



Cadernos da

# SAÚDE COLETIVA

Fazeres em Saúde Coletiva:  
Experiências e reflexões de jovens sanitaristas

Organizadores

Alcindo Antônio Ferla

Cristianne Maria Famer Rocha

Organizadores  
**Alcindo Antônio Ferla**  
**Cristianne Maria Famer Rocha**

Cadernos da  
**SAÚDE COLETIVA**

**Fazeres em Saúde Coletiva:  
Experiências e reflexões de jovens sanitaristas**



1ª edição

Porto Alegre, 2014

# Cadernos da Saúde Coletiva

## Fazeres em Saúde Coletiva: Experiências e reflexões de jovens sanitaristas

### **Coordenador Nacional da Rede UNIDA**

Alcindo Antônio Ferla

### **Coordenação Editorial**

Adriane Pires Batiston

Alcindo Antônio Ferla

Emerson Elias Merhy

Ivana Barreto

Izabella Matos

João Henrique Lara do Amaral

João José Batista de Campos

Julio César Schweickardt

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Liliana Santos

Lisiane Böer Possa

Mara Lisiane dos Santos

Márcia Cardoso Torres

Marco Akerman

Maria Luiza Jaeger

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Ricardo Burg Ceccim

Rossana Baduy

Sueli Barrios

Vanderléia Laodete Pulga

Vera Kadjaoglanian

Vera Rocha

### **Comissão Executiva Editorial**

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

### **Arte gráfica - Capa**

Raquel Amsberg de Almeida

### **Diagramação:**

Raquel Amsberg de Almeida

### **Revisão:**

Priscilla Konat Zorzi

### **Impressão:**

Gráfica Ideograf

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.

Copyright © 2014 by ALCINDO ANTÔNIO FERLA e CRISTIANNE MARIA FAMER ROCHA.

### **DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)**

F287 Fazeres em Saúde Coletiva : experiências e reflexões de jovens sanitaristas / organizadores: Alcindo Antonio Ferla, Cristianne Maria Famer Rocha. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

165 p.: il. – (Cadernos da Saúde Coletiva; 3)

ISBN 978-85-66659-24-5

1.Educação em saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Sanitarista. I. Ferla, Alcindo Antônio. II. Rocha, Cristianne Maria Famer. III. Série.

NLM WA18

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

# ANÁLISE COMPARATIVA DE INDICADORES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO SUL

Stefania Rosa da Silva<sup>1</sup>  
Cristianne Maria Famer Rocha<sup>2</sup>

**Resumo:** A doutrina dos cuidados primários em saúde, proveniente da Declaração de Alma-Ata, influenciou a formulação de políticas de saúde no Brasil e, por sua vez, as Leis 8.080/90 e 8.142/90, que regulamentaram o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal em 1988. A Atenção Básica (AB) é, no Brasil, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, tendo como estratégia prioritária para sua organização a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica foi instituída e, para sua implementação, criou-se o Pacto da Atenção Básica, que passou a ser inserido no Pacto pela Saúde que, por sua vez, é composto pelo Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, e Pacto de Gestão. Com o objetivo de analisar comparativamente os indicadores de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que possuem e as que não possuem Estratégia de Saúde da Família, foi realizada, no presente estudo, uma análise de alguns indicadores de produtividade pertencentes às Linhas-Guia inseridas no Pacto pela Vida. A pesquisa, em série histórica (de 2008-2012), foi realizada no município de Caxias do Sul, Estado do Rio Grande do Sul, pertencente à 5ª Coordenadoria Regional de Saúde. A metodologia utilizada foi análise descritiva dos indicadores selecionados. Os resultados preliminares, mesmo que representem peculiaridades regionais, possibilitaram a percepção de que, em linhas gerais, as UBS tradicionais apresentaram maior produtividade quando comparadas a UBS com ESF (a exceção do indicador de puericultura), fato que demonstra que, apesar da construção de vínculos ser pressuposto básico da ESF, objetivando maior aproximação e comprometimento com os usuários e, conseqüentemente, maior produtividade, tal situação, na prática, segundo os dados coletados, não está repercutindo nas ações em saúde preconizadas no Pacto.

