

**REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚ
DA FAMÍLIA (ESF).**

**REFLECTION ON THE WORK PROCESS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY
(ESF IN PORTUGUESE).**

Rodolpho Fernandes de Souza¹

Ana Lúcia Abrahão²

RESUMO

A ESF como principal estratégia do Ministério da Saúde para reorganizar a atenção básica em saúde no Brasil cresce com cobertura quase total nos municípios do Brasil. Traz, portanto, muitos e complexos desafios a serem superados no processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção em saúde vigente e que resgata as ações de prevenção e promoção da saúde. Portanto, este estudo consiste em uma revisão bibliográfica com o objetivo de analisar o processo de trabalho da ESF estabelecendo sua articulação com os princípios do SUS. Pensando em contribuir para a reflexão neste âmbito, optou-se por uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa sobre o discurso da literatura profissional, por meio da busca bibliográfica manual e computadorizada na base de dados LILACS e MedLine, usando os descritores: PSF, Saúde da Família, Saúde Pública e Gestão em Saúde. Após abordada a temática percebeu-se que apesar dos avanços da estratégia existe a persistência de alguns profissionais no programa em manter uma padronização na assistência conforme o antigo modelo, engessados, baseado na epidemiologia e inibindo a operação de um processo de trabalho inovador que sente a real necessidade da população e não se limita a realização de procedimentos.

PALAVRAS CHAVE: PSF - Saúde da Família - Saúde Pública - Gestão em Saúde.

ABSTRACT

ESF as the main strategy of the Ministry of Health to reorganize primary health care in Brazil is growing with almost complete coverage in the municipalities of Brazil. It brings so many and complex challenges to overcome in the process of changing the paradigm that guides the health care model that conserves the force and actions of prevention and health promotion. Therefore, this study consists of a literature review to analyze the working process of the ESF establishing its relationship with the principles of the NHS. Thinking about contributing to the reflection in this context, we chose a descriptive qualitative approach on the discourse of the professional literature through the manual and computerized literature search in the database Medline and LILACS using the following keywords: FHP Health Family, Health and Management in Public Health addressed the issue after it was noticed that despite the progress of the strategy there is the persistence of some professionals in the program to maintain a standard in care as the old model, casts, based on epidemiology and inhibiting operation a process of innovative work that feels the real needs of the population and not merely perform procedures.

KEYWORDS: PSF- Family health - Public health - management in health.

INTRODUÇÃO

A busca de um novo modelo de assistência decorre de uma necessidade nítida onde o modelo tecnicista hospitalocentrico não atende mais as emergências do mundo moderno. Na década de 70, no apogeu da ditadura militar, instalou-se um poderoso complexo médico-industrial, cujos recursos eram oriundos do dinheiro público, através do Ministério da Previdência e Assistência Social – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). “Desta forma, o recurso público serviu para a expansão da rede hospitalar privada, subsidiando a compra de equipamentos privados e permitindo uma indústria de medicamentos

absurdamente fora do controle público” (DA ROS, 2006, pág. 149). Neste contexto, prevalecia o modelo flexneriano de formação, centrado na figura do médico.

Assim, o centro do processo de trabalho era o hospital, sendo a caracterização de doença como um fenômeno estritamente biológico.

Nesse mesmo sentido, ainda em meados da década de 70, diversos movimentos com raízes e características diferentes, mas com alguns interesses comuns, foram unindo-se contra a ditadura militar; contra o complexo médico-industrial; e, a favor da organização de um sistema de saúde hierarquizado e de um Sistema Único de Saúde que unisse a medicina previdenciária com a saúde pública do Ministério da Saúde; e com ênfase na adoção de medidas preventivas na atenção a saúde (*Ibid*).

Desse modo em 1994, o Ministério da Saúde propôs a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF), como uma forma de reorganização da produção de cuidados de saúde na atenção básica, o que seria um novo modo de fazer saúde. O desenvolvimento dessa estratégia tinha como objetivo reorganizar a prática assistencial de saúde sob novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, que é orientado para a cura de doenças e centrado no hospital. “Essa nova estratégia exige dos profissionais de saúde uma compreensão mais ampla no processo saúde-doença e, sobretudo modos de intervenção que vão além da prática curativa” (FRANCO E MERHY, 2003, pág. 28).

