some states does not have ENASF 3 and this should occur due to a recent modality that was established in 2012. This study found the need for research on the topic in question so that it can contribute to the discussions on the context, the operation and actions developed by the Family Health Support Unit.

**KEYWORDS:** Support Center for Family Health; Primary Care; Health System.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Componentes do Projeto de Saúde do Território .....	39
---	----

## LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

GRAFICO 1: Distribuição das Equipes de Núcleo de Apoio à saúde da Família modalidade 1 em todos estados brasileiros até 2014.....	40
GRAFICO 2: Distribuição das Equipes de Núcleo de Apoio à saúde da Família modalidade 2 em todos estados brasileiros até 2014.....	41
GRAFICO 3: Distribuição das Equipes de Núcleo de Apoio à saúde da Família modalidade 3 em todos estados brasileiros até 2014.....	42

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS- Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

BVS – Biblioteca de Saúde

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DMP - Departamentos de Medicina Preventiva

ENASF – Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

ESF - Estratégia Saúde da Família

GLBTB - gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais

GM – Gabinete do Ministério

INAMP - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social

MS - Ministério da Saúde

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

PSF- Programa Saúde da Família

PST - Projeto de Saúde no Território

PTS - Projeto Terapêutico Singular

SF - Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância



## Sumário

1 INTRODUÇÃO .....	13
2 OBJETIVOS .....	16
2.1 Objetivo Geral.....	16
2.2 Objetivos Específicos .....	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO .....	17
3.1A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL .....	17
3.1.1 A trajetória da política de saúde no Brasil: breve contextualização .....	17
3.1.2O Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e a Constituição Federal de 1988.....	21
3.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	22
3.3 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.....	26
3.3.1 Atenção Básica em saúde: principais marcos e conceitos básicos .....	26
3.3.2 Política Nacional de Atenção Básica .....	28
3.3.3 Programa de Saúde da Família (PSF) .....	31
3.4 Núcleo de Apoio a Saúde da Família .....	33
3.4.1 Princípios e diretrizes .....	33
3.4.2 Processos de trabalho do NASF.....	36
3.4.3 Ferramentas tecnológicas .....	37
3.4.4 Equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família no Brasil .....	40
4 METODOLOGIA .....	43
5CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERENCIAS .....	45

## 1 INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil foi sempre marcada por grandes dificuldades. Em meio a uma grande crise do setor saúde nos anos 70 surgiu o movimento de reforma sanitária brasileira. Inicialmente no Brasil essa reforma surgiu espelhada pela reforma sanitária italiana. Por um tempo a expressão ficou esquecida, só que na 8ª Conferência Nacional de Saúde, voltou a ser debatida, sendo usada para se referir ao conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não incluíam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população. Nessa Conferência foram delineados os princípios norteadores do que viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS) proposto pela Constituição de 1988 (CONASEMS, 2007).

O Sistema Único de Saúde foi inicialmente entendido como uma “Política de Estado”, consolidado de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada Constituição cidadã. No art. 196, desta constituição a saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do Estado.

A Constituição estabeleceu que a saúde é parte da seguridade social (art.194), é um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”(BRASIL, 1988).

Não obstante a esse dispositivo legal é instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), definido nos artigos números 196 a 200 da referida Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde números 8080/90 e 8142/90. Apresentando medidas que asseguram a saúde como direito social, com base nos princípios da universalidade, equidade e integralidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1944).

Segundo Giovanell e Mendonça (2008) nos países em desenvolvimento como, o Brasil, expandiu um modelo diferenciado dos Centros de saúde, limitado a saúde preventiva. Os Centros de Saúde predominava os serviços de saúde preventiva e os tratamentos dos pacientes com doenças existentes eram encaminhados para os ambulatórios. Posteriormente esse modelo foi implantado como Atenção Primária a Saúde.

A Atenção Primária a Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no campo individual e coletivo, que compreende a promoção e a proteção da saúde,

a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida através de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, por meio do trabalho em equipe, onde são destinadas a populações de territórios bem delimitados e levando em consideração a dinamicidade do território em que vivem essas populações (MINISTERIO DA SAUDE, 2009). Esse nível de saúde tem se mostrado um campo fértil no desenvolvimento e incorporação de novas formas de organização da assistência à saúde (PAIM, 1999).

No Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, surge o Programa Saúde da Família (PSF) (LABATE, 2005). A formulação do PSF foi estimulada durante os anos noventa pelo Ministério da Saúde fortalecendo as ações de caráter preventivo com investimentos em programas de ações básicas como parte da estratégia de reorganização do próprio modelo de atenção, tendo em vista, principalmente, a promoção da saúde.

O Programa Saúde da Família é composto por equipe multiprofissional que possui, 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 (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. As equipes de PSF, funcionando adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, oferecendo atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2000).

A fim de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008.

De acordo com o Caderno de Diretrizes do NASF (2009), o Núcleo de Apoio à saúde da Família deve ser constituído por uma equipe interdisciplinar que atua em conjunto com os profissionais da Saúde da Família (SF), compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade dessas equipes.

O NASF não se constitui como porta de entrada da atenção primária mais como uma equipe de apoio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) constituída de profissionais

de saúde de diversas especialidades, que tem como objetivo inclui em sua atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente e popular em saúde, promoção da integralidade, da participação popular e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Este trabalho é de fundamental importância para contextualizar o NASF, visto que é um programa recente criado pelo Ministério da saúde no ano de 2008, no decorrer da pesquisa verifiquei uma grande ausência de materiais sobre o tema em questão. Sendo necessária a realização de várias pesquisas para futuros debates sobre a contextualização, funcionamento e ações desenvolvidas pelo NASF.

## **2 OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo Geral

- Descrever a atuação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) na Atenção Básica no Brasil

### 2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar sua formação desde sua origem até a atualidade;
- Verificar as modalidades do NASF;
- Identificar o número de equipes do NASF.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

##### 3.1.1 A trajetória da política de saúde no Brasil: breve contextualização

A Política Pública pode ser regulada e provida pelo Estado, englobando demandas, escolhas e decisões privadas, podendo e devendo ser controlada pelos cidadãos. Não é só o Estado que tem a responsabilidade em garantir direitos, mas também a sociedade na defesa da institucionalidade legal e integridade dessa política (PEREIRA, 2008).

Segundo Mendes (2010), para que os sistemas de atenção a saúde atuasse de forma eficiente, eficaz e satisfatória para as situações de saúde, houve o desenvolvimento dos modelos de atenção a saúde.

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2010, p. 2302).

O Sistema de Saúde do Brasil durante sua trajetória trabalhou com três modelos de saúde que são: o modelo sanitarista campanhista, o modelo sanitarista desenvolvimentista e o modelo médico assistencial privatista.

O modelo de saúde sanitarista campanhista, surgiu no século XIX, e foi fundamentado em campanhas sanitárias para combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, implementando programas de vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares e outras ações de medicalização do espaço urbano, que atingiram, em sua maioria, as camadas menos favorecidas da população. Esse modelo predominou no cenário das políticas de saúde brasileiras até o início da década de 1960 (CAMPELLO, 2009).

