



## **NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: INTERFACES DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

Fernanda Naiene Rodrigues Valadares <sup>1</sup>; Ana Coely Araújo Vieira <sup>2</sup>; Rebecca Pessoa de Almeida Lima <sup>3</sup>; Marcelo Jackson Dinoá Almeida <sup>4</sup>

<sup>1234</sup> *Secretaria Municipal de Saúde de Serra Branca- nasfcariri@gmail.com*

### **INTRODUÇÃO**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a denominação do sistema público de saúde brasileiro, considerado um dos maiores do mundo, segundo informações do Conselho Nacional de Saúde. Foi instituído pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado”, e está regulado pela Lei nº. 8.080/1990, a qual operacionaliza o atendimento público da saúde<sup>3</sup>

A universalização do acesso aos serviços de saúde pública, assegurada pela Constituição Federal e pela criação do SUS, determinou a progressiva ampliação e organização da cobertura dos serviços de saúde à população brasileira, ofertando-os segundo os níveis hierárquicos: atenção primária, secundária e terciária em saúde. Portanto, as ações e serviços públicos de saúde passaram a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, versando para o planejamento, a assistência e a articulação interfederativa <sup>3 11</sup>

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser o contato inicial e preferencial dos usuários com o sistema de saúde, pois desenvolve um conjunto de ações, tanto na esfera singular como coletiva, abrangendo a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A APS é orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social <sup>21</sup>

Segundo Merhy<sup>29</sup>, a Atenção Básica (AB) é a expressão brasileira da APS, sem que os seus conteúdos signifiquem uma atenção limitada ou destinada a populações de excluídos sociais. Cada vez mais a experiência brasileira tem se mostrado como exitosa, embora as limitações estruturais sejam evidentes, tanto no financiamento como na gestão do trabalho, agravado pelo engessamento da cobertura populacional, composição de equipes e pela

ausência de um sistema de informação que dê a este nível de atenção meios de ordenar satisfatoriamente a rede.

Com o objetivo de fortalecer este nível de atenção, em 2008, o Ministério da Saúde (MS) cria o Núcleo de Apoio ao Programa Saúde da Família (NASF). Através da portaria nº 154<sup>6</sup>, este núcleo visa ampliar a cobertura e o foco das ações da APS, prestando apoio à Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços voltados à comunidade. Além disso, o NASF visa aumentar o escopo da ESF na rede de serviços à saúde, tendo como propósito o apoio matricial de modo compartilhado nos territórios <sup>10</sup>.

O matriciamento ofertado à ESF é construído baseado no apoio à ampliação da clínica e na capacidade de intervenção/resolutividade das necessidades apresentadas, favorecendo a interlocução na rede de saúde e a construção dialogada<sup>17</sup>

O objetivo deste percurso é superar a lógica da especialização e da fragmentação, pois a junção destas duas equipes, ESF + NASF, oportuniza a ampliação de profissionais com distintos saberes na oferta de cuidados à população adscrita de cada Estratégia de Saúde. Neste cenário, o NASF não tem demanda própria e o atendimento é realizado diretamente pela equipe de referência, que solicita o acompanhamento matricial do núcleo quando necessário <sup>17</sup>

O fortalecimento destes serviços prestados nas unidades básicas de saúde tem proporcionado à população acompanhada a criação de vínculos de co-responsabilidade. Este processo facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde, utilizando-se do Pacto pela saúde como base para o planejamento e ações a serem desenvolvidas, e das diretrizes do “Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade” (PMAQ) e da “Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade” (AMAQ) <sup>11</sup>.

Para qualificar as informações geradas pelo PMAQ, o MS lança o sistema eletrônico do Sistema Único de Saúde (e-SUS), que é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB) para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS faz referência ao processo de informatização qualificada em busca de um SUS eletrônico.<sup>12</sup>

A realidade de cada localidade é bastante específica. Desta forma, com a implantação do NASF, a gestão de saúde municipal deverá buscar trabalhar

as dimensões ofertadas na portaria ministerial e acrescentar ao núcleo a possibilidade de ser ferramenta de gestão.<sup>10</sup>

Enquanto apoiadores matriciais das equipes de referência, os NASFs podem se tornar um dispositivo da gestão pública para potencializar a rede de serviços em saúde. O apoio à gestão e à atenção é uma estratégia de organização das práticas de cuidado e de gestão, através de diferentes ferramentas tecnológicas, desde a pactuação de ações e metas, até a implantação da clínica ampliada, projeto terapêutico singular e projeto de saúde no território, fomentando o compartilhamento das ações das equipes e a co-gestão do cuidado<sup>36</sup>.