Para melhor se entender o conceito de modelo, Rosa e Labate (2005, pág. 1030) a definem como “uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável”. Nesse sentido, o PSF pode ser definido como a principal estratégia de contribuição para a reorientação do modelo assistencial na atenção básica, para conformidade dos serviços com os princípios do SUS.

Nesse sentido, atualmente, o PSF é definido com Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta

reorganização. Nesse rumo, percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é :

[...] a 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, descentralização, integralidade e participação da comunidade mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. (BRASIL, 2006, pág. 14)

Desse modo, questiona-se então se atualmente o processo de trabalho da ESF tem sido compatível com a sua finalidade proposta. Diante do exposto tal pesquisa ganha relevância, pois em alguns municípios que adotaram o programa, verificou-se que “a ESF significou mais uma modificação institucional, ou seja, nova divisão de trabalho entre os profissionais, deslocamento do local de atenção, acréscimo na remuneração da equipe do que maior aproximação com o cotidiano das famílias” (VASCONCELOS, 1999, pág. 98). Logo, justifica-se a reflexão sobre a implementação da ESF e o atendimento a sua finalidade proposta, que deve considerar a valorização da promoção e prevenção da saúde, tendo como foco o bem estar da população.

OBJETIVO

A pesquisa aqui relatada tem como objetivo analisar o processo de trabalho da ESF estabelecendo sua articulação com os princípios do SUS.

MÉTODOS

Este estudo possui natureza descritiva, com abordagem qualitativa baseado em pesquisas bibliográfica computadorizada e manual. Os dados foram coletados através do levantamento de produções científicas selecionadas no período

de 1997-2009, utilizando os descritores (PSF; Saúde Pública; Saúde da Família; Gestão em Saúde). As bases de dados utilizadas foram o acervo da biblioteca da Universidade Federal Fluminense, acervo pessoal e o banco de dados virtual BIREME e SCIELO. Dos 40 textos identificados, foram selecionados 16 para análise devido às implicações destes para melhor reflexão acerca do tema.

DO DISCURSO TEÓRICO PROPOSTO PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Prevenção e promoção da saúde foram ações por muitos anos abandonadas em todas as suas dimensões. Sob esse raciocínio comenta-se que a rede básica de saúde, constituída pelos postos, centros ou unidades básicas de saúde, durante anos passaram a ser assessórias e desqualificadas. “Com isso, perderam seu potencial de resultados, alimentando a própria lógica que a excluía de antemão. O que era para ser básico se tornou descartável e o topo da cadeia de atenção se transformou em porta de entrada” (BRASIL, 2004, pág. 18). Como resultado desse quadro obteve-se um modelo caro, ineficiente e desumano que degradou a prática profissional e não atendeu eficientemente às necessidades da população. “Em contrapartida ao longo dos anos, diversas pesquisas indicaram que unidades básicas de saúde, funcionando adequadamente, resolvem, com qualidade, cerca de 85% dos problemas de saúde da população” (ibid). Ou seja, apenas um pequeno número de pessoas necessitará de atendimento hospitalar e especialidades, funcionando, sem dúvida de um modo mais eficiente, eficaz e racional de custos.

Analisando todo esse contexto e visando a reorientação do modelo assistencial brasileiro, foi que o Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, a implantação do PSF. Desse modo o PSF representa estratégia e proposta de reorientação do modelo assistencial, organizando a atenção básica e trazendo uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença,

mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco.

Para tanto, sobre a expressão conceito ampliado de saúde faz-se referência “à teoria da produção social da saúde que se baseia na idéia de saúde como produto social resultante de fatores econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos, fundamentando o conceito de saúde como expressão de qualidade de vida” (MENDES, 1999, pág. 67). Baseado nisso, a Estratégia Saúde da Família pretende instituir uma mudança da prática sanitária, contrapondo-se ao conceito de saúde proposto pelo paradigma de formação flexneriano, com ênfase nos aspectos curativistas, superespecializado, biologicista e mecanicista que considera saúde, simplesmente, como ausência de doença.