**Palavras-chave:** Atenção Primária em Saúde; Atenção Básica; Estratégia de Saúde da Família; Sistema Único de Saúde; Pacto pela Vida.

## O SUS e a Atenção Básica

A Constituição Federal definiu que a saúde é direito de todos e dever do Estado e a Lei Federal n. 8.080/1990, que regulamentou o SUS, prevê em seu Artigo 7º, como princípios do sistema: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; entre outros.

Nesses termos, fica explícito que o Brasil optou por um sistema público e universal de saúde, que deve garantir atendimento integral para todos os cidadãos. Em vista disso, o atendimento ofertado

<sup>1</sup> Graduada no Bacharelado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: fani\_rosa@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Educação, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: cristianne.rocha@ufrgs.br

à população se divide em três níveis de complexidade: Atenção Primária em Saúde (APS), redefinida, no país, como Atenção Básica (AB), média complexidade e alta complexidade.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 648/2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, define a AB como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza-se de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2006).

Conforme o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS, 2007), a AB se constitui como contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Sendo assim, é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, empregando tecnologia de baixa densidade.

A referida “porta de entrada” tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização. O Programa de Saúde da Família (PSF), criado ainda no ano de 1994 com a proposta inicial de uma cobertura assistencial em áreas de maior vulnerabilidade social, foi redefinido como estratégia central do Ministério da Saúde (MS) no ano de 1998. A ESF é composta por equipe multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde – ACS), onde a figura do ACS assume papel fundamental na construção de vínculos com a comunidade, trabalhando com territórios de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área (SCOREL et al., 2007).

Por trabalhar na perspectiva da construção de vínculos, deve prevalecer na AB e, conseqüentemente, na ESF o uso de tecnologias leves, relacionais. Segundo Merhy, a mudança do modelo técnico-assistencial pressupõe impactar o núcleo do cuidado, compondo uma hegemonia do Trabalho Vivo sobre o Trabalho Morto, quando então se caracteriza uma Transição Tecnológica, que significa a produção da saúde, com base nas tecnologias leves, relacionais, e a produção do cuidado de forma integralizada, operando em “linhas de cuidado” por toda extensão dos serviços de saúde, centrado nas necessidades dos usuários.

No que tange ao financiamento da ESF, segundo a Portaria nº 648, de 2006 (BRASIL, 2013), há duas modalidades de repasses fundo a fundo, que se baseiam no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A modalidade I se subdivide em:

ESF implantada em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País; nos municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS); e naqueles que atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

Quanto à modalidade II, corresponde a ESF implantada em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade I.



## Do Pacto pela Atenção Básica ao Pacto pela Saúde

O Pacto da Atenção Básica, criado no ano de 2002, tinha como objetivo constituir-se um instrumento de referência para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas no âmbito da AB em todo território nacional. Posteriormente, passou a ser inserido no Pacto pela Saúde de 2006, que, por sua vez, corresponde a um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão - União, Estados e Municípios. A implementação do Pacto pela Saúde ocorre pela adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação.

Aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e publicado na Portaria GM/MS nº399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006), o Pacto pela Saúde tem como objetivo promover a melhoria dos serviços ofertados à população e a garantia de acesso a todos. Sua adesão constitui um processo de cooperação permanente entre os gestores e negociação local, regional, estadual e federal. Compõe-se pelo Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

O Pacto Pela Vida estabelece um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários a serem implantados pelos entes federados. Esses compromissos deverão ser efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas pactuadas. Prioridades estaduais, regionais ou municipais podem ser agregadas às prioridades nacionais a partir de pactuações locais. Sendo assim, estados e municípios devem pactuar as ações que considerem necessárias ao alcance das metas e objetivos gerais propostos.

### Objetivo

O presente artigo tem por objetivo analisar comparativamente, por meio de dados secundários, alguns indicadores do Pacto pela Vida, identificando, assim, se existe diferença significativa no índice de produtividade das duas formas técnico-assistenciais, ou seja, se UBS do modelo tradicional, sem ESF, e UBS com ESF possuem resultados diferenciados de produtividade de indicadores selecionados, em termos quantitativos.