No governo de Getúlio Vargas (1930-1945) desenvolveu um projeto de construção nacional voltado para a integração do país e para a valorização do trabalho e do operariado urbano. Expandiu as medidas iniciais de assistência médica que surgiram durante a Primeira República, aumentando a oferta de serviços médicos aos trabalhadores urbanos. A partir de 1933, esse governo passou a transformar as Caixas de Aposentadorias e

Pensões (CAPs) em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) que passaram a congregiar os trabalhadores por categorias profissionais (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Em 1932, no Estado Novo de Vargas criou-se os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), a criação desse instituto foi uma resposta por parte do Estado, devido as lutas e reivindicações dos trabalhadores no contexto de consolidação dos processos de industrialização e urbanização brasileiros. Fortaleceu o componente de assistência médica, em parte por meio de serviços próprios, mas, principalmente, por meio da compra de serviços do setor privado. Estas também priorizavam benefícios e pensões (SANTOS, 2010)

Durante o governo de Vargas, observou-se duas bases distintas de política de saúde: a saúde pública e a medicina previdenciária. A saúde pública sob o comando do Ministério da Educação e Saúde (MES) destinava-se a controlar e erradicar doenças e problemas de saúde da coletividade. Enquanto a assistência médica era individual e destinada a indivíduos impossibilitados de trabalhar devido a doenças (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

No período de 1946 a 1951, que compreendeu o governo de Dutra, passou-se a adotar a noção de “seguridade social”, contrária a de “seguro social” antes difundida. Com a nova ideia, o Estado passa a ter obrigações naturais para com qualquer cidadão, devendo intervir ativamente (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Posteriormente a Dutra o governo Getúlio Vargas volta ao poder em seu segundo governo (1951-1954) e uma nova corrente de ideias chamada de sanitarianismo desenvolvimentista, começa a se constituir.

O pensamento sanitariano desenvolvimentista era de que o nível de saúde de uma população depende, em primeiro lugar, do grau de desenvolvimento econômico de um país ou de uma região e que, portanto, as medidas de assistência médico-sanitária são, em boa parte, inócuas quando não acompanham ou não integram esse processo (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p.370).

A primeira medida foi à unificação do IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ocasionando uma centralização administrativa e financeira e a uniformização dos benefícios para todos os trabalhadores segurados. Aqueles que não contribuíam para previdência social obtinham atenção à saúde em centros e postos de saúde pública, em serviços de saúde filantrópicos ou em consultórios e clínicas privadas (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Dessa forma, centralizada e unificada no INPS, a previdência passou a ter função assistencial e redistributiva. De acordo com OLIVEIRA E TEIXEIRA (1986), nesse período da previdência social predominou a prática médica individual, assistencialista e especializada ao invés das ações de saúde pública de caráter preventivo e interesse coletivo.

Sobre a influência da medicina liberal, ocorreu o surgimento do modelo previdenciário-privatista que teve como objetivo de oferecer assistência médico-hospitalar a trabalhadores urbanos e industriais, na forma de seguro-saúde/previdência. Sua organização é marcada pela lógica da assistência e da previdência social, inicialmente, restringindo-se a algumas corporações de trabalhadores e, posteriormente, unificando-se no Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INPS), em 1966, e ampliando-se progressivamente ao conjunto de trabalhadores formalmente inseridos na economia (BATISTA, 2005).

O INPS consolida o componente assistencial, com marcada opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado. Com esse novo modelo o país perde espaço para as atividades que eram voltadas para as intervenções da coletividade, havendo um comprometimento da prevenção e o controle das endemias no território nacional (SANTOS, 2010).

A criação de um complexo médico-industrial com altas taxas de acumulação de capital nas grandes empresas produtoras de medicamentos e de equipamentos, juntamente com o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado em moldes capitalistas visando à lucratividade do setor saúde. Criam-se assim, as bases para o modelo médico assistencial privatista (MENDES, 2003).

Segundo o autor supracitado o modelo médico-assistencial privatista que foi hegemônico na década de 70, se caracteriza por:

- O Estado como financiador do sistema por meio da Previdência Social;
- O setor privado nacional como maior prestador de serviços de assistência médica;
- O setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, principalmente equipamentos médicos e medicamentos.

Esse modelo, centrado na demanda espontânea, atende aos indivíduos que procuram por sua livre e espontânea iniciativa os serviços de saúde de acordo com o seu conhecimento do que é doença. Predominantemente curativo e pouco comprometido com



os níveis de saúde da população, tal modelo encontra seus fundamentos na medicina flexneriana, nos planos de saúde e mesmo nos serviços públicos, até que se organizem para atender a uma população adstrita (PAIM, 2008).

Segundo o autor supracitado, no Brasil, esse modelo esteve presente na assistência filantrópica e na medicina liberal, fortaleceu-se com a expansão da previdência social e consolidou-se com a capitalização da medicina nas últimas décadas do século XX, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Entretanto, não é exclusivo do setor privado, reproduzindo-se, também no setor público. É predominantemente curativo, prejudicando o atendimento integral e quase não se compromete com o impacto sobre o nível de saúde da população.

O modelo econômico implantado pela Ditadura Militar entra em crise levando o modelo médico assistencial privatista junto consigo. Marcus Vinícius Polignano em “História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão” discorre sobre os motivos que levaram à crise do modelo de saúde em questão, dos quais se destaca os seguintes:

- Por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde;
- Os aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médica-hospitalar de complexidade crescente;
- A diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário reduzindo as suas receitas;
- A incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de excluídos do sistema por não terem carteira assinada;
- Os desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal;
- O não repasse pela união de recursos do tesouro nacional para o sistema previdenciário.

Durante esse período, a abordagem dos problemas de saúde foi se transformando, constituindo-se a base teórica e ideológica de um pensamento médico-social, o qual foi abordado nos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) das universidades da época. Iniciaram-se nesses locais as bases universitárias que somaram e foram de fundamental importância no então denominado Movimento Sanitário, um movimento social que propunha uma ampla transformação do sistema de saúde vigente (ESCOREL, 2008).

### 3.1.2 O Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e a Constituição Federal de 1988

O termo Reforma Sanitária surgiu inicialmente no Brasil espelhado pela reforma sanitária italiana. Por um tempo a expressão ficou esquecida, só que na 8ª Conferência Nacional de Saúde, voltou a ser debatida, sendo usada para se referir ao conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não incluíam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população. No início das articulações, o movimento pela reforma sanitária não tinha uma denominação específica. Era um conjunto de pessoas com idéias comuns para o campo da saúde. Em uma reunião na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em Brasília, esse grupo de pessoas, entre os quais estava Sergio Arouca, foi chamado de forma pejorativa de “partido sanitário”.

Entre esses diversos atores do movimento sanitário, destacam-se ainda os médicos residentes, que na época trabalhavam sem carteira assinada e com uma carga horária excessiva e os sindicatos médicos, que também estavam em fase de transformação. Esse movimento entra também nos conselhos regionais, no Conselho Nacional de Medicina e na Associação Médica Brasileira – as entidades médicas começam a ser renovadas. A criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, também é importante na luta pela reforma sanitária. A entidade surge com o propósito de lutar pela democracia, de ser um espaço de divulgação do movimento sanitário, e reúne pessoas que já pensavam dessa forma e realizavam projetos inovadores (FIOCRUZ, 2009).

