

Capítulo 6

Vínculo e responsabilização na construção da produção do cuidado no programa saúde da família

Maria Angela Alves do Nascimento
Sandra Carla Maia Carneiro Santos
Marluce Maria Araújo Assis
Rita de Cássia Rocha Moreira
Juliana Alves Leite Leal
Carolina de Camargo Teixeira Gonçalves
Laisa Mirella Marinho de Andrade
David Félix Martins Júnior

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ASSIS, MMA., *et al.* orgs. *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários* [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p. ISBN 978-85-232-0669-7. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

CAPÍTULO 6

VÍNCULO E RESPONSABILIZAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Maria Angela Alves do Nascimento; Sandra Carla Maia Carneiro Santos; Marluce Maria Araújo Assis; Rita de Cássia Rocha Moreira; Juliana Alves Leite Leal; Carolina de Camargo Teixeira Gonçalves; Laisa Mirella Marinho de Andrade; David Félix Martins Júnior

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) começa a ser estruturado quando o Ministério da Saúde (MS), em 1991, implanta o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de promover a redução da mortalidade materna e infantil, em especial nas regiões Norte e Nordeste, por meio da extensão da cobertura dos serviços de saúde para as áreas menos favorecidas. Contudo, com base na experiência acumulada no estado do Ceará com o PACS, o MS percebe a importância do desenvolvimento das ações dos Agentes Comunitários da Saúde (ACS) para o fortalecimento dos serviços básicos de atenção à saúde nos municípios e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde. Com isto, o indivíduo passa a ser visto dentro de um contexto coletivo (ROSA; LABATE, 2005; VIANA; DAL POZ, 1998).

A despeito da grande expectativa de que o PSF possa se tornar a estratégia de reestruturação da Atenção Básica (AB) e das mudanças nas condições políticas e institucionais e de financiamento destinadas a acelerar este processo, para Pereira et al. (2006), poucas foram as cidades com sistemas de saúde complexos que implantaram o Programa como estratégia substitutiva do modelo assistencial vigente.

Num primeiro momento foi considerado um programa de saúde focalizado nas populações pobres, principalmente as mais marginalizadas de acesso aos cuidados básicos de saúde. Entretanto, em sua modelagem teórica e prática, foi redirecionado como um instrumento capaz de reorganizar e reestruturar o Sistema Público de Saúde, ou seja, o enfoque do programa deverá ter uma perspectiva de estratégia de mudança de modelo de atenção à saúde (VIANA; DAL POZ, 1998).

Ao longo dos 15 anos de sua implementação, o PSF passou por diferentes concepções. Inicialmente, segundo Canesqui e Spinelli (2008), foi concebido enquanto um programa de assistência à saúde, destinado às ações de prevenção, promoção e proteção do indivíduo/família/comunidade no contexto da Atenção Primária. Atualmente, é defendido como uma estratégia de reorientação focada no modelo assistencial de Vigilância à Saúde, na tentativa de reorganizar o modelo assistencial, segundo os preceitos da Atenção Básica.

Entende-se que, ao se organizar este modelo, é preciso que também se organize o processo de trabalho em saúde, de modo que leve ao rompimento da dinâmica médica centrada do modelo hegemônico de organização e com a forma de trabalho da equipe. Isto, entretanto, requer mudanças nos microprocessos deste trabalho em saúde, os quais estão relacionados ao espaço relacional (espaço intercessor) do trabalhador com o usuário. Só então será possível qualificar o cuidado prestado como baseado na escuta e no uso de tecnologias leves (acolhimento, vínculo, responsabilização). Assim, é possível elevar-se o coeficiente de autonomia do usuário, além de desestabilizar o alto grau de normatização das práticas presentes no PSF, argamassa da Atenção Básica no país (ABRAHÃO, 2008; CAMPOS, 2005; MERHY, 2002).

Neste estudo destacam-se como instrumentos do PSF para alcançar seus objetivos o *Vínculo* e a criação de laços de compromisso e de *co-Responsabilização* entre profissionais de saúde e a população.

Por conseguinte, a possibilidade de vínculo resulta da disposição de acolher de uns e da decisão de buscar apoio em outros. Vínculo é, portanto, “[...] a circulação de afeto entre pessoas” (CAMPOS, 2005, p. 28). O vínculo é um dispositivo utilizado para estimular os grupos e as organizações a participarem da resolução de seus problemas. Na verdade, o que se quer é ajudar o usuário a adquirir autonomia.