Para superar esse paradigma hegemônico é mister valer-se da importância do foco holístico e intersetorial de saúde e da ESF ter sido consagrado como boa marca política para essa superação, sendo considerado não só um programa no sentido literal da palavra, mas de acordo com Brasil (1996, pág. 15):

[...] uma estratégia de organização da atenção básica à saúde e porta de entrada para o SUS. Ao servir como um primeiro atendimento, funciona como porta de entrada para o sistema de assistência resolvendo algumas necessidades, as chamadas necessidades básicas de saúde, incluindo as ações tradicionais da saúde pública como saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, a vacinação ou a informação em saúde, tratamento de doenças de caráter epidêmico e as demandas que exigem saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, assistenciais e educativas⁽⁸⁾. O propósito é identificar os principais problemas de saúde, em seu conceito ampliado na região adstrita, e buscar o enfrentamento e resolução dos mesmos, integrando multidisciplinaridade, bem como mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos. A ESF nasce com a finalidade de superar um modelo assistencial tradicional, responsável pela ineficiência do setor, insatisfação da população, desqualificação profissional, iniquidades.

Assim, a saúde da família e da coletividade poderá desenvolver-se de forma mais plena caso seja compreendida não como um programa para a saúde restrito a procedimentos organizacionais, mas, sobretudo com objetivo de formular políticas que promovam os movimentos de auto-avaliação e disposição para mudanças.

Desse modo são atribuições básicas do ESF:

[...] conhecer as realidades das famílias pelas quais são responsáveis; identificar as situações de risco e os problemas de saúde a que aquela população está exposta; executar de acordo com a qualificação de cada profissional os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica; resolver os problemas de saúde no nível de atenção básica; organizar grupos para educação para a saúde; promover maior acessibilidade e equidade de saúde aos cidadãos; promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais são algumas atribuições comuns na qual devem estar focados os profissionais da ESF (BRASIL, 2004, pág. 19).

Logo, deseja-se que uma equipe de saúde da família em território de abrangência definido desenvolva ações focalizadas na saúde, dirigidas às famílias e ao seu habitat; com ênfase relativa no promocional e no preventivo, mas sem descuidar do curativo-reabilitador, assim devendo caminhar articulado com outros setores que determinam a saúde.

DO DISCURSO IMPLEMENTADO E A COERÊNCIA COM O QUE FOI PROPOSTO

Para se implementar com sucesso um novo processo, precisamos implantá-lo e depois criar cultura do uso desse novo processo, que seria implementá-lo. Não há sentido em se ter trabalhado dias a fio em um projeto para que depois não seja usado. É necessário convencer os usuários das vantagens de usufruir o novo processo. Logo, é preciso entender a diferença entre as duas palavras da seguinte maneira: implantar marca o início, a execução de uma ação, enquanto implementar expressa a continuidade, o prosseguimento.

Desse modo, entende-se que a Estratégia Saúde da Família foi implantada com o intuito de solidificar o SUS, reorganizar o sistema de saúde em vigor e substituir as antigas diretrizes baseadas na medicina biologicista, como já falado anteriormente. Vários progressos foram alcançados desde então. Porém, muitos problemas do antigo modelo ainda persistem durante seu processo de implementação discutido, ou seja, ainda não colocado plenamente em uso, ou seja,

a fragmentação do cuidado e o atendimento médico especializado ainda comprometem o atuar em saúde.

Assim foi observado que “o trabalho do médico está centrado nas consultas, com um curto período de duração sendo 10 minutos em média” (FRANCO E MERHY, 2003, pág. 44). Há uma dificuldade em trabalhar especificamente as tecnologias leves, definidas como: “vínculo, humanização, comprometimento social, interdisciplinaridade e trabalho em equipe. Assim, vários fatores coexistem para esta dificuldade na integração das tecnologias leves ao cotidiano do trabalho” (MERHY E ONOCKO, 1997, pág. 56). Baseado no que foi dito tem-se como exemplo dessa dificuldade o gerenciamento da equipe quase sempre concentrado em uma só pessoa, geralmente na figura do médico, o que mantém a demanda, desse modo extremamente reprimida. Nesse sentido, entende-se que:

[...] uma vez que o atendimento é médico-centrado, a demanda torna-se maior, fazendo com que o médico tenha que atender um número maior de pacientes, encurtando o tempo das consultas, não dando espaço para que se desenvolvam as tecnologias leves que seriam a interpretação das pessoas, mas ele não é concreto e subjetivo se da pelo acesso a percepção, que permitem outros patamares na relação médico-paciente para além da clínica, levando ao vínculo e à responsabilização (FRANCO E MERHY, 2003, pág. 45).