Segundo Teixeira (1989), p.39, Reforma Sanitária:

... refere a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado.

Entre 1974 e 1979, diversas experiências institucionais tentam colocar em prática algumas diretrizes da reforma sanitária, como descentralização, participação e organização. É nesse momento que a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz se incorpora como espaço de atuação da abordagem marxista da saúde. Vários projetos de saúde comunitária, como clínica de família e pesquisas foram instaladas (FIOCRUZ, 2009).

O conceito ampliado de saúde foi adotado na Constituição de 1988, onde, de acordo com o art. 196, a saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do Estado. A Constituição estabeleceu que a saúde é parte da seguridade social (art.194), é um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

De acordo com Paim (2011), a Constituição brasileira estabeleceu, em 1988, a base para a criação do SUS, fundamentada nos princípios da universalidade, integralidade e participação social. A constituição de 88 foi aprovada na época de instabilidade econômica, na qual os trabalhadores perdiam poder de compra e os movimentos sociais retraíam. Na mesma época, as empresas de saúde estavam se reorganizando para atender demandas dos novos clientes, além de receberem subsídio do governo e consolidando seus investimentos no setor privado. De acordo com o cenário descrito anteriormente, é importante ressaltar que as organizações internacionais, mostravam contraria ao financiamento público dos sistemas de saúde nacional e universais o que defendiam etapas intermediárias para atingi-los.

A implementação do SUS começou no mesmo ano da posse do Presidente Collor (1999), que seguiu uma agenda neoliberal e não se comprometeu com a reforma sanitária. No mesmo ano foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 80.080/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS (PAIM, 2011).

### 3.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Entendida inicialmente como uma “Política de Estado”, o SUS consolidou-se de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada Constituição cidadã, de considerar a Saúde como um “Direito de Cidadania e um dever do Estado”

O Sistema Único de Saúde foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90. Com o intuito de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornou obrigatório o atendimento público a todos os cidadãos de forma gratuita.

Segundo a Constituição Brasileira de 1988,

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo 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.

Não obstante a esse dispositivo legal é instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), definido nos artigos números 196 a 200 da referida Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde números 8080/90 e 8142/90. Apresentando medidas que asseguram a saúde como direito social, com base nos princípios da universalidade, equidade e integralidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1944).

A Lei 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Tem vigor em todo o território nacional para qualquer ação ou serviço de saúde realizado por pessoas ou empresas.

Em seu art. 2º, a referida lei define saúde como:

Um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, garantindo a saúde com a 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. Entretanto, deixa claro que o dever do Estado não exclui o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

A Lei 8.080/90 afirma, também, no §2º, do art. 4º que a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde em caráter complementar. Isso poderá ocorrer por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda população de uma determinada região (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Os objetivos e atribuições do SUS estão descritos no art. 5º da já referida Lei 8.080/90, e compreendem a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de política de saúde e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Dos princípios e diretrizes, dispõe o art. 7º da lei citada que as ações e serviços de saúde deverão ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal de 1988, obedecendo ainda, dentre outros, aos seguintes princípios: universalidade; equidade e integralidade.

Quanto à *universalidade* é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a toda a população, em todos os níveis de assistência. No entanto, enfatizam-se as ações preventivas e reduzindo dessa forma, o tratamento dos agravos. Através desse princípio o

cidadão passa a ter o direito de acesso a todos os serviços de saúde, assim como os contratados pelo poder público. Apesar do acesso universal, eficiente, eficaz e efetivo aos serviços de saúde ser um processo em construção que necessita de aprimoramento a cobertura e a oferta desses serviços e dessas ações veem crescendo rapidamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A *equidade* é a igualdade na assistência à saúde, sem privilégios ou preconceitos, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e da saúde de determinados indivíduos e grupos de população. Sendo de responsabilidade do SUS disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um. Apresentando políticas ou programas para populações em condições de desigualdade em saúde, por meio de diálogo entre governo e sociedade civil, envolvendo integrantes dos diversos órgãos e setores do Ministério da Saúde, pesquisadores e lideranças de movimentos sociais. Com o intuito de alcançar a oferta de ações diferenciadas para grupos com necessidades especiais. Dentre estes grupos estão: população rural, população negra, população cigana e grupos com orientação sexual com demandas específicas ao SUS (gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais – GLTB) (CADERNO DE SAÚDE, 2009).

Com relação à *integralidade* é um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços que abrange promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. Também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades. Para facilitar essa assistência veem se trabalhado na estruturação de redes de maneira hierarquizada e com níveis crescentes de complexidade dos serviços. Dessa forma, aumentando o seu nível de resolutividade e sua capacidade de atendimento da demanda (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

De acordo com o autor supracitado esses serviços e ações de saúde voltada a grupos específicos da sociedade e com níveis diferenciados de complexidades, veem contando, cada vez mais, com a capacitação de profissionais que trabalham com esses serviços.

Segundo a pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde no ano de 2003 mais de 90% da população brasileira é usuária de alguma forma do SUS. No entanto, reconhece-se a baixa qualidade dos serviços oferecidos em termos de equipamentos e serviços profissionais, a ausência de participação da população na formulação e gestão das políticas de saúde, e a falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços.

As ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (art. 8º). A direção do sistema é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos órgãos competentes (art. 9º).

Quanto à Lei 8.142, esta dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Em seu art. 1º, dispõe que o Sistema Único de Saúde contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com duas instâncias colegiadas, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

Em relação à Conferência de Saúde, o art. 1º, §1º determina que a cada quatro anos os representantes dos vários segmentos sociais se reúnam para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

Quanto ao Conselho de Saúde,

Em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuará na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (art. 1º, §2º).

O exercício da cidadania tem sido realizado por meio da instituição dos Conselhos de Saúde, onde a sociedade tem a oportunidade de viver a relação entre Estado e população e construir seu conceito de direito à saúde (MENDES, 1999).

É fundamental destacar que através do Sistema Único de Saúde todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS da esfera municipal, estadual e federal, sejam públicas ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde. Devemos ter cuidado ao caracterizá-lo como gratuito, pois é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população, composto de recursos do governo federal, estadual e municipal (BRASIL, 2006).

A lei 8080/90 que foi regulamentado pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que resume a organização do SUS no seu art. 3º, nos seguintes termos:

O SUS é instituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2009).

Esse decreto regulamenta a Lei nº 8.080/1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Dentre as concepções importantes referidas no mencionado decreto, destaca-se o entendimento de portas de entrada como serviços de atendimento inicial à saúde do usuário do SUS e o entendimento de rede de atenção à saúde como conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Como portas de entrada às ações e aos serviços nas Redes de Atenção à Saúde, o decreto estabelece os serviços de atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e especial de acesso aberto (art. 2º).