Como instrumento de gestão, o NASF desenvolve uma terceira dimensão na oferta de serviços à APS, para além do assistencial e das atividades técnico-pedagógicas. Esta nova oferta deverá ser o elemento interlocutor entre os profissionais que atuam na ESF e os que atuam na gestão, articulando os conhecimentos das práticas em saúde coletiva, o financiamento, o controle social e a transparência na prestação de contas à população, o planejamento de saúde, a incorporação tecnológica com apoio do PMAQ e o e-SUS.<sup>10</sup>

Nesse contexto, percebendo a importância da APS no SUS, observa-se o trabalhador do NASF como um importante ator na articulação dos serviços de saúde do nível primário.

## **METODOLOGIA**

A técnica utilizada foi a revisão bibliográfica de literatura, que trata da pesquisa que é dedicada a reconstruir teoria, conceitos, ideias, ideologias, polêmicas, tendo em vista, em termos imediatos, aprimorar fundamentos teóricos.<sup>24</sup> Esse tipo de pesquisa é orientada no sentido de reconstruir teorias, quadros de referência, condições explicativas da realidade, polêmicas e discussões pertinentes. A pesquisa teórica não implica imediata intervenção na realidade, mas nem por isso deixa de ser importante, pois seu papel é decisivo na criação de condições para a intervenção.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Nesta revisão, foram achadas pesquisas a partir de 1988 a 2014. A grande maioria das pesquisas descreveu o processo de trabalho, mas alguns poucos mencionaram o NASF como instrumento interlocutor deste processo. Foram achados 12 artigos indexados que obedeciam aos critérios de inclusão.



Pela escassez do tema em artigos nas bases de pesquisa, realizou-se uma busca manual nas listas de referências dos artigos já selecionados. Desta forma, foram analisados estudos entre teses, manuais e livros, num total de 76 produções.

Através do estudo, ficou evidente a potencialidade da equipe NASF como interlocutor das equipes de atenção básica e gestão em saúde. Isso se deu, principalmente, pelo processo de trabalho ser entendido como um conjunto de saberes, instrumentos e meios, tendo como sujeitos profissionais que se organizam para produzir serviços, de modo a prestarem assistência individual e coletiva para obtenção de produtos e resultados decorrentes de sua prática<sup>20</sup>.

Mishima<sup>30</sup> enfoca as colocações de a cima, quando relata que o processo de trabalho tem como foco principal a produção do cuidado, com ênfase na mobilização dos atributos de conhecimentos, habilidades e atitudes. Tais atributos podem contribuir para que os profissionais de saúde compreendam a complexidade do seu objeto de trabalho, que não se restringe ao biológico, mas perpassa pela subjetividade inerente a um ser historicamente construído e em constante construção, em virtude de seus valores, cultura, experiências de vida, entre outros, o que implica na necessidade de vários olhares para a produção de um cuidado condizente com a realidade do usuário.

Os dois autores retratam a rotina das atividades das equipes de SF e NASF o processo de trabalho deverá ser estabelecido de forma coletiva, democrática e analisando a situação de interesses permanente dos envolvidos, cujo objetivo é fortalecer e valorizar a motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional coletivo.

O diálogo é favorecido entre os diferentes níveis de atenção em saúde através do processo de trabalho, tendo este o potencial de ampliar as possibilidades de resolutividade para as pessoas usuárias do SUS, articulando recursos e desenvolvendo diferentes estratégias singulares de cuidado. Os obstáculos importantes neste processo são: a fragmentação e burocratização do SUS, a rigidez e a verticalidade – tanto da concepção biomédica, quanto das operações dos sistemas de saúde.<sup>17</sup>

O mesmo autor, ao referir que a burocratização está destacada no processo organizacional necessário em todo e qualquer serviço, nas reuniões compartilhadas, os atores em parceria devem buscar construir estratégias para assegurar o processo de trabalho estabelecido e as possibilidades de mudanças ou adequações, apoiado também pelo empoderamento das relações interpessoais<sup>39</sup>.

Assim, Vasconcelos<sup>39</sup>, reflete a necessidade de se instaurar todo um sistema de redes e de bases populares para superar o poder totalizador das instituições, sem perder a totalidade das relações. Fortalecer as redes sociais direciona ao empoderamento dos sujeitos sociais.