Assim, e de um modo geral, percebe-se uma dificuldade do médico trabalhar fora de uma queixa formalizada. Tanto o usuário quanto o médico têm dificuldades para verbalizarem suas dúvidas e manter um diálogo adequado à formação do vínculo.

Para atuar como operador do cuidado, o trabalhador de saúde necessita assumir o diálogo como produtor de vínculo, acolhimento e responsabilização. Portanto, este atuar depende intrinsecamente da forma de trabalho do sujeito, responsabilizando-se pelo produto final do seu trabalho que poderá ser somente uma tecnologia dura, sem vínculo, como a prescrição de uma medicação; ou poderá criar vínculo à medida que o usuário se sente importante neste processo, repensa a necessidade de mudança de hábitos de vida, de introspecção e da importância concomitante com a medicação (MERHY E ONOCKO, 1997, pág. 32).

Vale esclarecer que tecnologia dura refere-se ao instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações, ou ainda, protocolos e saberes bem estruturados que caracterizam as tecnologias leve-duras. (MERHY, 2005, pág. 166).

Logo, cabe dizer que para uma ação cuidadora eficaz cabe uma conformação adequada da relação entre os três tipos de tecnologias: dura, leve-dura e leve, a fim de alcançar maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos riscos de adoecer ou agravar seus problemas. Merhy (2005, pág. 14) cita que não basta existir um excelente serviço de acolhimento, se não conseguir responder com os exames necessários para esclarecer um certo problema de saúde. Deste modo, é pertinente que o profissional esteja totalmente envolvido com a produção de um espaço acolhedor, mas não irá contribuir plenamente para a uma ação eficaz, se, ao mesmo tempo, não usar toda a sua sabedoria clínica a serviço e á defesa da vida do usuário.

Desse modo, entende-se que a finalidade da ESF seja de reaver o distanciamento que o profissional de saúde teve dos interesses do usuário com predomínio das modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras, reduzido a produção de procedimentos na atenção básica. Merhy (2000, pág 112) cita em outro texto que “os arranjos entre as ferramentas utilizadas para produzir saúde são estratégicos e mesmo definidoras do sentido dos modelos, a partir das configurações que adquirem internamente, e entre si, as diferentes ferramentas.” Portanto, para que o profissional produza o cuidado, ele deve ser aproximado do resultado, do produto final, valorizando seu orgulho profissional, abrindo espaço para a liberdade criadora, para a autonomia profissional, reinventando o seu cotidiano de trabalho.

Entretanto, nota-se uma expectativa geral dos trabalhadores de saúde e usuários para que o modelo técnico-assistencial prevaleça. Na verdade, a enfermeira organiza o atendimento para que seja médico centrado. Os pacientes parecem condicionados a esperar o mesmo. O médico responde ao processo, como co-participe, sem questionamentos. “Não há interdisciplinaridade, e cada um

trabalha em seu núcleo específico de cuidado, sem inter-relação dos diversos profissionais para um objetivo comum” (MERHY E ONOCKO, 1997, pág. 57). Contrapondo a isso é sabido que para haver produção de cuidado a interdisciplinaridade é fundamental.

Em se tratando do que foi colocado acima, nota-se que em muitas vezes o programa deixa de alcançar sua meta de prevenir e promover a saúde, limitando-se a prática ambulatorial quando não ao atendimento de emergências. Assim não basta aderir ao programa saúde da família sem implementá-lo de acordo com suas finalidades propostas. Nesse sentido, a aposta dessa superação da dicotomia entre saúde pública e atenção médica curativista é a base para a implementação do PSF, trazendo novas propostas de intervenção, buscando resgatar a integração das ações de prevenção, promoção e assistência à saúde.