### Metodologia

A pesquisa quantitativa trabalha com amostras geralmente grandes e consideradas representativas da população, onde os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda população alvo da pesquisa. Tal abordagem é centrada na objetividade e trabalha com dados brutos (FONSECA apud GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Nesse sentido, entende-se que o estudo quantitativo é mais adequado para alcançar o objetivo desse trabalho.

Partindo-se das linhas-guia do Pacto pela Vida, selecionaram-se os seguintes indicadores, cuja produtividade pode ser gerada por UBS no município de Caxias do Sul (RS):

<b>Linha-guia</b>	<b>Indicador</b>	<b>Indicador</b>
	<b>Consulta</b>	<b>Procedimento</b>
1) Atenção à saúde do idoso	Consulta/atendimento domiciliar na AB	1.1) Acompanhamento e avaliação domiciliar do paciente 1.2) Assistência domiciliar por equipe multiprofissional 1.3) Assistência domiciliar terapêutica multiprofissional 1.4) Assistência domiciliar por profissional de nível médio
2) Controle do câncer de colo de útero e de mama		
3) Redução da mortalidade infantil e materna	3.1) Consulta p/ acompanhar crescimento/desenvolvimento (puericultura) 3.2) Consulta pré-natal 3.3) Consulta puerperal	3.1) Avaliação antropométrica 3.2) Coleta de material para exame citopatológico de colo 3.3) Coleta de sangue para triagem neonatal 3.4) Ordenha mamária
4) Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e AIDS	4.1) Consulta ao paciente curado de tuberculose 4.2) Consulta com identificação de casos novos de TBC	4.1) Biopsia de pleura (por agulha/pleuroscopia) 4.2) Coleta de linfa para pesquisa de M. Leprae 4.3) Testes rápidos para triagem de sífilis e/ou HIV
5) Promoção da saúde	Consulta para avaliação clínica do fumante	Abordagem cognitiva comportamental do fumante
6) Fortalecimento da atenção básica	6.1) Consulta médica em atenção básica 6.2) Primeira consulta odontológica programática	6.1) Controle diabéticos 6.2) Atividade educativa/orientação em grupo na atenção básica
7) Saúde do trabalhador	Consulta médica em saúde do trabalhador	
8) Responsabilidades na participação e controle social		
9) Saúde mental		9.1) Terapia em Grupo 9.2) Terapia individual 9.3) Atendimento em psicoterapia de grupo 9.4) Atendimento individual em psicoterapia
10) Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência		10.1) VD/institucional em reab-p/prof. de nível superior
11) Saúde do homem		11.1) Camp. Diab. 40 a 44 anos-SX masculino glic Cap/ano 11.2) Camp. Diab. 45 a 49 anos-SX masculino glic Cap/ano 11.3) Camp. Diab. 50 a 54 anos-SX masculino glic Cap/ano

Após análise preliminar dos gráficos que representam os indicadores apontados acima, optou-se pela seleção daqueles mais significativos para o alcance do objetivo desse trabalho que, como mencionado anteriormente, constitui-se no comparativo entre a produtividade (avaliação quantitativa) das UBS com e sem ESF no período de 2008 a 2012.