Significa ainda criar estratégias adequadas de receber os diferentes modos como a população procura ajuda nos serviços de saúde, respeitando as particularidades (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 1997). Desta forma, o novo “agir” em saúde só será possível quando os processos de trabalho potencializarem as tecnologias leves, em especial o vínculo, em seu fazer saúde.

Portanto a compreensão ampliada de vínculo guarda estreita relação com a capacidade do outro de usufruir da condição de sujeito ativo nas decisões acerca de sua vida. É o dispositivo que leva os sujeitos (trabalhadores e usuários) ao encontro de suas potencialidades, pois favorece a reciprocidade de experiências e, assim, possibilita a construção de atos terapêuticos co-responsabilizados (SANTOS et al., 2008).

Neste contexto, a responsabilização pela produção do cuidado é também um dos instrumentos e dispositivo do Sistema Único de Saúde (SUS) para a mudança do modelo assistencial. Para Starfield (2004, p. 366), a essência da responsabilização é a “[...] disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades de atendimento”.

Por isso, na busca de cumprir os princípios do SUS, é necessário que se compreenda o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que o usuário precisa para atingir a integralidade (MATTOS, 2001). Daí a preocupação político-econômica e cultural na produção da saúde para com a responsabilização na produção do cuidado, enquanto dispositivo para amenizar as tensões encontradas no PSF.

Entretanto, para que as equipes de saúde da família efetivamente se comprometam com a construção do SUS e se responsabilizem pela saúde dos usuários, devem buscar a resolubilidade mediante a produção de novas tecnologias para o cuidado, por meio da ruptura de práticas médicas hegemônicas do sistema, com o objetivo de produzir uma atenção à saúde de qualidade. Segundo Campos (2003), há que superar os limites, desde trabalhar com a qualificação e responsabilização da equipe e dos gestores, até a co-responsabilização dos cidadãos, com uma prática dialógica e flexível às demandas/necessidades dos usuários.

A responsabilização na perspectiva das práticas de saúde individuais e coletivas é dirigida à produção de responsabilização clínica e sanitária e de intervenção resolutiva, tendo em vista as pessoas, como um caminho para

defender a vida. Reconhece-se que sem acolher e vincular não há produção desta responsabilização nem otimização tecnológica das resolubilidades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

A despeito de a equipe saúde da família ser responsável pela produção do cuidado clínico e sanitário, há ainda barreiras a serem rompidas devido à própria fragilidade do sistema de saúde brasileiro, que, não obstante os avanços, traz ainda consigo traços de um modelo tradicional e limitado quanto ao cuidado integral, universal e igualitário. Assim, será necessário inverter as lógicas de produção do cuidado, centrando o processo de trabalho nas tecnologias de saúde, principalmente a leve e leve-dura, operando uma reestruturação produtiva com o objetivo de tornar mais resolutivo e dinâmico o cuidado no Saúde da Família. Este deve ser caracterizado por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abranjam as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

Desta forma, o uso de tais tecnologias na execução do trabalho em saúde poderá servir como instrumento facilitador para a construção das ações em saúde, tendo em vista a integralidade das ações e serviços demandados pela população atendida pelo PSF, traduzidas em ações efetivas para dar resolubilidade às necessidades de saúde desses usuários, tornando-os mais autônomos no processo de saúde-doença (MERHY, 1992).

A resolubilidade no PSF, entretanto, não se limita a ter uma conduta; envolve colocar a possibilidade de usar “tudo” o que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do usuário. É colocar a sua disposição toda a tecnologia para conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, a fim de abordar a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde (MERHY, 2006).

1 METODOLOGIA

Estudo com uma abordagem quantitativa, que tem como objetivo caracterizar o vínculo e a responsabilização na produção do cuidado em saúde

no PSF de um município da Região Centro-Leste da Bahia, na visão dos profissionais de saúde, dos gestores e dos usuários. Participaram 329 sujeitos, categorizados em três grupos: O Grupo I, constituído de profissionais de saúde das equipes de saúde da família, levou em consideração os seguintes critérios de inclusão: profissionais com mais de um ano na unidade saúde da família (urbano e/ou rural), ambos os sexos e as diversas categorias profissionais. A amostra foi representada por 60 sujeitos: 33 agentes comunitários de saúde, 11 auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, 6 enfermeiros, 6 médicos, 2 auxiliares e/ou técnicos de consultório dentário e 2 odontólogos.