Para Ceccim<sup>22</sup>, o processo de trabalho é permeado pela educação dos profissionais para a criação de estratégias para atender as necessidades dos usuários do SUS. É necessário construir espaços que aumentem a interatividade coletiva, mediados por problematizações, como na perspectiva dos grupos temáticos de saúde no território. É preciso, ainda, repensar sua dinâmica familiar a partir da escuta das outras famílias. O mesmo movimento aconteceu em 2008, com chegada de novos profissionais, os apoiadores do NASF. Estes teriam como objetivo principal a reorganização de um processo de trabalho implantado há vinte anos, trazendo para os apoiadores um desafio quase impossível, ao primeiro momento.

Campos<sup>17</sup>, quando refere que a equipe NASF chega com a proposta de rediscussão deste processo na AB, cita que os apoiadores deverão realizar o diagnóstico epidemiológico do município, com o objetivo de mapear os serviços, as condições econômicas e socioculturais da população, para, junto com a ESF, construir o plano de intervenção possível por área e microárea, favorecendo o diálogo com trabalhadores, comunidade, gestão e outros seguimentos.

Corroborando com esta ideia, Sampaio<sup>36</sup> relata que o NASF buscará ampliar seu núcleo individual de saber através dos matriciamentos entre os apoiadores e os membros das equipes vinculadas, para que se possa atingir a abrangência, territorialização e reordenação das necessidades de saúde da comunidade.

Para que a equipe NASF possa propor intervenções no processo das equipes vinculadas, este deverá conhecer o território como os profissionais do SF; deverá sentir e vivenciar as dificuldades e fragilidades no dia-a-dia da unidade, para que a prática de várias ações e estratégias que serão desenvolvidas em parceria possa ser condizente com a realidade e possibilidades do território.

O MS destaca que o NASF não tem demanda própria, pois o usuário sempre deverá ter a ESF como equipe de referência. Esta, ao avaliar o caso clínico, solicita o apoio técnico do especialista, que, após o contato com o usuário, retorna com o caso para a ESF, matriciando as orientações ofertadas e nivelando os conhecimentos. O objetivo é que estas sejam exemplos para outros atendimentos semelhantes, tornando, assim, os profissionais da ESF

independentes do apoiador, ampliando os conhecimentos dos profissionais da equipe vinculada<sup>13</sup>.

Vasconcelos<sup>39</sup> traz o núcleo como instrumento de resgate do movimento dentro da ESF. Ele reforça a tentativa de incluir outros atores no processo, valorizando as potencialidades da comunidade, vinculando a equipe com os demais equipamentos sociais além da saúde, e articulando todo o processo junto à gestão.

Tanto o MS<sup>10</sup> quanto Vasconcelos<sup>39</sup> relatam sobre o movimento do NASF, em relação às articulações com as equipes, tratando o matriciamento como ferramenta na regulação de fluxo e reorientação das demandas para as áreas especializadas. Exemplo disso são as situações que podem ser acompanhadas pela ESF versus demandas que requerem atenção especializada; na avaliação de riscos, estabelecendo as prioridades de atendimento, observando as necessidades e vulnerabilidades, bem como incentivando para que os profissionais trabalhem com outras racionalidades e visões de mundo além das próprias de seu núcleo de conhecimento.

Toda esta lógica organizacional está alicerçada no Decreto 7.508<sup>8</sup>, que regulamenta o fluxo dos usuários na rede de serviços, respeitando os arranjos das pactuações de cada Comissão Intergestora Regional (CIR) e estabelecendo os espaços especiais de acesso aberto e construção das redes de atenção.

Para o MS<sup>11</sup>, não basta apenas ofertar o serviço ou organizá-lo em redes de atenção, mas direcionar para a avaliação do que está sendo produzido. Neste sentido, o PMAQ tem como propósito a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS, e está organizado em fases que se complementam, formando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Como o PMAQ é uma adesão do município com o consentimento dos trabalhadores, está constituída a parceria entre servidores e gestores. O programa tem como linha de trabalho a análise das ações de cuidado produzidas pelas equipes ofertadas à comunidade, estabelecendo o apoio do NASF e da gestão em saúde.

Para avaliação deste movimento, as equipes da atenção básica e NASF têm disponível a AMAQ. Esta poderá visualizar a qualificação do processo de trabalho das equipes, e pode ser trabalhada como um indutor para a orientação do movimento de reorganização deste processo cíclico e contínuo dos trabalhadores, gestão e comunidade<sup>11</sup>.