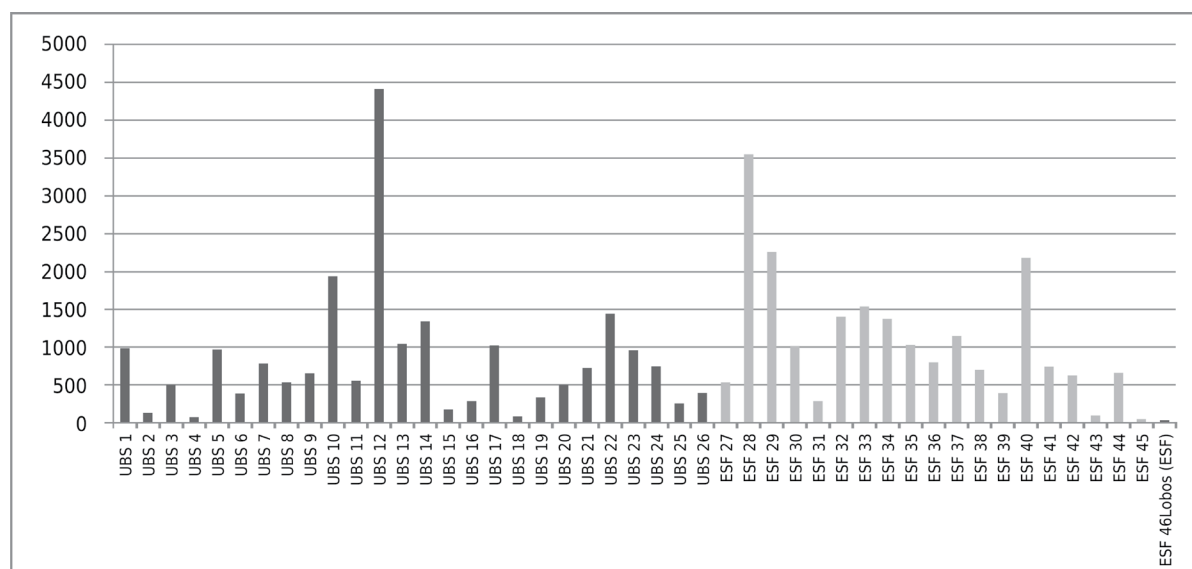
Registra-se que no município de Caxias do Sul existe um total de 46 UBS, sendo 26 destas do modelo “tradicional” (ou seja, sem ESF). Para melhor visualização gráfica, identificaram-se as unidades por meio de numeração e em ordem alfabética. Seguem inicialmente as UBS tradicionais: 1) Alvorada; 2) Ana Rech; 3) Bela Vista; 4) Belo Horizonte; 5) Centro de Saúde; 6) Cinquentenário; 7) Cristo Operário; 8) Cruzeiro; 9) Desvio Rizzo; 10) Diamantino; 11) Eldorado; 12) Forqueta; 13) Madureira; 14) Pioneiro; 15) Planalto; 16) Planalto Rio Branco; 17) Rio Branco; 18) Sagrada Família; 19) Santa Lúcia; 20) São Ciro; 21) São José; 22) São Leopoldo; 23) São Vítor Cohab; 24) Século XX; 25) Serrano; e 26) Tijuca.

Já as UBS com ESF (total de 20) são as seguintes: 27) Centenário; 28) Criúva; 29) Esplanada; 30) Fátima Alta; 31) Fátima Baixa; 32) Fazenda Souza; 33) Galópolis; 34) Mariani; 35) Parque Oásis; 36) Reolon; 37) Salgado Filho; 38) Santa Fé; 39) Santa Lúcia Piaí; 40) São Caetano; 41) São Vicente; 42) Vila Cristina; 43) Vila Ipê; 44) Vila Lobos; 45) Vila Oliva; e 46) Vila Seca.

## Apresentação dos Resultados

Partindo-se da análise de produtividade por UBS, geraram-se gráficos únicos por indicador, visando facilitar a visualização dos resultados obtidos na comparação proposta pelo presente estudo. Na análise dos gráficos, conforme segue, aponta-se ainda a porcentagem do indicador, calculada por meio de regra de três simples, de acordo com o respectivo modelo técnico-assistencial de atendimento (estão representadas nos gráficos a produção de todas as UBS, porém as numerações que aparecem são geradas automaticamente pelo programa Excel, que nomina apenas as UBS de numeração ímpar):