O Grupo II foi representado por dirigentes da Atenção Básica e/ou PSF – gestores (Secretário Municipal de Saúde, Coordenador da Atenção Básica, Supervisores das 82 unidades saúde da família). Participaram desse grupo o Secretário de Saúde, o Coordenador da AB e os 10 Supervisores de Equipes Saúde da Família, perfazendo um total de 12 gestores.

Já o Grupo III foi constituído por 257 usuários, selecionados mediante os seguintes critérios: maiores de 18 anos, frequentadores da unidade saúde da família há 6 meses.

O instrumento de coleta de dados foi o formulário, elaborado em três versões com questões específicas direcionadas a cada grupo dos sujeitos, construído com base nos indicadores dos componentes do *Primary Care Assessment Tool* (PACT). Foi preenchido pelos pesquisadores após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Na análise dos dados foram utilizados o método de análise de frequência absoluta e relativa e o programa de estatística Epidata. Os resultados estão apresentados em gráficos e quadros construídos pelo programa Excel.

2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com o **Gráfico 1**, após serem atendidos, 178 (69,3%) usuários declararam-se satisfeitos, pois tiveram seus problemas resolvidos, porém apenas 54 (21%) sentiram-se realmente *considerados* e *ouvidos* durante o atendimento. Com base nestes resultados, pode-se inferir que a satisfação do usuário

diante da resolubilidade de seus problemas de saúde pode estar associada ao estabelecimento do vínculo. Segundo Santos e Assis (2006), estabelecer vínculo é ampliar os laços relacionais, com o desenvolvimento de afetos e da potencialização do processo terapêutico, bem como do acolhimento. Este representa as ações comunicacionais que envolvem os atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso do atendimento recepção, clínica, encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta (SANTOS et al., 2007). Desta forma, estes dados apontam que a USF pode estar utilizando estes mecanismos como forma de potencializar o vínculo entre trabalhadores e usuários do serviço de saúde.

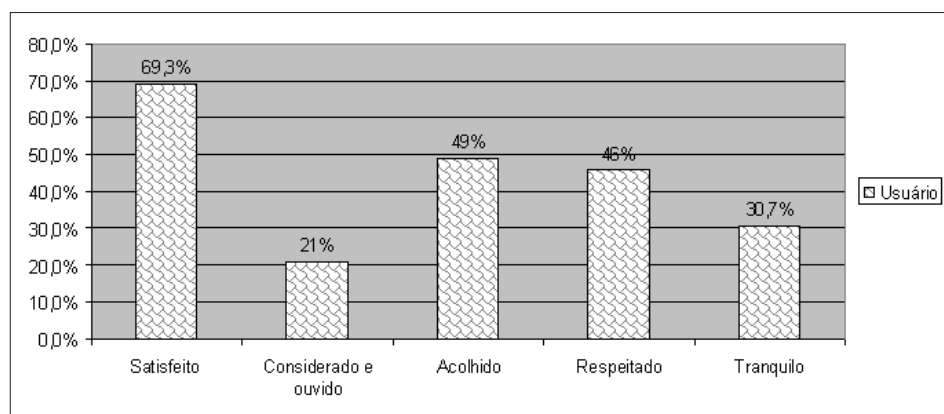


Gráfico 1. Características do vínculo baseado na inter-relação entre serviço-profissional de saúde-usuário apontadas pelos usuários durante o tratamento/consulta, no PSF de um município da Região Centro-Leste da Bahia, 2009

O **Gráfico 2** mostra que 139 (54,1%) usuários afirmam que, ao chegar na USF, os profissionais de saúde da ESF os recebem pelo nome próprio e conversam *amigavelmente*. Todavia menos da metade dos usuários, 114 (44,4%), conhecem os profissionais por seu nome e a função que exercem no interior da USF, a despeito de um grande contingente, 182 (70,8%), desses usuários, afirmar ser recebido sempre pelos mesmos profissionais, toda vez que procuram atendimento. Ressalta-se ainda que 171 usuários (66,5%) sentem-se à vontade para tratar de seus problemas de saúde e de sua família com o profissional que os recebem.