Não obstante de ter-se conquistado as bases constitucionais e legais, pode ser observado que a operacionalização da reforma no setor saúde, que objetiva a construção de um sistema de serviços de saúde universal, democrático, integral e igualitário, encontra várias dificuldades (COSTA et al, 2009).

### **3.3 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

#### **3.3.1 Atenção Básica em saúde: principais marcos e conceitos básicos**

Em 1920, foi realizada a primeira proposta governamental formal para criar um primeiro nível de atenção a saúde, na Grã-Bretanha, por iniciativa do partido trabalhista, um conselho formado pelo Ministério da Saúde, e dos profissionais médicos privados propôs a prestação de serviços de atenção primária por equipes de médicos e pessoal auxiliar em centros de saúde para cobertura de toda a população (GIOVANELL; MENDONÇA, 2008).

Segundo o mesmo autor, nos países em desenvolvimento como, o Brasil, expandiu um modelo diferenciado dos Centros de saúde, limitado a saúde preventiva. Os Centros de

Saúde predominava os serviços de saúde preventiva e os tratamentos dos pacientes com doenças existentes eram encaminhados para os ambulatórios.

Internacionalmente tem-se apresentado 'Atenção Primária à Saúde' (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS (FAUSTO, 2005).

A Atenção Básica à Saúde ou Atenção Primária à Saúde (APS) é a atenção que se dá de forma ambulatorial no primeiro nível, ou seja, os serviços de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Sendo caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no campo individual e coletivo, que compreende a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida através de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, por meio do trabalho em equipe, onde são destinadas a populações de territórios bem delimitados e levando em consideração a dinamicidade do território em que vivem essas populações (MINISTERIO DA SAUDE, 2009).

Em 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, e propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS. Essa política internacional ficou conhecida como 'Saúde para Todos no Ano 2000'.

Em sua declaração (OMS; UNICEF, 1978), reafirma a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. É um direito humano fundamental e a consecução de seu maior nível de saúde requer os setores saúde, sociais e econômicos trabalhando juntos. A promoção e proteção da saúde são essenciais para o desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade da vida e, inclusive, para a paz mundial. Entretanto, os governos devem se responsabilizar pela saúde da sua população, adotando medidas sanitárias e sociais adequadas.



O nível de atenção Primária em saúde tem se mostrado um campo fértil no desenvolvimento e incorporação de novas formas de organização da assistência à saúde (PAIM, 1999). A mesma presume a resolutividade das necessidades de saúde que extrapolam a esfera de intervenção curativa e reabilitadora individual, através da promoção da saúde, prevenção de doenças e educação continuada (PAIN; ALVES FILHO, 1998).

OLIVEIRA (2012), fundamentando-se em GIOVANELLA; MENDONÇA (2008); MENDES (1996); e na ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (2011b), apresenta três principais interpretações de APS que reforçam ou se contrapõem a uma perspectiva ampliada/abrangente de APS:

a) compreendida como estratégia de reordenamento do setor da saúde e como modelo assistencial;

b) como estratégia de organização e reordenamento do primeiro nível de atenção do sistema de saúde, ou seja, de organizar e operacionalizar a porta de entrada do sistema;

c) concebida como programa focalizado e seletivo, destinado a populações e regiões pobres, com cesta restrita de serviços, baixa densidade tecnológica e baixos custos.

A Atenção Primária é compreendida e implementada, em diferentes dimensões, em perspectiva mais ou menos abrangente, mais ou menos seletiva e focalizada, como estratégia de reorganização do primeiro nível de atenção ou como estratégia de reorganização de sistemas de saúde. A opção por uma ou outra perpassa, dentre outros aspectos, por diferentes formas de organização e modelos dos sistemas de saúde, pela correlação de forças existentes e pelas condições sócio-históricas de cada momento, de modo que poderá ou não contribuir para o fortalecimento do processo de democratização da saúde (OLIVEIRA, 2012).

Segundo Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) e Merhy (1997), a uma especificidade tecnológica do trabalho em saúde na atenção básica, como um importante processo de produzir saúde, pois esse campo apresenta possibilidades mais efetiva da promoção da autonomia do cuidado em saúde, enfim essa modalidade de serviço está menos aprisionada ao trabalho curativo. Segundo o Ministério da Saúde (2009) a Atenção Básica tem como principal estratégia a saúde da família.

### 3.3.2 Política Nacional de Atenção Básica

A PORTARIA N° 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da

atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Segundo a Portaria citada anteriormente,

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A atenção básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Seguida pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes ter o território adstrito sobre o mesmo e possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, estabelecendo mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento. Importante ainda destacar que o serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva aos seus usuários (BRASIL, 2011),

Segundo o Ministério da Saúde (2011), ainda como fundamentos e diretrizes devem adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e coordenar a integralidade em seus vários aspectos.

A Portaria nº 2.488/2011, antes referida, define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população. A Atenção Básica tem como dever contribuir com o funcionamento destas RAS de forma que: seja base, com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade; seja resolutiva, por meio de uma clínica ampliada buscando ampliar os graus de autonomia dos indivíduos; coordene o cuidado, objetivando produzir a gestão compartilhada da atenção integral; ordene as redes, para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

De acordo com a portaria mencionada anteriormente a Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

- I. Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que compõem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;
- II. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes;
- III. Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.
- IV. Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.
- V. Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

Em relação às responsabilidades, são as três esferas de governo, compete ao Ministério da Saúde, às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e do Distrito Federal, que devem garantir ao funcionamento da Atenção Básica a infraestrutura necessária, o financiamento, mecanismos de avaliação e controle, viabilizar parcerias, estimular a participação social, dentre outros, cada um com alguma especificidade (BRASIL, 2011).

A participação dos estados no financiamento da Atenção Básica é de fundamental importância, entretanto, há uma excessiva autonomia dos municípios e a ausência ou descaso dos estados na gestão da rede de serviços e programas, o que inibe a regionalização e a continuidade dos projetos e diretrizes, os quais acabam excessivamente vulneráveis a sazonalidades e conveniências eleitorais (CUNHA; CAMPOS, 2011).

A Atenção Básica tem outras equipes e programas além da Estratégia Saúde da Família que visam sua reorganização. São elas as Equipes para Populações Específicas (equipes do Consultório na Rua e para atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense), Programa de Saúde na Escola e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (BRASIL, 2011).

### 3.3.3 Programa de Saúde da Família (PSF)

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (LABATE, 2005).

O Programa citado anteriormente teve início quando o Ministério da Saúde formula em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família (VIANA, 1998).

O Programa de Saúde da Família (PSF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão,

qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011).

Com relação ao objetivo geral do PSF é “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 a população” (BRASIL, 1997). As equipes de PSF, funcionando adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, oferecendo atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2000).

O Programa Saúde da Família (PSF) é composto por equipe multiprofissional que possui, 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 (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2009).

Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. A carga horária é de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde cadastrados na Estratégia Saúde da Família, exceto o profissional médico que poderá atuar em, no máximo duas (02) equipes, pois poderá ser contratado por 20 ou, até, 30 horas semanais (BRASIL, 2011).

