

ATUAIS CONFIGURAÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM QUESTÃO

CURRENT CONFIGURATIONS OF TRADITIONAL PRIMARY HEALTH CARE IN THE CITY OF CAMPINA GRANDE-PB: FAMILY HEALTH STRATEGY UNDER DISCUSSION

Elizângela Samara da Silva*

Viviane Guedes Gonçalves de Moura**

Maria do Socorro Pontes de Souza***

RESUMO: O presente artigo tem como objetivo analisar as atuais configurações da política de atenção básica no município de Campina Grande/PB, buscando enfatizar a implementação e expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município. A ESF foi implantada na referida cidade, no ano de 1994 e, por este motivo, encontra-se entre aquelas que foram as pioneiras no processo de reorientação do modelo de saúde em âmbito nacional, a partir da atenção básica, com ênfase nas ações direcionadas à saúde da família. Trata-se de uma pesquisa em que buscamos dados oficiais fornecidos, especialmente, por documentos e em sites do Ministério da Saúde, além da revisão de literatura, realizada através do levantamento bibliográfico acerca da temática ora abordada. A pesquisa revelou que, nestes 20 anos de implementação da ESF, o período de maior expansão desta se deu entre os anos de 2005 e 2008; além disso, em 2009, buscou-se fortalecer a atenção básica no município com a chegada dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), com vistas à ampliação da extensão da ESF. No entanto, a qualidade do acesso à saúde não se define exclusivamente pela ampliação quantitativa dos serviços oferecidos e, Campina Grande que não foge a realidade nacional, ainda tem avançado timidamente para a consolidação das ações de prevenção e promoção da saúde, constituindo-se como “porta de entrada” preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

* Assistente Social, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, Especialista e Assistência Social e Políticas Públicas, Campina Grande/PB. .

** Assistente Social, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, Especialista e Assistência Social e Políticas Públicas, Campina Grande/PB. .

*** Assistente Social, Professora titular do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, Mestre em Serviço Social, Campina Grande/PB. .

Palavras-chave: Saúde Pública. Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT: *The present article aims to analyse the current configurations of the basic care policies in the city of Campina Grande/PB, searching to emphasize the implementation and expansion of Family Health Strategy (ESF in portuguese) in the municipality. The Family Health Strategy was deployed in this city in 1994, and for this reason, is among those that were pioneer in the reorientation process of health model at the national level, from the basic attention, with an emphasis on actions targeted the family health. We looked for in the researching official data provided, mainly, from documents and Ministry of Health websites, besides the literature review accomplished through bibliographical survey on the matter addressed. The research has revealed that in these 20 years of Family Health Strategy deployment, the greatest period of expansion occurred between 2005 and 2008; in addition, in 2009, sought to strengthen the basic attention in the municipality with the arrival of the Family Health Care Center, in order to the enlargement of Family Health Strategy extension. However, the quality to healthcare is not exclusively defined by the quantitative enlargement of the services offered and, the city of Campina Grande that is no exception to the national reality, has still shyly advanced for the actions consolidation of prevention and health promotion, constituting one of the prime gateway of the Unified Public Health System (SUS).*

Keywords: *Public Health. Basic Care. Family Health Strategy.*

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) em Campina Grande, localizada no estado da Paraíba, completa em 2014, 20 anos de implantação. Trata-se de um espaço temporal significativo, em que já é possível identificar os avanços consideráveis, os desafios cotidianos, bem como as possibilidades de consolidação, em face o processo de ampliação e desenvolvimento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no contexto nacional, com ênfase nos seus desdobramentos a nível local.

O Brasil é um país de dimensões continentais e este aspecto se constitui como um grande desafio para a efetivação de políticas públicas, dentre elas destacamos a política de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) busca efetivar no cotidiano social a perspectiva do conceito ampliado de saúde, adotado no final da década de 1980 – a partir da consolidando os direitos adquiridos pela promulgação da

Constituição Federal de 1988 – o qual objetiva assegurar a saúde enquanto um direito de todos e dever do Estado (SILVEIRA et al., 2011). Além disso, a saúde, diante deste cenário, passa a ser apreendida como sendo um produto das relações sociais determinadas pelo modelo de sociedade, em contraposição a ideia da saúde como simples ausência de doença. Trata-se de uma abordagem pretende politizar a atenção à área da saúde, a qual é uma demanda social legítima, ao passo que é uma expressão concreta da “questão social”.