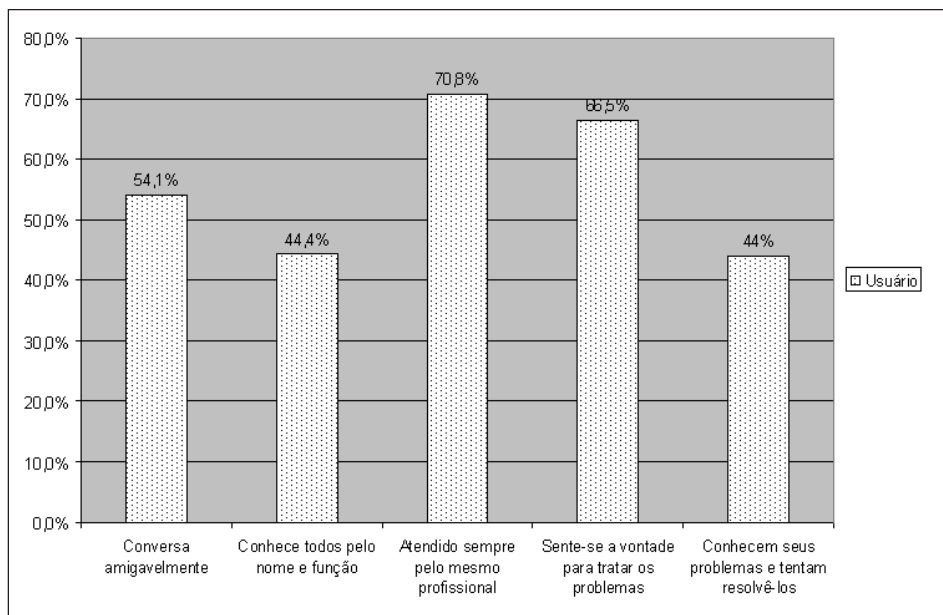


Gráfico 2. Características do vínculo na inter-relação profissional de saúde e usuário/família ao chegar no PSF de um município da Região Centro-Leste da Bahia, 2009

Segundo Starfield (2004), a interação estabelecida entre o profissional de saúde e o usuário, desde o momento em que este procura assistência na unidade de saúde, contribui para o estabelecimento de relações de longa duração e para o alcance da efetividade da atenção.

Na busca pelo atendimento, o usuário expressa seus problemas ao profissional de saúde de acordo com o grau de confiança que nele possui. O profissional, por sua vez, busca compreender os problemas e formular soluções cabíveis para o caso. As recomendações feitas pelo profissional de saúde poderão ou não ser atendidas pelo usuário, a depender da confiança estabelecida durante a interação e da compreensão e da adequabilidade destas para a atenção a sua saúde, favorecendo o fortalecimento do vínculo. Portanto, essa ideia de vínculo, segundo Merhy (1997), deve levar a pensar sobre a responsabilidade, o compromisso e a necessidade de realizarem-se intervenções que não sejam burocráticas, nem impessoais.

No **Quadro 1** observa-se, dentre os motivos pelos quais os usuários procuram a USF, que a proximidade de sua casa é a mais referida (66,9%). Outrossim, pode inferir-se que há uma contradição entre tais dados e as características do vínculo entre serviço de saúde-profissional-usuário, quando apenas 5,8% dos usuários afirmaram conhecer todos os profissionais e estes aos usuários e suas famílias. Este último dado corrobora o exposto no Gráfico 1, no qual apenas 54 (21%) usuários sentem-se ouvidos e considerados em seus problemas de saúde.

| MOTIVOS DE VOCÊ/ FAMÍLIA PROCURAR ESTA USF | NÃO | | SIM | |
|--|-----|------|-----|------|
| | n | % | n | % |
| É mais perto de minha casa | 85 | 33,1 | 172 | 66,9 |
| Minha família é cadastrada | 119 | 46,3 | 138 | 53,7 |
| Prática humanizada | 203 | 79 | 54 | 21 |
| Não preciso pagar | 198 | 77 | 59 | 23 |
| Não tenho aonde ir | 218 | 84,8 | 39 | 15,2 |
| Porque não tenho condições de pagar outros serviços | 208 | 80,9 | 49 | 19,1 |
| Sempre fui bem acolhido | 211 | 82,1 | 46 | 17,9 |
| Porque resolve todos os problemas de saúde | 234 | 91,1 | 23 | 8,9 |
| Tem bons profissionais | 230 | 89,5 | 27 | 10,5 |
| Conheço todos os profissionais e eles também já conhecem a mim e família | 242 | 94,2 | 15 | 5,8 |