Das 40 horas de jornada de trabalho da equipe deve-se observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na equipe de Saúde da Família podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, ser dedicada, até, oito (08) horas do total da carga horária para prestação de serviços na Rede de Urgência e Emergência do município, ou para atividades de apoio matricial, qualificação e/ou

educação permanente, como a especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade (BRASIL, 2011).

Dentre as atribuições dos profissionais que compõem a equipe estão: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação; manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação; realizar o cuidado da saúde da população adscrita; garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; participar do acolhimento dos usuários; realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória; realizar ações de educação em saúde; e participar das atividades de educação permanente (BRASIL, 2011).

Observou-se que a Programa de Saúde da Família tem como característica levar a saúde para mais perto das famílias e melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, organizando os serviços de Atenção Básica e reorientando os profissionais que hoje trabalham com assistência e saúde (COSTA, 2013).

### **3.4 Núcleo de Apoio a Saúde da Família**

#### **3.4.1 Princípios e diretrizes**

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008, pela Portaria Ministerial nº. 154, publicada no Diário Oficial da União em 24 de janeiro de 2008 e republicada em 04 de março de 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações (BRASIL, 2008).

O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2009, p. 10-11).

Considerada como principal diretriz do NASF, a integralidade é compreendida como principal orientadora de suas ações. Envolvida como uma abordagem total do indivíduo,

levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal, aborda, ainda, práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura. Como organização do sistema de saúde, suas práticas de saúde ainda devem garantir o acesso às redes de atenção conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2009).

Um eixo importante para a integralidade está baseado na importância de organizar as práticas dos serviços de saúde de forma orientada pelas necessidades da população, sejam estas explícitas ou não. Para isso, é importante equilibrar a demanda espontânea com a programada, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde. Além disso, a integralidade também sinaliza para a construção das políticas governamentais de enfrentamento de certos problemas de saúde e necessidades de grupos específicos, que subentende a captação das várias matizes que envolvem a atenção à saúde (COSTA, 2013).

Portanto a busca da integralidade nos serviços de saúde é um processo em construção, sendo a equipe de saúde da Família um fértil campo para promover a atenção integral. Neste contexto, as equipes dos NASF deverão atuar em associação com as equipes de Saúde da Família, apoiando-as para que possam incrementar não só a integralidade, mas também a resolutividade, a qualidade do cuidado, as ações de promoção de saúde e o acompanhamento e monitoramento em seus diversos aspectos (BRASIL, 2009).

Além da integralidade, outros princípios e diretrizes devem orientar as ações a serem desenvolvidas pelo NASF, com reflexos óbvios no processo de trabalho das equipes de saúde da família. A seguir detalharei outros princípios e diretrizes que orientam as ações desenvolvidas pelo NASF, que refletem de forma positiva no processo de trabalho das equipes, os quais são: território; educação popular em saúde; interdisciplinaridade; participação social; intersetorialidade; educação permanente em saúde; humanização; e promoção da saúde (BRASIL, 2009).

O *território* é um conjunto de sistemas naturais e artificiais que engloba indivíduos e instituições, independentemente de seu poder. Deve ser considerado em suas divisões jurídicas e políticas, suas heranças históricas e seus aspectos econômicos e normativos. As equipes de SF precisam conhecer a realidade do território em suas várias dimensões, identificando as suas fragilidades e possibilidades, figurando-a como algo vivo e dinâmico.

Quanto a *Educação popular em saúde* tem como finalidade a sistematização de modos de sentir, pensar, sonhar, querer, agir e se expressar das pessoas. Deve ser um modo

orgânico, participativo e prazeroso de cuidar da saúde e de fazer a gestão dos territórios, por meio dos indivíduos, como sujeitos do seu próprio processo de trabalho, do seu conhecimento.

Com relação à *Interdisciplinaridade* é o trabalho em que as diversas ações, saberes e práticas se complementam. A interdisciplinaridade envolve relações de interação dinâmica entre saberes. “No projeto interdisciplinar não se ensina, nem se aprende: vive-se, exerce-se”. Ela deve ser entendida também como uma atitude de permeabilidade aos diferentes conhecimentos que podem auxiliar o processo de trabalho e a efetividade do cuidado num determinado momento e espaço.

A *Participação social* abrange o fortalecimento dos espaços sociais, comunitários e locais em geral, com foco na gestão participativa. Deste modo, é uma forma de fortalecer os processos de produção das necessidades da vida por seus próprios protagonistas, compartilhando poder e construindo um processo político-pedagógico de conquista de cidadania e fortalecimento da sociedade civil.

A *intersetorialidade* é essa articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, a fim de abordar um tema ou situação em conjunto. Essa forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas favorece a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

A *Educação Permanente em Saúde* é as necessidades do serviço e das equipes que nele atuam exigem trabalhar com a aprendizagem significativa, envolvendo os fatores cognitivos, relacionais e de atitudes, visando qualificar e organizar os processos de trabalho. O processo de educação permanente possibilita principalmente a análise coletiva do processo de trabalho para efetivar a ação educativa. Assim, a aprendizagem deverá ocorrer em articulação com o processo de organização do sistema de saúde. O processo de trabalho envolve múltiplas dimensões organizacionais, técnicas, sociais e humanas. Portanto, o saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, e a formação dos profissionais deve envolver os aspectos humanos e pessoais, os valores, os sentimentos, a visão de mundo de cada um, bem como cada um percebe e representa o SUS.

A *Humanização* é percebida como uma possibilidade de transformar as práticas de atenção e gestão no SUS, a partir de construções coletivas entre gestores, trabalhadores e usuários, atores sociais implicados com a produção de saúde. Sugere apostar na capacidade



criativa, na possibilidade de reinventar formas de relação entre pessoas, equipes, serviços e políticas, atuando em redes, de modo a potencializar o outro, a defender a vida de todos e qualquer um.

A *Promoção da saúde* é uma das estratégias de organização da gestão e das práticas em saúde, não deve ser entendida apenas como um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações, ou que buscam controlar as condições de saúde em grupos populacionais específicos. Sua maior contribuição a profissionais e equipes é a compreensão de que os modos de viver de homens e mulheres são produtos e produtores de transformações econômicas, políticas, sociais e culturais. Para a promoção da saúde, é importante organizar o trabalho vinculado à garantia de direitos de cidadania e à produção de autonomia de sujeitos e coletividades. Devem-se promover ações cotidianas que preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger formas de vida mais saudáveis.

De acordo com as informações referidas neste trabalho, percebe-se que o NASF é de fundamental importância para o processo de trabalho da APS, visto que atuam de forma associadas com as ESF e sempre priorizando o usuário do serviço de saúde, de forma que seu atendimento e acompanhamento seja realizado conforme as diretrizes e fundamentos do SUS, buscando a resolutividade das equipes SF. As equipes devem deixar claro a comunidade que o NASF não é porta de entrada para os usuários, é sim um serviço de apoio e não deve ser utilizado como atendimento individual, apesar de poder fazê-lo caso seja necessário.