Tal fato tem por finalidade afastar, progressivamente, a compreensão que se tem em relação à saúde daquele olhar amplamente privatista e tecnicista, desenvolvidos no modelo de saúde nacional que antecedeu o SUS. Mudanças desta proporção demandam um processo de amadurecimento significativo, pois envolvem a revisão dos paradigmas da saúde e, portanto, interferem no cotidiano da população, trazendo implicações às relações sociais vigentes, sobretudo, em seu nível socioeconômico, político e cultura.

Campina Grande é considerada pioneira, em nível nacional, no que se refere a implantação da ESF no município, fato que ocorre ainda no ano de 1994, momento em que o então “Programa Saúde da Família” estava sendo lançado para algumas regiões específicas do país. Contudo, apesar de ter sido reconhecida como uma experiência exitosa pelo Ministério da Saúde, na atualidade, a experiência da referida cidade com a ESF, vem enfrentando grandes obstáculos, principalmente, no tocante à sua consolidação, sobretudo, por problemas relacionados à gestão (LEITE; VELOSO, 2009).

Neste sentido, o presente artigo objetivou analisar as atuais configurações da política de atenção básica no município de Campina Grande/PB, buscando enfatizar a implementação e expansão da ESF, haja vista que a trajetória histórica dos (des)caminhos de sua consolidação, sendo estes determinantes para compreender o momento atual da referida política. Mencionamos, ainda, a relevância para a ampliação do alcance da ESF, através da implantação dos Núcleos de

Apoio a Saúde da Família (NASF), que passaram a compor as ações direcionadas à atenção básica da cidade, em 2009.

Para tanto, lançamos mão de pesquisa documental, além da busca por suporte de informações quantitativas acerca das ESF e do NASF do município e nos sites oficiais do Ministério da Saúde, tais como o da Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE), o Portal da Saúde vinculado ao Departamento Nacional de Atenção Básica, e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde¹ (CNES). Realizamos, também, o levantamento bibliográfico junto a autores que discutem a temática da saúde pública, com ênfase para as discussões relacionadas à atenção básica e a ESF, tanto em nível nacional quanto local, o que nos permitiu a construção da revisão da literatura de modo satisfatório em relação ao tema, contudo, sem a pretensão de esgotá-lo.

Destacamos como relevante a presente temática, considerando que, atualmente, no cenário nacional, devido os avanços da perspectiva de redução do Estado, as discussões direcionadas a área da política de saúde pública e, conseqüentemente, as que contemplam a questão da efetividade da ESF, tem sido aprofundadas em suas características macrossociais; ou seja, nos seus rebatimentos mais gerais para o conjunto da sociedade brasileira. Portanto, tem-se a necessidade de serem realizados estudos que tratem tanto das particularidades desta temática com relação à Região Nordeste, quanto dos contextos locais, na perspectiva de analisar a realidade de Campina Grande-PB.

1 A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO CENÁRIO BRASILEIRO: BREVES CONSIDERAÇÕES

A saúde pública no Brasil é um direito social, tendo em vista que, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, esta foi inserido no rol de políticas sociais públicas que compõe a Seguridade Social, sendo compreendida enquanto

¹ Mais informações sobre o CNES: <http://cnes.datasus.gov.br/>.

um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado. Nesta perspectiva, deu-se a criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual está fundamentado em um modelo de atenção a saúde que se contrapõe frontalmente ao padrão hospitalocêntrico, com ênfase na atenção individualizada e curativa, característico do período que precede a supramencionada Constituição.