Quadro 1. Motivos que levam os usuários a procurar o PSF de um município da Região Centro-Leste da Bahia, 2009

Este fato denota a necessidade de os profissionais da equipe repensarem o acolhimento ao usuário, já que, para Franco e Magalhães (2004), este dispositivo, enquanto diretriz operacional, seria uma relação acolhedora com escuta e respostas positivas, capazes de resolver os problemas de saúde da população, bem como de reorganizar o processo de trabalho na lógica de equipe multiprofissional e interdisciplinar, humanizando a relação trabalhador-usuário.

No que se refere à *Responsabilização* do cuidado, destaca-se a atuação dos profissionais de saúde e dos gestores no **Quadro 2**, que retrata a forma de organização dos profissionais da equipe no PSF, uma vez que deverão ser

agentes importantes no que se refere a esse dispositivo. Contraditoriamente, todos os gestores (12) foram escolhidos para ocupar esse cargo de forma indireta, assim como não há uma gestão colegiada no desenvolvimento de suas ações; 78,3% dos profissionais das ESF trabalham em equipe; 60% dos profissionais fazem planejamento participativo; 55% promovem a socialização das informações com reuniões periódicas; 33,3% fazem comunicação informal para tratar problemas técnicos e organizacionais relacionados às unidades e usuários. Apenas 3,3% desses profissionais participam do Conselho Local de Saúde (CLS).

| FORMAS DE PARTICIPAÇÃO | GESTOR | | | | TRABALHADOR | | | |
|---|--------|------|-----|------|-------------|------|-----|------|
| | NÃO | % | SIM | % | NÃO | % | SIM | % |
| Gestão colegiada USF | 11 | 91,7 | 1 | 8,3 | 60 | 100 | 0 | 0 |
| Trabalho em equipe | 4 | 33,3 | 8 | 66,7 | 13 | 21,7 | 47 | 78,3 |
| Socialização das informações/reuniões periódicas | 6 | 50 | 6 | 50 | 27 | 45 | 33 | 55 |
| Planejamento participativo | 4 | 33,3 | 8 | 66,7 | 24 | 40 | 36 | 60 |
| Eleição direta para a escolha dos gerentes de cada unidade | 10 | 83,3 | 2 | 16,7 | 60 | 100 | 0 | 0 |
| Comunicação informal para tratar problemas técnicos e organizacionais relacionados às unidades e usuários | 10 | 83 | 2 | 16,7 | 40 | 67,7 | 20 | 33,3 |
| Participação do CLS na condução das atividades | 11 | 91 | 1 | 8,3 | 58 | 96,7 | 2 | 3,3 |

Quadro 2. Formas de participação dos gestores e trabalhadores de saúde no PSF em relação à responsabilização para um serviço de qualidade em um município da Região Centro-Leste da Bahia, 2009

Em relação aos gestores, 66,7% afirmam ter trabalhado em equipe e com o planejamento participativo; seis deles promovem a socialização das informações em reuniões periódicas; 16,7% afirmam acontecer a eleição direta para escolha dos gerente e a comunicação informal para tratar problemas

técnicos e organizacionais relacionados às unidades e aos usuários; para 8,3% dos gestores ocorre a gestão colegiada e a participação do CLS.

Os dados do Quadro 2 permitem inferir-se que a pouca participação, tanto dos gestores como dos profissionais de saúde, no Conselho Local de Saúde, pode influenciar a baixa mobilização em busca de autonomia na gestão. Também pode fragilizar a adoção de uma política que defenda os princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do *vínculo* e continuidade, da integralidade, da humanização, da equidade e da participação social, como eixos orientadores no processo de *vínculo e responsabilização* do cuidado.