#### 3.4.2 Processos de trabalho do NASF

A PORTARIA nº 154/2011, determina a criação de duas modalidades de NASF: o NASF 1, composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Cada um desses NASF deve estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de 20 equipes de SF, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco. O NASF 2 deverá ter no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social,

farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional; e se vincular a no mínimo três equipes de saúde da família.

Segundo Costa (2013) a definição dos profissionais que irão compor cada tipo de NASF é de responsabilidade do gestor municipal, seguindo, entretanto, critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

O processo de trabalho do NASF deve ser organizado com prioridade nos territórios de sua responsabilidade, conjuntamente com as equipes de SF que a ele se vinculam de forma a priorizar as ações de: Atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos; Intervenções específicas do profissional do NASF; Intervenções específicas do profissional do NASF; e Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade (COSTA, 2013).

A PORTARIA Nº 3.124/2012 em seu Art. 2º criou, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família na modalidade 3 - NASF 3.

Segundo a portaria referida anteriormente no seu Art. 2º, §1º O NASF 3 é criado para, em conjunto com as modalidades NASF 1 e 2, possibilitar a universalização destas equipes para todos os Municípios do Brasil que possuem Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas.

### 3.4.3 Ferramentas tecnológicas

O Caderno de diretrizes elucidou algumas ferramentas tecnológicas, para organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF, das quais são de apoio à gestão, como a Pactuação do Apoio, seja de apoio à atenção, como o apoio matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST). Veremos a seguir conforme exposto em tal Caderno.

A Pactuação do Apoio pode ser entendida em duas atividades: a) avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, equipes de SF e o Conselho de Saúde e b) pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas, entre os gestores e as equipes.

O documento referido defende a possibilidade de formar a equipe do NASF para avaliar a situação inicial do território e pressupõe um processo de análise dos gestores juntamente com as equipes de SF e os conselhos de saúde. Antes de definir quais

profissionais farão parte das equipes, o gestor deve coordenar um processo de discussão, negociação e análise com as equipes de SF e com a participação social, para definição dos profissionais que serão contratados. A participação das equipes de SF e da população é de extrema importância, pois estes são os que melhor conhecem as necessidades em saúde de seu território.

Os gestores, a equipe do NASF e a equipe de saúde da família devem realizar a pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas como uma atividade rotineira. É muito importante que tal pactuação abranja os objetivos a serem alcançados; os problemas prioritários a serem abordados; os critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos; critérios de avaliação do trabalho da equipe e dos apoiadores; e formas de explicitação e gerenciamento resolutivo de conflitos (COSTA, 2013).

Sobre a Clínica Ampliada o documento afirma que esta se direciona a todos os profissionais de saúde na sua prática de atenção aos usuários. Toda profissão tem uma visão, uma evidência de sintomas e informações, de acordo com seu núcleo profissional. Ampliar a clínica quer dizer ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários (BRASIL, 2009).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é apontado como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, em decorrência da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, na qual todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito e para definição de propostas de ações (BRASIL, 2009).

As equipes de saúde da família e do NASF pretendem desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades. Em seguida uma figura que mostra de forma resumida, os vários componentes de um Projeto de Saúde do Território:

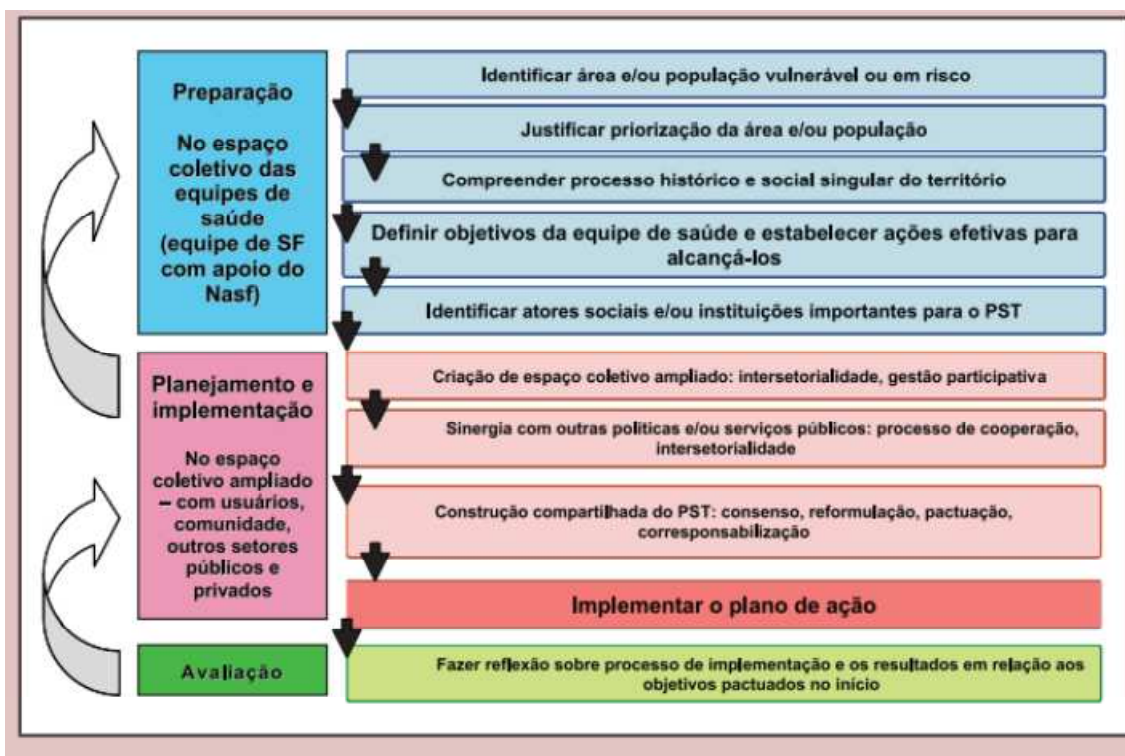


FIGURA 1: Componentes do Projeto de Saúde do Território  
 FONTE: CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA/ DIRETRIZES DO NASF

De acordo com a figura acima o PST, a fim de preparar o espaço coletivo das equipes de saúde, deve identificar a área e/ou população vulnerável, justificar sua escolha, compreender o processo histórico, social e cultura que tal território possui, definir quais os objetivos da equipe de saúde estabelecendo as ações efetivas para alcançá-los e identificar quais os atores sociais e instituições que são importantes para suas ações.

Posteriormente ao preparo do espaço coletivo de trabalho, deve planejar e implementar ações com os usuários, comunidade, outros setores públicos e privados. Para isso deve criar as bases do espaço coletivo ampliado, de forma que possua ligação com outras políticas e/ou serviços públicos para a construção compartilhada do projeto e implementação do plano de ação.

Portanto, o PST funciona como catalisador de ações locais para a melhoria da qualidade de vida da população e também como redução das vulnerabilidades em determinado território. Esse projeto estabelece redes de cogestão e corresponsabilidade, buscando instaurar processos de cooperação e parcerias entre os diversos atores sociais do território (BRASIL, 2009).

O PST auxilia ainda o fortalecimento da integralidade do cuidado à medida que trabalha com ações vinculadas à clínica, à vigilância em saúde e à promoção da saúde.