Segundo Bravo (2009) as intervenções despendidas por parte do Estado, no período que antecedeu a implementação do SUS, estavam direcionadas a dois setores, o de saúde pública e o de medicina previdenciária, sendo o primeiro minimamente destinado às áreas urbanas, enquanto nas áreas rurais, estas medidas eram ainda mais restritas, no que se refere às condições sanitárias; o segundo expressava um caráter contencionista, visto que prestava serviços em saúde voltados à massa trabalhadora que emergia no contexto do desenvolvimento industrial nacional.

É a partir do contexto dos anos de 1980, quando as críticas ao regime ditatorial (1964 – 1985) e sua respectiva forma de governo contribuindo para o seu ocaso e, para o conseqüente, processo de redemocratização. Em particular no setor da saúde os questionamentos envolviam a desestruturação do modelo médico-privatista, que foi amplamente disseminado neste governo.

Neste sentido, Bravo (2009) assevera que a saúde deixa de ocupar visibilidade somente em seus termos técnicos e toma para si um caráter de extensão política e, devidamente, atrelada a consolidação dos direitos sociais em um Estado democrático.

Ademais, a política pública de saúde é efetivada através da Lei n° 8.080/90, a qual cria e regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS)², cujos princípios foram

² Lei n° 8.080 disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Cabe destacar que a Lei n° 8.142/90 versa, dentre outros aspectos, acerca do financiamento do SUS.

defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária brasileiro, constituídos na década de 1970. Este “conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado” (BRAVO; MATOS, 2012, p. 33).

Outro marco histórico na defesa da política de saúde pública, que ocorreu em 1986, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual defendia a saúde como um direito social, assim como propunha a reorientação do modelo de atenção à saúde nacional. Com efeito, os princípios da Reforma Sanitária foram incorporados na referida Constituição, com a consequente criação do SUS.

No que se refere aos fundamentos teórico-conceituais, Sampaio et al. (2011) assevera que, nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, o termo Atenção Básica foi adotado no Brasil, devido esta ter sido considerado de maior abrangência que o termo Atenção Primária, amplamente utilizado no contexto internacional. Nesta perspectiva, a Atenção Básica busca afastar-se da compreensão de uma política vista como seletiva e focalizada (PAIM, 2008), para aproximar-se dos 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, os quais estão em consonância com os ideais defendidos pelo SUS.

Tomando por base os princípios e diretrizes do SUS, o Ministério da Saúde, adotou Atenção Básica como modelo para reorientar o sistema de saúde nacional, além de implementando programas, a partir do início da década de 1990, tais como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, a Estratégia Saúde da Família (PSF), implantado a partir de 1994 e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), em 2008.

A ESF tem na definição de território adstrito enquanto um de seus eixos centrais, o que repercute na reorganização do processo de trabalho em saúde,

com vistas a operacionalização de ações intersetoriais (SILVEIRA et al., 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), lançada em 2006, afirma que este nível de atenção tem como estratégia principal a Saúde da Família, como a via pela qual podem ser desenvolvidas mudanças na pública de saúde nacional, estando em acordo com os preceitos do SUS. A referida política propõe que as ações de cuidado com a saúde da população estejam articuladas de modo mais aproximado de sua realidade cotidiana e, as Unidades Básicas de Saúde, as quais se encontram instaladas nos bairros onde estes residem, permite a relativa descentralização da atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Tal compreensão se opõe a centralidade do modelo médico-curativo e hospitalocêntrico, que estava fundamentado na ênfase na cura e na existência de grandes centros de saúde, localizados, preferencialmente, nos espaços mais centrais das grandes cidades; assim, este modelo não privilegiava, por exemplo, o desenvolvimento de medidas preventivas e de promoção à saúde da população – eixos centrais da ESF.

Neste sentido, a PNAB propõe a descentralização das ações, chamando a responsabilidade dos municípios para a gestão e operacionalização deste nível da política de saúde pública, com vistas a consolidar a atenção básica enquanto “porta de entrada” preferencial no SUS (BRASIL, 2012), com destaque para a prevenção e promoção dos cuidados em saúde. Destacamos como experiências desenvolvidas pelo Ministério da Saúde a Estratégia Saúde da Família, a qual vem passando por um processo de amadurecimento há duas décadas, e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, datado do ano de 2008.