Em alguns municípios que adotaram a ESF, verificou-se de acordo com Vasconcelos (1999, pág. 84) que houve maior aproximação dos com o cotidiano das famílias, embora haja uma discussão aprofundada do modo de relação entre os profissionais e a população local. Já em outras localidades, a ESF significou mais somente mais uma modificação institucional, ou seja, nova divisão de trabalho entre na tradição herdada da vigilância à saúde, não ocorrendo verdadeiramente uma mudança no modo de se produzir saúde. Merhy (2005, pág 170) cita que:

[...] a mudança do modelo assistencial somente ocorrerá a partir da reorganização do trabalho das equipes, atuando nos seus processos decisórios, o que ocorre no ato mesmo da produção de saúde, prática esta que não tem sido vista até o momento, seja pelo modelo flexneriano medicocentrado de formação do profissional, que não pensa a promoção e prevenção em saúde, seja pela falta de transdisciplinaridade na prática.

Para se entender a dificuldade na transdisciplinaridade vale tratar do desafio na saúde na evidente disputa de núcleos do saber e subordinação das áreas da saúde como enfermagem, psicologia, odontologia e outras ao campo do núcleo do saber médico. Assim, tantas podem ser os genuínos problemas enfrentados que se pergunta: como a ESF, como prioridade de governo que ganhou tanto espaço institucional, em uma rápida observação, pode sofrer tamanha defasagem entre o

entre seu discurso e as práticas assistenciais que implementa? Ou seja, mostra que apesar dos avanços, ainda não se tem conseguido concretizar sua proposta. Diante disso, pelo menos uma questão é permitida: por quê o Programa não tem tido potência para inverter a lógica de produção dos serviços de saúde? Merhy e Franco (2005, pág.1) respondem que:

[...] a ESF utiliza de modo central uma certa epidemiologia para construir o seu conhecimento do mundo das necessidades de saúde e para instrumentalizar suas ações, no entanto, o binômio epidemiologia/vigilância à saúde é importante na estruturação dos serviços de saúde, mas não é suficiente. Há muitas situações nas quais a clínica aparece como o campo de conhecimento competente para atender certas necessidades de assistência, com seu método próprio de intervenção sobre o corpo, singular por excelência. Além disso, a complexidade do mundo das necessidades de saúde é tal que muitos outros saberes, além da epidemiologia e da clínica, devem ser chamados. Por exemplo, o usuário que chega ao serviço, portador de um problema de saúde qualquer, traz consigo registros de sua história pregressa e presente, que fazem parte da sua subjetividade. Uma ação de saúde eficaz necessita entendê-la, necessita operar sobre o seu território. Há situações em que não cabe a perspectiva de cura, ou de resolução clínica, mas sim a construção de um usuário que administre melhor o seu próprio sofrimento. Para produzir este tipo de saúde, outros campos de conhecimentos competentes precisam ser mobilizados, que agem nos processos relacionais com o usuário, e que estão implicados com a produção de ações acolhedoras, de escutas qualificadas e mesmo com as responsabilizações e compromissos que estes processos comportam, que operam os vínculos sociais, por exemplo.

A proposta oficial de organização produtiva da saúde, feita através do ESF, tem apostado em um serviço amplo em cobertura e de baixo custo, e como já dissemos, ao definir que seu centro de intervenção é a vigilância à saúde, tem lhe roubado a potência necessária para realizar a mudança pretendida. É neste ponto que reside um dos principais erros do movimento sanitário brasileiro, no seu desafio de enfrentar o modelo hegemônico, pela negação da clínica através de uma teoria da produção da saúde, pressuposta no campo da vigilância à saúde, que opera com a antinomia clínica x epidemiologia.

De fato, a ESF, pautado na universalidade, integralidade e equidade, está em fase de implementação, e apesar de um pouco aquém às práticas que lhe foram propostas, caminha no sentido, de ajustes e críticas para mudanças do modelo assistencial.

Portanto, a saúde da família trata de resgatar habilidades perdidas pelo uso tecnologia excessiva e abusada na dificuldade de adaptação singular de produzir saúde também a partir da subjetividade no encontro entre profissional e usuário. “Esta capacitação deve ensinar a produzir cuidado em saúde, mobilizando gerencialmente o território das tecnologias leves, sem descartar completamente a necessidade da produção de procedimentos relacionados às tecnologias duras” (FRANCO E MERHY, 2003, p. 24).