Gráfico 1: Coleta de material para exame CP de Colo



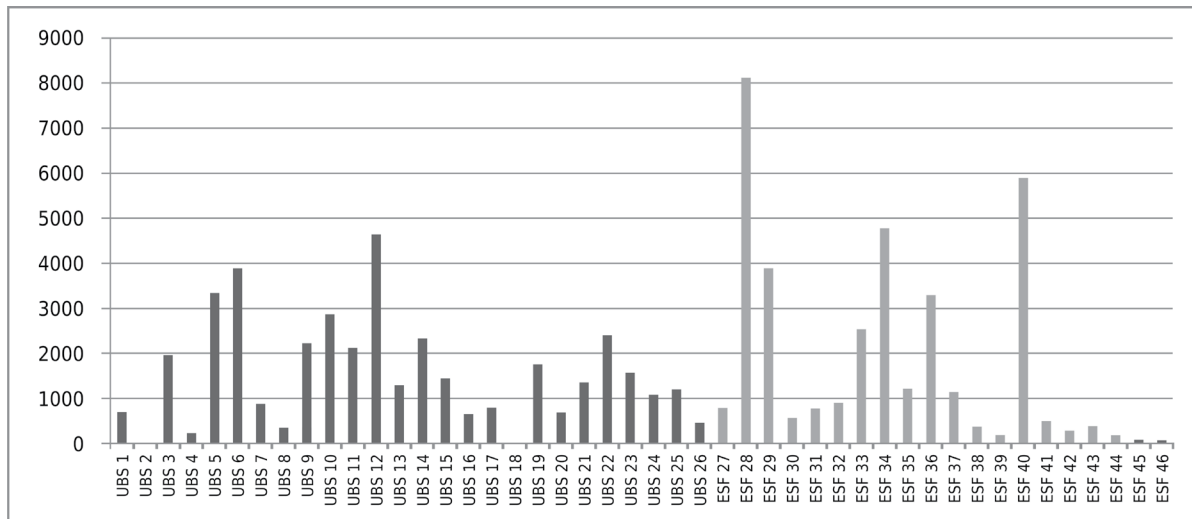
Fonte: Dados coletados no SIAB de Caxias do Sul entre 2008-2012

Quando totalizamos os dados apresentados no Gráfico 1, vemos que, entre os anos selecionados, o total de atividades de coleta de material para Exame Citopatológico de Colo (Linha-guia 3: Redução da mortalidade infantil e materna) não apresentou diferença significativa quanto ao índice de produtividade em UBS tradicionais (50,96%) e UBS com ESF (49,03%). Chama-se a atenção que,



conforme dados do Instituto Nacional do Câncer (Inca), o câncer de colo de útero é o segundo que mais aparece na população feminina, constituindo a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil, sendo que anualmente ocorrem 4,8 mil vítimas fatais e a incidência é de 18.430. O câncer de colo de útero têm chances altíssimas de cura (100%) caso descoberto em estágio inicial, para tanto basta que as mulheres façam os exames de prevenção disponíveis na rede pública. No entanto, ambos os modelos realizaram pequeno número deste procedimento.