Portanto, é mister que se retome um debate crítico e satisfatoriamente fundamentado em relação à política de saúde pública brasileira, em todos os seus níveis, haja vista que a contrarreforma do Estado, que tem por base o

neoliberalismo, tem indiscutivelmente gerado consequências em demasiado devastadoras no tocante às possibilidades de conquista do SUS, bem como dos seus ganhos já alcançados desde a sua implementação, até a presente década, o que se constitui enquanto um óbice para a universalização das políticas sociais públicas e, por consequência, para a política de saúde pública.

2 POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA EM CAMPINA GRANDE/PB: CONFIGURAÇÕES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO

No Brasil, o Ministério da Saúde, sobretudo, no contexto pós-criação do SUS, tem desenvolvido propostas no sentido de ampliar o acesso da população ao direito a saúde. Dentre estas, encontra-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), que foi criada no ano de 1994, quando ainda era chamado “Programa Saúde da Família”, tendo por objetivo reorientar o modelo de assistência em saúde através da atenção básica, com ênfase na Promoção a Saúde; além disso, tem como intuito de consolidar na prática a reorientação do sistema de saúde brasileiro, enquanto “porta de entrada preferencial” do SUS.

A Saúde da Família passa a ser “estratégia”, em 1996, objetivando realizar mudanças no modelo assistencial (BRASIL, 2012; PAIM, 2008). A passagem de “programa” para “estratégia” permitiu a Saúde da Família uma maior consistência em termos de reconhecimento enquanto uma política abrangente.

Embora a ESF tenha se consolidado, ao longo destes quase 20 anos de implantação, é inegável que esta esbarra em limitações conjunturais que a influenciam diretamente; dentre as quais podemos destaca a orientação macrossocial de redução do Estado, que tem limitado o avanço da política pública de saúde em todos os seus níveis de atenção. O Ministério da Saúde avalia que

a Atenção Básica (AB) vem ocupando cada vez mais centralidade no SUS, com a proposta de constituir-se em ordenadora dos sistemas loco-regionais de saúde, quanto como eixo estruturante de muitos programas e projetos no âmbito federal. O reconhecimento nacional e internacional que o SUS tem conquistado com a AB justifica-se não só pela rapidez e escala da sua expansão de cobertura, como também pelos resultados associados ao modelo de organização deste nível de atenção: a Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2011, p. 41).

No tocante a operacionalização do cotidiano da ESF, esta funciona a partir de uma atuação de uma equipe multiprofissional, a qual deverá ser composta por, no mínimo, médico, enfermeiro ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde; podendo ser acrescentados ainda, cirurgião-dentista e técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012); ou, ainda, assistentes sociais, como é o caso de Campina Grande que é uma das pioneiras na inserção deste profissional na equipe mínima da Saúde da Família.

A adoção da ESF, em âmbito nacional, deu-se a partir da constatação do êxito alcançado pela experiência vivenciada em Niterói/RJ, a partir de 1992, quando o chamado “Programa Médico da Família” já investia na saúde da família como fundamento central. Este programa foi inspirado no modelo de atenção à saúde, com ênfase no nível primário implantado em Cuba (CARNEIRO, 2008).

Embora a ESF esteja, oficialmente, comprometida com os princípios do SUS, existem críticas que perpassam a trajetória de sua implantação e consolidação, sendo considerada como uma política focalizada destinada para pobres e excluídos (PAIM, 2008).

No entanto, conforme Giovanella e Mendonça (2008), os resultados obtidos a partir da ESF são considerados positivos quando comparados aos serviços de atenção à

saúde tradicionais, que antecederam o SUS, os quais estavam embasados na prevalência de um modelo hospitalocêntrico, com ênfase na atenção médico-assistencial, individual e curativa (VASCONCELOS; CARNEIRO, 2011).

A reorganização do sistema de saúde brasileiro, desde a criação do SUS até a atualidade, representa um grande desafio para o acesso democrático, bem como a efetivação do direito a saúde.