Portanto, reflete-se a necessidade de discussão dos processos de trabalho destes profissionais na ESF, agora organizados em forma de equipe. Não cabe, portanto, somente a crítica ao modelo vigente, mas principalmente a elaboração de métodos e tecnologias que analisem os problemas existentes e que propiciem uma mudança de posição interferindo diretamente no cuidado, promoção e proteção da saúde e da vida individual e coletiva. Trata-se da reciclagem da produção de cuidado em saúde, da construção do novo, através da implementação de processos de auto-análise do trabalho.

CONCLUSÃO

Apesar da Estratégia Saúde da Família ter sido nos últimos anos uma das mais importantes mudanças estruturais já realizada na saúde pública no Brasil ainda apresenta dificuldades na implementação de seus princípios e diretrizes que parecem distantes ao que foi proposto na reorientação da atenção básica em saúde. A reprodução do foco de atenção na disputa entre epidemiologia e clínica já conhecida em programas anteriores como Medicina Comunitária, Cuidados Primários em Saúde não foram eficientes para superar o modelo hegemônico, portanto não se trata aqui, simplesmente, de ser contra a ESF, mas sim de verificar as fragilidades do Programa tal como tem sido proposto e fazer um esforço de sua superação, para que sirva como um dispositivo, eficiente e eficaz, de mudança do modelo assistencial.

Desse modo, pode-se por um lado, apontar avanços na descentralização e na regionalização da atenção, por outro, percebe-se a persistência, por parte de

alguns profissionais e gestores envolvidos no programa em insistir na manutenção de uma padronização na assistência conforme o antigo modelo, baseado na epidemiologia, que engessa o tratamento e controle de doenças, criando grupos prioritários, desvalorizando a demanda espontânea e inibindo a operação de um processo de trabalho inovador que sente a real necessidade da população e não se limita a realização de procedimentos. Nesse sentido a crítica é de suma importância no sentido de contribuir com o debate em torno da necessidade de mudança do modelo assistencial.

Assim a estratégia saúde da família, segue se aprimorando, com ajustes necessários no caminho de afirmar os compromissos do SUS de equidade, universalidade, regionalidade, descentralização e outros. Segue no repensar do processo de trabalho dos profissionais envolvidos estimulando-os à reflexão sobre o processo de trabalho que vem sendo desenvolvido e desse modo se alcance não uma nova organização do trabalho, mas na verdade um novo modo de se pensar e fazer saúde, que sente a real necessidade da população e não se limita somente a mera realização de procedimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Políticas de Saúde. *Revista de Saúde Pública*. 34, 316-319, 2000. Disponível em:
<http://www.fsp.usp.br/rsp.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2008.

BRASIL. Secretaria Executiva. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde*. Brasília, 1996.

BRASIL. Secretaria Executiva. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização*. Brasília, 2004

BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil* nº 648, de 28 de março de 2006.

DA ROS, M. A. et al. Residência multiprofissional em Saúde da família: Uma conquista do movimento sanitário. *Cadernos RH Saúde*, Brasília. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. v.3,n.1, 145-54, mar. 2006.

. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Ribeirão Preto. 9, 161-77, 2005

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. *Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação*. 12, 109-116, 2000.

MERHY E.E, ONOCKO R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY. E. E. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MERHY, E. E; FRANCO, B. T. *Programs and Projects: Family Health*. Ministry of Health, 1998.

ROSA, W. de A G.; LABATE, R. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. n.13, 1027-34, 2005.

VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 1999.

¹ Enfermeiro. Mestrando. Universidade Federal Fluminense. e-mail: rodolphosouza79@hotmail.com.
Rua Roberto Silveira,nº325, São Francisco- Cabo Frio/RJ.

²Enfermeira. Doutora. Professora da Universidade Federal Fluminense. e-mail:
abrahaoana@gmail.com. Rua Roberto Silveira,nº325, São Francisco- Cabo Frio/RJ

RECEBIDO EM: 14.10.2010
APROVADO EM: 27.10.2010