Este instrumento autoavaliativo aprimora o olhar dos participantes diante da construção, reestruturação, qualificação e fortalecimento dos espaços de debate coletivo. Além disso, oportuniza a gestão compartilhada, com direitos e



deveres igualitários, permitindo aos atores envolvidos uma reflexão sobre suas práticas e as possibilidades de mudanças. O instrumento oferta ainda a estes atores a possibilidade de se ver como gestor do processo, com governabilidade para intervir nas questões que identificar como fragilidade da oferta de cuidado.

Nesta perspectiva, o e-SUS provocará um momento de qualificação das informações e dados produzidos pelas equipes de atenção básica e NASF, direcionando o olhar da gestão para a promoção de políticas públicas voltadas para as especificidades de cada território; aproximando os trabalhadores das reais necessidades de suas famílias adscritas; construindo e delineando a produção do cuidado.

Como as fragilidades identificadas pelas equipes passam pela incorporação da tecnologia pelos trabalhadores, é necessário que organize a implantação de computadores em todos os espaços de atendimento, disponibilização por parte da gestão de treinamentos e equipes de suporte tecnológico para a implantação e implementação do e-SUS. O apoiador deverá estar atento à articulação das necessidades dos trabalhadores para a resolução/encaminhamento junto à gestão.

O e-SUS proporcionará, em tempo real, o panorama atual e possibilitará à gestão mudanças de estratégias antes do fechamento de ciclos, bem como a reflexão por parte dos trabalhadores dos serviços ofertados, tendo a necessidade de trabalho com foco na melhoria do acesso e da qualidade das equipes.

Desde 2013, o MS utiliza este sistema de informação para direcionar o trabalhador a seguir protocolos e utilizar a Classificação Internacional de Atenção Primária - CIAP - 1 e 2, que é o sistema de classificação para ser utilizado na APS. Este não substitui a Classificação Internacional de Doenças - CID, porém, é um material direcionado a uma possibilidade de olhar para seu produto de trabalho de maneira dinâmica<sup>11,12</sup>.

O apoiador do NASF deverá estar junto às equipes vinculadas, qualificando a implantação do e-SUS, e multiplicando o sentimento de valorização do trabalhador, através de um sistema de informação avançado, que subsidiará a gestão para a melhor aplicabilidade dos recursos financeiros. Em consequência, a gestão da saúde estará qualificada na estruturação das redes de cuidado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O NASF é constituído por uma nova organização de saberes, ampliando a inserção de novas especialidades no âmbito da APS. Este novo arranjo fortalece a atuação da equipe de saúde da família, na organização do processo de trabalhos da ESF e da gestão em saúde.

A APS não é limitada, ou direcionada principalmente para a população de baixa renda. Na linha do tempo, na evolução histórica prática da saúde

coletiva, fica evidenciada a magnitude e complexidade que este nível de atenção conquistou.

Atualmente, em 2014, a APS chega à era digital, ao ter um sistema próprio para as unidades de saúde da família, o e-SUS, que reestruturará todo o sistema de informação utilizado pelos trabalhadores e a gestão, o pensar e o fazer no processo de trabalho das equipes.

Um dos aspectos mais discutidos em saúde é o empoderamento dos usuários na gestão compartilhada do cuidado e da organização do serviço, bem como a efetiva implantação da universalidade, integralidade, equidade, gerando o acolhimento, a escuta qualificada, o respeito pelo espaço e papel de cada um no SUS.

Assim, na evolução da APS, o apoiador do NASF encontra-se como trabalhador de um nível técnico diferenciado para a prática nas equipes de atenção básica e um instrumento de gestão em saúde, tendo este que acompanhar o movimento natural da ESF, as necessidades mutantes da comunidade, o gerenciamento do processo pela gestão e a dinâmica do MS.

Deve-se resaltar que NASF não é porta de entrada do sistema, pois a ESF sempre será equipe de referência. Ainda, observa-se que foco do trabalhador, do apoiador deverá ser a organização do processo de trabalho das equipes vinculadas, refletindo na qualificação da gestão do cuidado e da coordenação da APS, bem como, a provocação dos trabalhadores, gestão e comunidade para o movimento da integração: serviço-comunidade e gestão-comunidade.