Os dados oficiais ressaltam a expansão quantitativa ocorrida no âmbito da ESF e da centralidade da atenção básica; contudo, as maiores dificuldades de consolidação que se apresentam no campo da prática cotidiana dos profissionais, permanece na efetivação do acesso dos usuários segundo as diretrizes propostas na política de atenção básica.

Em Campina Grande, a ESF foi implementada ainda no ano de 1994, estando entre as 14 primeiras experiências brasileiras de adoção do então “programa”, seguindo as orientações do Ministério da Saúde (LEITE; VELOSO, 2009; CARNEIRO, 2008).

Foram implantadas, inicialmente, cinco equipes Saúde da Família (eSF) nos bairros do Multirão (duas eSF) e Pedregal (três eSF), considerados precários pelos indicadores sócio-sanitários do município, tendo como preocupação inicial permitir o acesso da população a direitos sociais (CARNEIRO, 2008; GUIMARÃES, 2006; LEITE; VELOSO, 2009).

Vasconcelos e Carneiro (2011) destacam que, em 2003, foram inseridas mais 18 equipes, abrangendo a zona urbana e a zona rural nas ações da estratégia. Entre os anos de 2005 e 2008, as referidas autoras apontam que ocorreu uma significativa expansão da ESF no município de Campina Grande, quando diversas unidades básicas de saúde foram construídas e mais de 30 novas equipes foram incorporadas a rede de atenção básica.

Em 2014, até o mês de agosto, Campina Grande dispõe de uma política de atenção básica composta 94 equipes

Saúde da Família distribuídas em 79 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) em funcionamento³, para um município que tem aproximadamente 400 mil habitantes. Esta cobertura está oficialmente calculada em mais de 80% da população da área urbana e área rural, e seus distritos.

Todas as unidades são financiadas com recursos do fundo público e, portanto, encontram-se sob a responsabilidade da gestão da Prefeitura Municipal de Campina Grande, através da Secretaria de Saúde.

Por se caracterizar como uma estratégia de acompanhamento das condições de saúde da população a ESF realiza, predominantemente, atendimentos ambulatoriais, com demandas espontâneas e referenciadas.

Em 2008, são criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria n° 154 do Ministério da Saúde, tendo como finalidade ampliar a abrangência da ESF, além de aumentar a resolutividade de suas ações por meio do apoio matricial⁴. Noutros termos,

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. [...] Deve estar comprometido, [...] [com] 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, 2010, p. 10 – 11).

³ Dados obtidos através da Sala de Apoio a Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, através do link: <http://189.28.128.178/sage/>.

⁴ Compreende-se por apoio matricial a noção de educação permanente. Assim, este “será formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes [...]” Saúde da Família (BRASIL, 2010, p. 12).

ONASF foi criado inicialmente em duas modalidades⁵, NASF 1 e NASF 2; e recentemente, em 2012, foi implantado NASF 3. A equipe profissional que atua no NASF poderá ser composta por profissionais de nível superior, que devem ser escolhidos/as de acordo com as prioridades do município, sendo a escolha destes de responsabilidade do gestor municipal (BRASIL, 2010). Na realidade de Campina Grande, existem, desde 2009, nove NASF 1⁶, cuja finalidade é de oferecer suporte, através do apoio matricial, às equipes Saúde da Família que funcionam no município.

A atenção básica tem como finalidade subsidiar ações de prevenção e promoção a saúde da população, para que sejam reduzidas as demandas usuárias pelos serviços da média e, principalmente, da alta complexidade. A eficácia da atenção básica pode prevenir o agravamento de enfermidades, além de gerar a contenção de gastos em procedimentos e medicamentos (FILHO, 2009).

Contudo, Vasconcelos e Carneiro (2011) afirmam que a qualidade do acesso à saúde não se define exclusivamente pela ampliação do número de equipes e UBSs no município; tampouco tem a capacidade de influenciar satisfatoriamente no tocante às transformações que se pretende causar no modo como se organiza o modelo de saúde brasileiro na atualidade, que busca firmar suas bases na produção social da saúde.