Desta forma, com base em Campos (1997) e Santos e Assis (2006), os serviços de saúde que pretendem, de fato, se responsabilizar pelos problemas da saúde da população precisam ter por base a ampliação do “coeficiente de autonomia”. A prática em saúde introduz os aspectos singulares do indivíduo, da família e da comunidade na condução terapêutica, pelo compartilhamento de saberes entre trabalhador e usuário, como forma de garantir resultados mais eficientes no processo de cura e/ou no controle da morbimortalidade. A responsabilização diante dos desafios do processo saúde/doença é a soma dos demais agenciadores, a incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro, a preocupação com o cuidado e o respeito com a visão de mundo de cada um; é, portanto, ser cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo tornaram possível caracterizar a produção do cuidado na perspectiva do *vínculo* e da *responsabilização* no município em análise. É visível que as tecnologias leves são aplicadas de forma segmentada nas práticas de saúde de boa parte dos profissionais de saúde das equipes de saúde da família, já que apenas 21% dos usuários sentem-se ouvidos e considerados em seus problemas de saúde.

Pode-se então inferir que os usuários necessitam ser cuidados com base em um novo agir em saúde, bem como incentivados a exercerem sua autonomia e

responsabilidade diante de seu processo saúde-doença. Quanto às formas de participação dos gestores e profissionais de saúde das USF na responsabilização para um serviço de qualidade, os dados traduzem a inexistência de uma gestão colegiada, referida inclusive pelos profissionais de saúde, o que interfere de forma significativa na autonomia e resolubilidade dos problemas de saúde dos usuários.

Enfatiza-se que a produção qualificada do cuidado advém do agir em saúde, das tecnologias empregadas nas práticas dos gestores e dos trabalhadores de saúde e do significado ampliado da saúde direcionados aos usuários, já que estes precisam de estímulos e de educação em saúde para, então, se alcançar a coresponsabilização e “o coeficiente de autonomia” na produção do cuidado.

Desta forma, realizar este estudo representou a possibilidade de refletir sobre as relações que se estabelecem entre os segmentos usuários, gestores e trabalhadores, na perspectiva da busca do estabelecimento da continuidade e/ou longitudinalidade na atenção à saúde do indivíduo e família que poderá ser melhor construída mediante a existência do vínculo entre os sujeitos: usuários-profissionais de saúde-gestores.

Todavia, para a construção do vínculo entre os sujeitos envolvidos no processo do cuidado, torna-se necessário estabelecer laços interpessoais orientados para relações, que reflitam uma cooperação mútua entre gestores, profissionais de saúde e usuários do sistema durante a construção desse processo.

A eficácia na atenção prestada seria garantida com a maior familiarização entre profissionais de saúde e usuários. Assim, a capacidade de reconhecimento, pelos profissionais, das necessidades que cercam a vida dos usuários do sistema, possibilitaria a detecção de problemas e agravos à saúde, e o acompanhamento ao longo do tempo por um mesmo profissional contribuiria para a maior satisfação do usuário, em virtude de suas necessidades serem melhor compreendidas e resolvidas.

Sendo assim, o *vínculo* guarda uma estreita relação com a capacidade que o outro tem de usufruir da condição de sujeito ativo nas decisões acerca de sua vida. O estabelecimento do *vínculo* entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema estimula o autocuidado e a autonomia da equipe, além de favorecer a participação dos usuários durante a prestação do serviço, contribuindo para o aumento da eficácia das ações de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A.L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, (on-line), v. 3, n. 1, p. 1-3, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acesso em: 16 out. 2008.
- ANDRADE, L.O.M. de; BARRETO, I.C. de H.C; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.
- CAMPOS, G.W. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.
- CAMPOS, G.W. de S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.
- CAMPOS, G.W. de S. **Saúde Paidéia**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
- CAMPOS, G.W. de S. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 783-836.
- CANESQUI, A.M.; SPINELLI, M.A. dos S. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 862-870, abr. 2008.
- FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.
- FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JR, H. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. et al. **Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 125-133.

- MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Abrasco, 2001. p. 39-64.
- MERHY, E.E. **A saúde pública como política**. São Paulo: Hucitec, 1992.
- MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta de entrada para saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L.C. de O.; MERHY, E.E.; CAMPOS, G.W. de S. **Inventando a mudança na saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 117-160.
- MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- PEREIRA, A.T. da S. et al. A sustentabilidade econômico-financeira no PROESF em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. **Ci. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 607-620, 2006.
- ROSA, W. de A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: construção de um novo modelo assistência. **R. Lat.-Amer. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005.
- SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA. **Ci. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.
- SANTOS, A.M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.
- SANTOS, A.M. et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **R. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 464-470, jun. 2008.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.
- VIANA, A.L.D'Á.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: R. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 8, p. 11-48, 1998.