Quanto a sua estratégia de intervenção, divide em nove áreas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2009).

#### 3.4.4 Equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família no Brasil

De acordo com informações retiradas do DataSUS/CNES ( Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) o Estado de Minas Gerais possui 327 ENASF na modalidade 1; seguida da Bahia com 248, São Paulo com 200 ENASF 1 e o estado que possui menor numero de equipe é o de Roraima com 4 (GRAFICO 1).

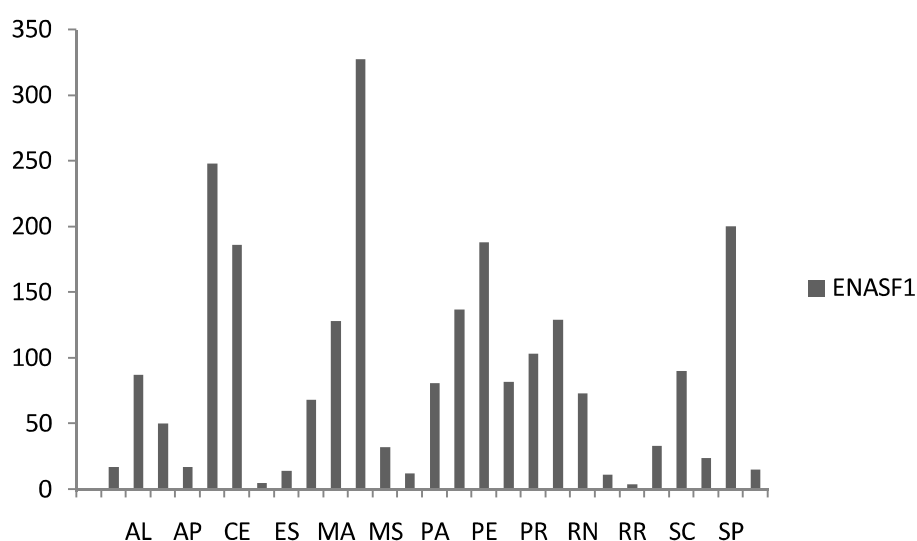


GRAFICO 1: Distribuição das Equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família modalidade 1 em todos estados brasileiros até 2014.

FONTE: DATASUS/CNES

A seguir o gráfico 2, refere que o estado de Minas Gerais possui uma maior quantidade de NASF na modalidade 2 com 157 equipe, seguida da Bahia com 84, o estado de Piauí e Pará tem 56 ENASF, e o que possui uma menor quantidade é o Rio de Janeiro com apenas 2 equipes.

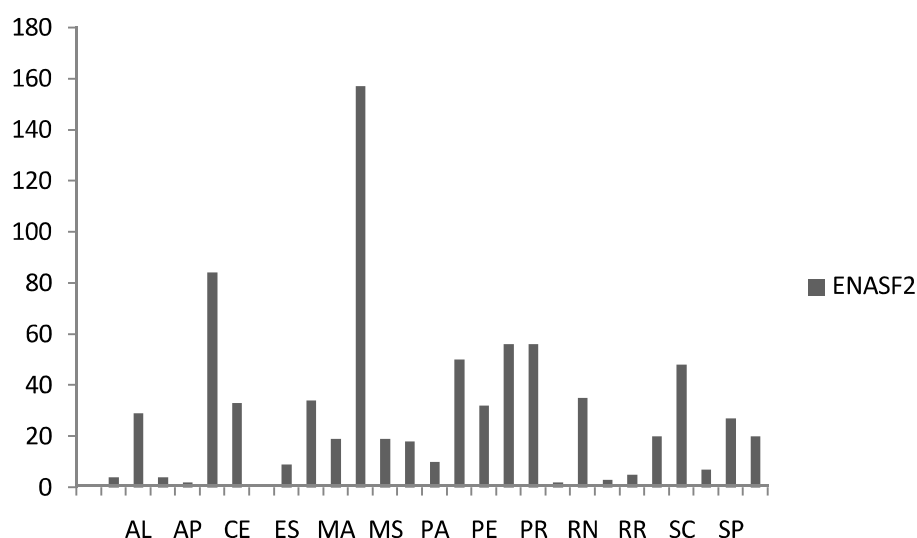


GRAFICO 2: Distribuição das Equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família modalidade 2 em todos estados brasileiros até 2014.

FONTE: DATA SUS/CNES

O gráfico 3 mostra que o estado de Minas Gerais possui 162 ENASF na modalidade 3, o estado de Piauí e Santa Catarina possui respectivamente 94 e 92 equipes, os estados de Espírito Santo e Acre possui apenas uma equipe.

Existem alguns estados que ainda não possui nenhuma equipe de NASF na modalidade 3 os quais são Amapá, Distrito Federal, Ceará, Pernambuco, Rio de Janeiro, Roraima e Rondônia. O número reduzido e a ausência de equipes de NASF na modalidade 3 em alguns estados ocorre devido a criação desta modalidade que foi em dezembro de 2012 através da portaria N° 3.124.

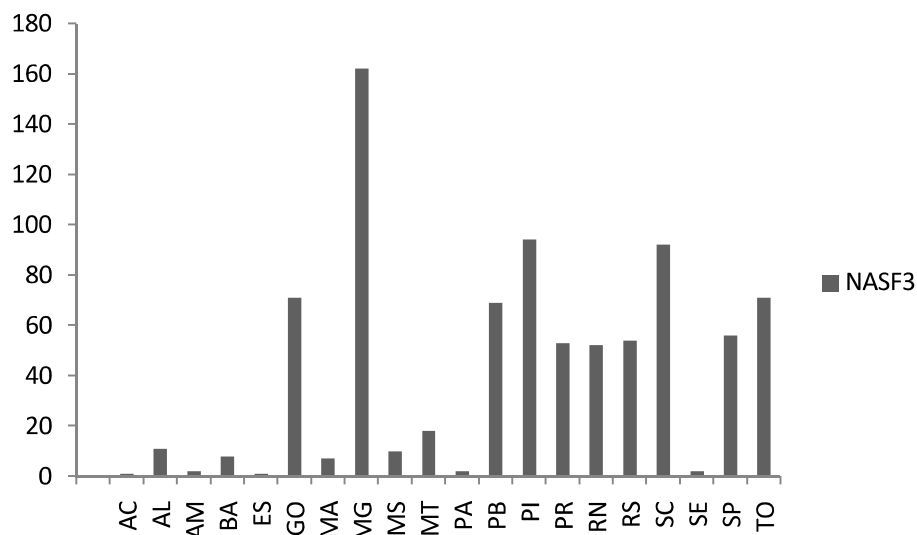


GRAFICO 3: Distribuição das Equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família modalidade 3 em todos estados brasileiros até 2014.

FONTE: DATA SUS/CNES

O NASF é um meio fundamental para potencializar a integralidade do cuidado e a resolutividade da atenção básica à saúde, intervindo no grande número de encaminhamentos desnecessários sabidos existentes e podendo promover a discussão da formação dos profissionais de saúde. Também pode contribuir para solucionar e/ou amenizar os problemas do sistema de saúde nas comunidades, mas para isso, deve estar totalmente integrado e sintonizado às equipes de saúde da família. É um programa recente que ainda tem muito a ser aperfeiçoado, mas que já apresentou vários benefícios para saúde da comunidade, principalmente por possui uma equipe com vários profissionais com especialidades distintos.