As autoras supramencionadas sinalizam, ainda, que em Campina Grande-PB, apesar de a adoção da estratégia tenha sido usada como forma de reorganização do SUS, na verdade, houve um aumento quanto ao acesso da população na atenção básica, embora “os demais níveis continuam deficitários e a continuidade da atenção é comprometida; a intersectorialidade é algo ainda muito frágil” [...] (VASCONCELOS; CARNEIRO, 2011, p. 195).

⁵ Sobre as modalidades ver: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php.

⁶ Dados obtidos através da Sala de Apoio a Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, através do link: <http://189.28.128.178/sage/>.

Portanto, explicita-se a necessidade de que a Média e Alta Complexidade devam estar em satisfatória articulação com as estratégias desenvolvidas pela Atenção Básica, ou seja, funcionando como uma rede efetiva rede de serviços de saúde, para que assim, seja possível alcançar as mudanças necessárias no tocante à reorientação do modelo de atenção à saúde no país, com vistas a crescente e significativa melhoria na expectativa e na qualidade de vida da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde, como toda política social, constitui-se como um espaço de correlação de forças entre os determinantes que compõe a conjuntura social. Portanto, sua efetivação, enquanto direito social, não é poupada no contexto das relações sociais em seu movimento histórico. Compreende-se que à política pública de saúde brasileira vem sofrendo um processo de desmonte causado pelo avanço das ideias neoliberais, sendo Campina Grande-PB, também afetada por este processo.

Portanto, conforme Vasconcelos e Carneiro (2011), Guimarães (2006) e Leite e Veloso (2009), apontam que o período de expansão mais significativa da Estratégia Saúde da Família no município se deu a partir dos anos 2000. No entanto, paradoxalmente, ao aumento quantitativo da ESF no município, é possível perceber as dificuldades para consolidação de tal estratégia na perspectiva de satisfatória reorientação do modelo de assistência em saúde.

O desafio é não permitir que a proposta de uma política abrangente, fundamentada na prevenção e na promoção da saúde, dê lugar a uma política seletiva e focalizada, com baixos recursos e pouca efetividade, haja vista que poderemos presenciar, num futuro próximo, o retorno de ações de curativas e hospitalocêntricas.

Os óbices à efetivação desta política encontram-se intrinsecamente relacionadas a uma conjuntura

socioeconômica, política e cultural que buscam responder as necessidades do capital, em detrimento das reais necessidades sociais da população, tanto em nível local, quanto nacional e, também, internacional.

5 REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica, n° 27, Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde – PNS**: 2012 – 2015. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, M. (orgs) et al. In: **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4° ed. São Paulo: Cortez. Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 88 – 110.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. B. et al. (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. 5° ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012. p. 25 – 49.

CARNEIRO, T. S. **Discutindo a Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB**: um “Neo-PSF às avessas”? Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande: UEPB, 2008.

FILHO, A. G. V. **Relatório de Auditoria Operacional na Estratégia Saúde da Família no Estado da Paraíba**. Tribunal de Contas do Estado. Paraíba, 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.) [et al.]. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 575 – 624.

GUIMARÃES, E. D. **A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande**: origem, implantação e seu papel na atenção básica à saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande: UEPB, 2006.

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de Representações Sociais. In: **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.18, n.1, p. 50 - 62, 2009.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (Org.) [et al.]. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 547 – 573.

SILVEIRA, S. A. S. [et al.]. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família**: uma análise teórico-conceitual acerca da atenção básica. Relatório Final de Pesquisa (PIBIC/CNPq). Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, 2011. (não publicado).

VASCONCELOS, K. E. L.; CARNEIRO, T. S. Saúde da Família em foco: uma análise da realidade de Campina Grande/PB. In: DAVI, J.; MARTINIANO, C. PATRIOTA, M. L. (Orgs). **Seguridade Social e Saúde**: tendências e desafios. 2^o ed. Campina Grande, Edupeb, 2011. p. 175 – 199.