Por fim, o olhar diferenciado do apoiador conta com a normatização ofertada pela incorporação da auto-avaliação, realizada pela própria equipe através da AMAQ, dos indicadores de saúde, da participação do NASF na cogestão do processo, do fortalecimento do controle social, da qualificação na utilização dos dados gerados pela própria equipe. Isto implica na gestão um movimento uniforme para disponibilizar o suporte necessário do apoio e da ESF na implementação das estratégias disparadas, tanto nas reuniões de processo de trabalho como nas autoavaliações. Este fluxo é direcionado pelas diretrizes do PMAQ, que normatiza o processo de trabalho das equipes NASF e ESF.

## REFERÊNCIAS

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: informação e documentação – referências –elaboração. Rio de Janeiro, 24p. 2002.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília, COSAC, 1994.



3. \_\_\_\_\_. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
4. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2. ed. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, 1998.
5. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF. Brasília, 2000.
6. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a criação dos núcleos de apoio as equipes de saúde da família. Portaria nº 154/GM de 24 de janeiro de 2008.
7. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília, Ministério da Saúde, 2009.
8. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde. Decreto nº 7508/GM de 28 de junho de 2011.
9. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
10. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_nasf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php). Acesso em: 22/04/2014a.
11. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da qualidade. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php). Acesso em: 22/04/2014b.
12. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. E-SUS Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>. Acesso em: 22/04/2014c.
13. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014d.
14. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. O que é Atenção Básica? Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_o\\_que\\_e.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php). Acesso em: 22/04/2014e.

15. Barreto, ICHC. et al. Residência em Saúde da Família: desafios na qualificação dos profissionais na atenção primária. *SANARE: Revista Sobralense de Políticas Públicas Sobral*, p.19 out/nov/dez 1999.
16. Bodstein, R.; Senna, M; Souza, R. Novos desafios à gestão em saúde: a experiência do município de Duque de Caxias/RJ. *Revista de Administração Pública. (RAP)*, jul./ago 1999.
17. Campos GWS; Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*,23(2), 2007.
18. \_\_\_\_\_. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 23(2), 2008.
19. \_\_\_\_\_. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Editora Hucitec; 2009.
20. \_\_\_\_\_. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Ciência Saúde Coletiva* 2010; 4:393-404.
21. Cavaleiro, MTP. Fonoaudiologia e Saúde da Família. *Rev. CEFAC*. V.11. nº 2. P. 179-368, Abr-Jun, 2009.
22. Ceccim, RB.; FEUERWERKER, LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. V.14. N. 1. Rio de Janeiro, jan.-jun. 2004.
23. Coutinho, CN. A democracia na batalha das idéias e nas lutas políticas do Brasil de hoje. In: FÁVERO, O. & SEMERARO, G. (Orgs.) *Democracia e Construção do Público no Pensamento Educacional Brasileiro*. Petrópolis: Vozes, 2002.
24. Demo, P. Metodologia do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2000.
25. Gil, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
26. Mendes, EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo, Ed. Hucitec, 2ª ed., 1999.
27. \_\_\_\_\_. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992.

28. \_\_\_\_\_. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007.
29. Merhy, EE. “A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas”. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p.197-228.
30. Mishima, SM. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. *Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis*, v. 18, n. 2, p. 313-20, abr./jun. 2009.
31. Misoczky, MC. A medicina de família, os ouvidos do príncipe e os compromissos com o SUS. *Saúde em Debate*, (42):40-44, 1994.
32. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Orientações estratégicas e programáticas. Washington, D.C., 1992. (Documento Oficial, 269).
33. Paim, JS. “Saúde, política e reforma sanitária”. Salvador: CEPS-ISC, 2002. 446p.
34. Rivera, FJU. Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da organização que aprende. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001; 6:209-19.
35. Rodrigues, CRF. Participação e atenção primária em saúde: o programa de saúde da família em Camaragibe – PE (1994 – 1997). São Paulo, 1998. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].
36. Sampaio, J.; Rocha, AMO.; Souza Neto, AA.; Oliveira SGD. O que fazem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Campina Grande? Análise das práticas dos profissionais à luz da proposta do Apoio Matricial. Campina Grande: Universidade Federal de Campina Grande; 2011. 14p.
37. Starfield, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.
38. Thomas, JR. e Nelson, JK. Métodos de Pesquisa em Atividade Física. 3ª Edição. Artemed Editora. São Paulo, 2002.
39. Vasconcelos CM. Paradoxos da mudança no SUS [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2008.