## 4 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, utilizando a própria literatura como fonte de dados sobre determinado tema, especificando e utilizando métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos (SAMPAIO; MANCINI, 2007), tendo como tema O Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

A identificação dos artigos foi realizada nas bases eletrônicas de dados na biblioteca virtual de saúde e *Scielo* também foram pesquisados no site do Ministério da Saúde, assim como informações estatísticas, como gráficos acerca da implantação das equipes, foram pesquisadas na base de dados do CENES, DATASUS. Palavras chaves utilizados na BVS e Scielo-Brasil foram: SUS, NASF e Atenção Básica.

Para a construção do presente estudo e das análises presentes, realizou-se um levantamento bibliográfico sobre a temática que envolve a APS e o NASF, seguido de sucessivas leituras deste material. Após a leitura e sistematização do material escolhido, realizou-se uma análise dos dados apresentados. Nesse processo, tais dados foram analisados de acordo com os princípios e diretrizes expostos no “Caderno de Atenção Básica - Diretrizes do NASF” e dos objetivos gerais e específicos propostos nessa pesquisa. Os resultados são apresentados visando caracterizar o que de mais relevante se observou na proposta de contextualizar a atuação desse núcleo de apoio.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o exposto neste trabalho as políticas públicas de saúde no Brasil passaram por diversas fases e dificuldades. A reforma sanitária foi uma das grandes lutas de saúde no Brasil, apontando a atenção básica como forma de mudança no modelo assistencial, funcionando como porta de entrada no Sistema Único de Saúde, seus princípios e diretrizes apontam a preocupação com os usuários.

A atenção Básica em saúde tem se mostrado um campo fértil no desenvolvimento e incorporação de novas formas de organização da assistência à saúde. A mesma presume a resolutividade das necessidades de saúde que extrapolam a esfera de intervenção curativa e reabilitadora individual, através da promoção da saúde, prevenção de doenças e educação continuada.

Um dos programas de atenção básica é o Programa de Saúde da família que atualmente é chamado de Estratégia de Saúde da Família funcionando de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, este programa tem o intuito de reorganizar a atenção à saúde de promover e melhora a qualidade de vida dos usuários do SUS.

O NASF foi criado para atuar em associação com as Equipes de saúde da família, apoiando-as para que possam incrementar não só a integralidade, mas também a resolutividade, a qualidade do cuidado, as ações de promoção de saúde e o acompanhamento e monitoramento em seus diversos aspectos.

Com relação as equipes do NASF o estado de Minas Gerais possui o maior número de ENASF1, ENASF2, ENASF3 as quais são respectivamente 327, 157 e 162. Seguido do estado da Bahia com 248 ENASF 1, 84 ENASF 2 e o Piauí tem 94 equipes na modalidade 3. Os estados de Roraima, Rio de Janeiro e Acre possui o menor número de equipes nas respectivas modalidades 1,2 e 3. Alguns estados ainda não possui ENASF 3 e isso deve ocorrer devida a ser uma modalidade recente que foi criada em 2012. Esses dados são referentes aos estabelecimentos de saúde de dezembro de 2014 e foram retirados do CENES.

Sabendo que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são novos, mas em crescente implantação, e que, não há muitas referencias acerca da temática, é vista como imprescindível a realização de pesquisas que abordem o tema do NASF, e que haja uma melhor contribuição e expansão das discussões sobre a concepção, funcionamento e avaliação de suas ações na qualidade do cuidado e serviços de saúde

## REFERENCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios – Memórias.**

BRASIL. Portaria N°154/GM de 24 de janeiro de 2008. **Diário Oficial da União.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPELLO, A.M.M. e ET AL. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009.

CEBES, **Saúde em Debate**, nº 1, p. 3- Ver a respeito, na mesma revista, artigo de Escorei, S., "Saúde e Democracia, Democracia é Saúde", nº 21, junho de 1988, pp. 51 a 55.

CONASEMS. **Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das universidades e municípios - Memórias.** Brasília: Athalaia; 2007, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

COSTA, M.L. **O núcleo de apoio à saúde da família (NASF): contextualização de sua implantação na atenção básica à saúde no Brasil.** Departamento de Serviço Social - SER, do Instituto de Ciências Humanas. Brasília, 2013.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. **Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde.** *Saúde soc.* [online]. 2011, vol.20, n.4, pp. 961-970.

Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre Cuidados primários de saúde;** 6-12 de setembro 1978; Conferência de Alma Ata; URSS. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jocarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. **História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista.** In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*, cap.10. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/CEBES, 2008.

FAUSTO, M. C. R. **Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira,** 2005. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: IMS/UERJ.

FIOCRUZ. **Reforma Sanitária. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca.** Fundação Oswaldo Cruz.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. **Atenção primária à saúde. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, cap.16. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/CEBES, 2008.

LABATE, R.C; ROSA, W.A.G. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência.** *Rev Latino-am Enfermagem* 2005, novembro-dezembro; 13(6):1027-34.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.** Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18.055.

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n.5, ago. 2010.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial.** Brasília: MS; 1997. 13.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial.** Brasília (DF): MS; 1997

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Políticas de Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1.** Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 8 p. (Série E. Legislação de Saúde)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família).** Brasília, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Saúde.** Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. ENSP/FIOCRUZ, v.4, n.7, ago 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 27)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Políticas de Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Caderno 1 - A Implantação da Unidade de Saúde da Família. Milton Menezes da Costa Neto, org. Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família. Brasília, 2000.

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (Im) **Previdência Social - 60 Anos de História da Previdência.** Petrópolis, 2ª ed., Editora Vozes/Abrasco, 1986.

PAIM, J. **Modelos de atenção à saúde no Brasil.** Políticas e Sistema de Saúde no Brasil, cap.15. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/CEBES, 2008.

PEREIRA, P. **Política Social: temas e questões.** São Paulo: Cortez, 2008.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão.**

PORTARIA Nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011b. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Diário Oficial da União, Brasília, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48.

PORTARIA Nº 3.124/GM, DE 28 de dezembro de 2012. **Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3.**

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**, São Paulo: Hucitec/ Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Apr. 2007.

SAMPAIO, R.F; MANCINI, M.C. **Estudos de Revisão Sistemática: Um Guia para Síntese Criteriosa da Evidência Científica**. Revista Brasileira de Fisioterapia, 2007;11(1): 83-89.

SILVA, J.B; GOMES, F.B.C; CEZÁRIO, A.C; MOURA, L. **Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas**. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2006.

TEIXEIRA, S.F., **"Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária"**, in Teixeira, S.F. (org.), *Reforma Sanitária - em busca de uma teoria*, Cortez Editora/ABRASCO, São Paulo, 1989, p. 39,

VIANNA, A.L.A; DAL POZ, M.R. **Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil**. (RJ): Abril; 1998.