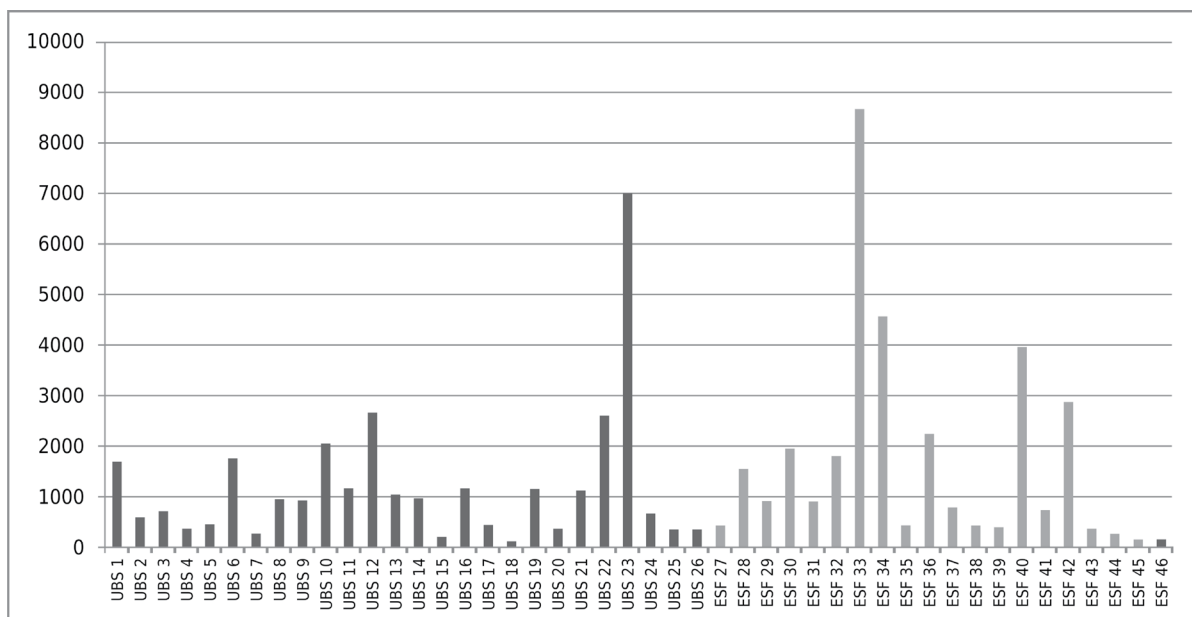
Gráfico 2: Consulta Pré-natal



Fonte: Dados coletados no SIAB de Caxias do Sul entre 2008-2012

Apesar de duas UBS com ESF se destacarem no número de consultas de pré-natal realizadas (Linha-guia 3: Redução da mortalidade infantil e materna), as UBS tradicionais apresentam um indicador de produtividade maior (52,84%) do que as UBS com ESF (47,15%).

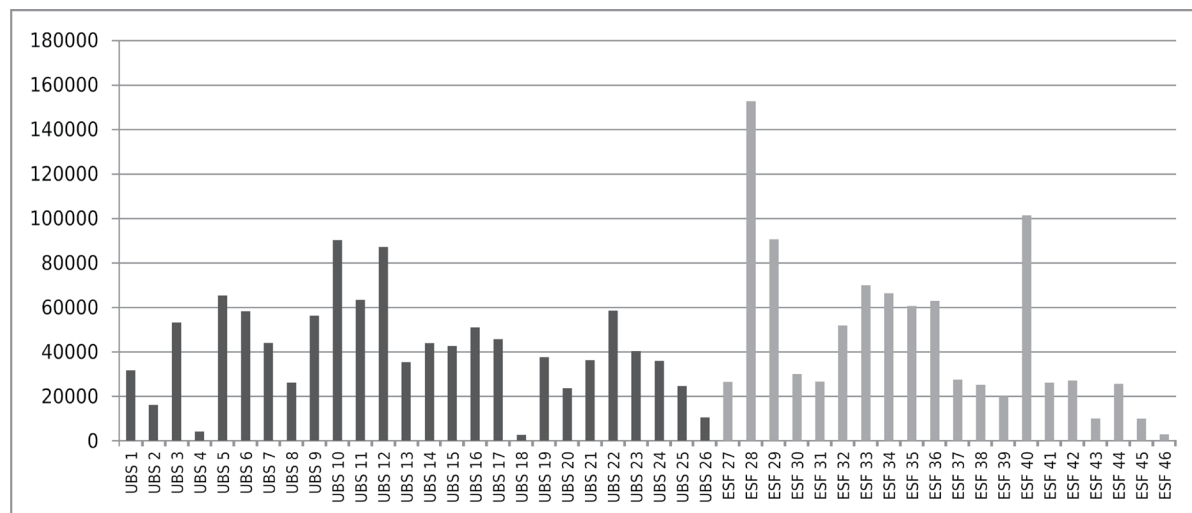
Gráfico 3: Consulta para acompanhamento e desenvolvimento de Puericultura



Fonte: Dados coletados no SIAB de Caxias do Sul entre 2008-2012

O Gráfico 3 parece indicar que não há diferença, em linhas gerais, entre UBS tradicionais e UBS com ESF. No entanto, o fato de existir quatro UBS com ESF que se sobressaem na escala faz com que a porcentagem do indicador em UBS com ESF (51,84%) seja maior que em UBS tradicionais (48,15%).

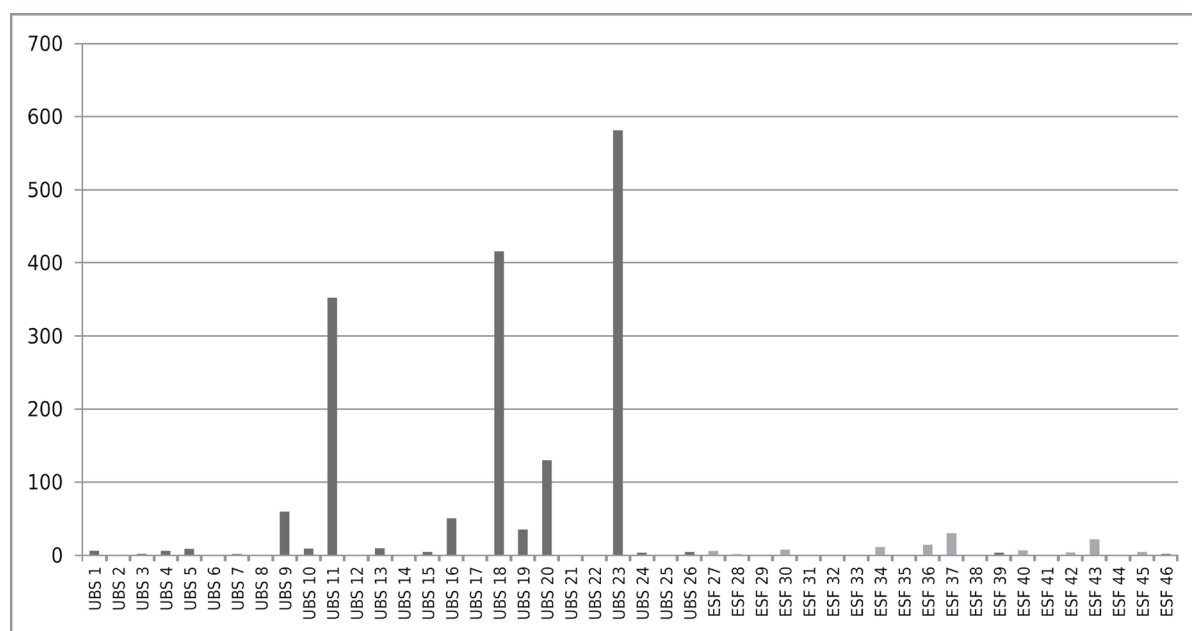
Gráfico 4: Consulta médica em Atenção Básica



Fonte: Dados coletados no SIAB de Caxias do Sul entre 2008-2012

No que tange ao indicador de Visita Domiciliar (VD) por profissional de nível superior (enquadrado na Linha-guia 10: Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência), percebe-se que apesar de as UBS com ESF possuírem carro disponível para visitas semanais por equipe, enquanto as UBS tradicionais não têm esta disponibilidade, não há diferença marcante entre os dois modelos de atenção à saúde, sendo tal afirmação amparada pela própria porcentagem de VD realizadas (50,84% em UBS com ESF e 49,15% em UBS tradicionais).

Gráfico 6: Atividade educativa/orientação em grupo



Fonte: Dados coletados no SIAB de Caxias do Sul entre 2008-2012

Por fim, a análise do último gráfico (Linha-guia 6: fortalecimento da Atenção Básica) evidencia o destaque significativo das UBS tradicionais na abordagem de promoção e educação em saúde, uma vez que realizam 93,70% do total das atividades educativas e de orientação em grupo, enquanto que as ações de UBS com ESF para este indicador representam apenas 6,29%. Mesmo sendo a promoção em saúde uma das diretrizes norteadoras da própria legislação do SUS (Lei 8.080/90) salienta-se o pequeno número de UBS que realizam tais atividades, evidenciando, assim, que a atenção à saúde ainda se restringe em grande parte apenas à assistência individual e curativa, mesmo em se tratando de um novo modelo de atenção que vem sendo, há mais de uma década, instituído no país.

## Conclusão

O presente estudo buscou analisar comparativamente alguns indicadores de produtividade, identificando possíveis diferenças significativas nos modelos organizativos de prestação de serviços de saúde, ou seja, em UBS tradicionais e nas que possuem ESF, pertencentes às Linhas-guia inseridas no Pacto pela Vida, em série histórica (de 2008-2012), no município de Caxias do Sul/RS, pertencente à 5ª Coordenadoria Regional de Saúde. Para tanto, após análise preliminar dos gráficos, partindo-se dos indicadores apontados como representativos das Linhas-guia, optou-se pela seleção daqueles com maior índice de produtividade.

Por este motivo, foram apresentados os gráficos de coleta de material para CP, consulta de pré-natal, acompanhamento e desenvolvimento de puericultura, consulta médica em atenção básica, visita domiciliar por profissional de nível superior e atividade educativa. Na análise descritiva realizada, apresentou-se, ainda, a porcentagem, calculada por meio de regra de três simples, correspondente a cada modelo organizativo técnico-assistencial.

O resultado, decorrente dos dados apresentados, foi a constatação de que, no indicador de coleta de material para exame de CP de colo, a produtividade em UBS tradicionais é praticamente a mesma do que em UBS com ESF. No indicador de consulta de pré-natal, UBS tradicionais apresentam um indicador de produtividade relativamente maior do que as UBS com ESF. Já no indicador de puericultura, UBS tradicionais aparecem atrás de UBS com ESF. No indicador de consulta médica em atenção básica, a produtividade em UBS tradicionais é significativamente maior do que em UBS com ESF. Em visitas domiciliares por profissional de nível superior, a porcentagem de produtividade é muito semelhante em ambos os serviços analisados. Por fim, o último indicador analisado (atividade educativa/orientação em grupo) evidencia que UBS tradicionais realizam um número consideravelmente superior em relação ao total das atividades educativas e de orientação em grupo realizadas nas UBS com ESF.

A análise dos indicadores elencados possibilitou a percepção de que, em linhas gerais, UBS tradicionais apresentaram maior produtividade quando comparadas a UBS com ESF (à exceção do indicador de puericultura), fato que demonstra que, apesar da construção de vínculos ser pressuposto básico da ESF, objetivando maior aproximação e comprometimento com os usuários e, conseqüentemente, maior produtividade, tal situação, na prática, segundo os dados coletados, não está repercutindo nas ações em saúde preconizadas no Pacto. Chama-se a atenção, ainda, a possível debilidade/carência de registro das ações realizadas pelas UBS tanto tradicionais quanto com ESF.

Conclui-se, com isso, que não basta um modelo de atenção ser implantado verticalmente se não houver a real transição tecnológica, onde a saúde passa a ser decorrência das tecnologias leves, relacionais, e onde o cuidado é integral, operando, efetivamente, em “linhas de cuidado” por toda extensão dos serviços de saúde, centrando-se nas necessidades dos usuários. Tais linhas de cuidado, por sua vez, levam em conta a Gestão do Cuidado, que considera múltiplas dimensões, quais sejam, individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária.

Nesse sentido, evidencia-se a importância do envolvimento dos profissionais de saúde trabalhando em uma perspectiva interprofissional e interdisciplinar em que prevaleça o campo entre as profissões, não se restringindo ao núcleo de saberes e práticas de cada formação (CECCIM, 2004/2005). Assim, o processo de trabalho em saúde constituir-se-á sobre o conceito de rizoma que é, de acordo com Deleuze e Guatari, o produzir em si mesmo (apud FRANCO, 2006).

No trabalho em saúde, a lógica predominante deve ser a usuário-centrada (MATOS et al., 2009), onde os profissionais de saúde incentivem a construção de sujeitos sociais e, parafraseando Ceccim (2005), a geração de afetos alegres. Para tanto, deve-se avançar na educação permanente dos trabalhadores, que passam a ser entendidos não mais como recursos humanos e sim como coletivos organizados de produção da saúde (CECCIM, 2005).

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS*. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Seminário “Aprimoramento do Pacto pela Saúde com o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde”*. Rio de Janeiro, 17 de abril de 2012.
- BRASIL. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 20 maio 2013.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - comunicação, saúde, educação*, v. 9, n. 16, set. 2004/fev. 2005, p. 161-178,
- CONASS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. *Para entender a Gestão do SUS*. Assistência de Média e Alta complexidade no SUS. Brasília: CONASS, 2007.
- SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, n.21, v.2, p. 164-176, 2007.
- FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p. 459-473.
- GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. *Métodos de Pesquisa*. Porto Alegre: UFRGS, 2009.
- MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, n. 6, p. 863-869, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários*, 1978. Disponível em <[http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo\\_frame.asp?cod\\_noticia=199](http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_frame.asp?cod_noticia=199)>. Acesso em: 10 dez. 2012.