

O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: elementos para o debate

Autoras: Claudia Santos Martiniano; Juliana Sampaio; Emanuella Castro Marcolino; Fernanda Ferreira Souza; Fernanda Carla Magalhães

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada em 1994 seguindo os princípios de universalidade, integralidade e equidade, norteadores do SUS, através da organização da Atenção Básica. No contexto da reorientação da atenção à saúde, surge em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com a possibilidade de fortalecimento da Atenção Básica. Esse artigo tem como objetivo refletir sobre o papel do NASF na reorganização dos serviços de saúde. A análise mostra potencialidades distintas do NASF. De um lado pode ser elemento de desmantelamento dos serviços de saúde. De outro, importante estratégia de reestruturação das práticas da atenção básica, a partir da reorientação do perfil profissional na área de saúde.

Palavras- Chave: Política de Saúde; Sistema Único de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Estratégias de reorientação da atenção em saúde

Ministério da Saúde, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), busca garantir a universalização da atenção básica e substituir o tradicional modelo assistencial de caráter hospitalocêntrico pelo de promoção da saúde (BRASIL, 1997). Como características desse novo modelo, Merhy e Franco (2002) citam a vigilância epidemiológica; a integralidade da atenção; a hierarquização da rede de serviços; a territorialização e adscrição da clientela; e o trabalho em equipe multiprofissional de saúde. Para tanto, passa a ser prerrogativa das equipes da atenção básica a construção de projetos terapêuticos singulares para indivíduos ou grupos, por intermédio de atividades e ações interdisciplinares, que promovam a construção coletiva de práticas de saúde.

Contudo, segundo Mehry (2007), o modo como vários profissionais da saúde compreendem a produção do cuidado é fundamentado pelo reconhecimento de que a doença, como processo patológico instalado no corpo biológico, é uma das mais importantes causas do sofrimento individual ou coletivo.

Tratada como fenômeno exclusivamente biológico, a produção de saúde não prioriza os cuidados integrais e as ações interdisciplinares. Ao contrário de uma atenção integralizada e contextualizada nas diversas relações sociais que singularizam a experiência saúde-doença, são seguidos procedimentos clínicos normatizados a todos os usuários, como se estes respondessem à intervenção da mesma maneira.

Como prática profissional, tem-se a investigação superficial dos casos, que resvala em encaminhamentos constantes - gerando uso inadequado da referência, que compromete a estabilidade da relação médico-paciente, por reduzir o vínculo que estrutura o processo de cuidado. Por parte do sujeito que sofre, tem-se a dificuldade de adesão ao tratamento, que prolonga seu tempo e aumenta a recidiva da doença, impactando na resolutividade da atenção (TESSER; LUZ, 2002).

Prevê-se que a atenção básica da saúde tenha capacidade resolutiva de mais de 80% das enfermidades (CAMPOS, 2007), contudo a inadequação dos processos de trabalho não tem permitido o alcance desse desempenho. E ainda como ressalta por Starfield (2004), embora seja parte primordial no setor saúde, a atenção básica não pode se responsabilizar isoladamente pela resolução dos problemas de determinada população.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde propõe a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sob a proposta de garantir suporte às Estratégias de Saúde da Família (ESF), buscando qualificar a assistência e a gestão no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2008).

Este artigo tem como objetivo contribuir para uma reflexão sobre o papel do NASF na organização dos serviços de saúde, a partir do discurso apresentado pelo Ministério da Saúde de fortalecimento da atenção básica, ampliação de sua resolutividade e mais especificamente de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços.

O NASF e a Reorientação da Atenção Básica

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em 24 de Janeiro de 2008, através da Portaria nº 154/GM (BRASIL, 2008), sob o discurso de priorização e [ampliação](#) da atenção básica, a partir da qualificação da assistência e da gestão (BRASIL, 2008). Suas equipes devem estar comprometidas com o aperfeiçoamento das práticas desenvolvidas pela ESF, atuando de maneira interdisciplinar e intersetorial, de forma que cada profissional de saúde, a partir de seu conhecimento específico possa contribuir na resolutividade das problemáticas de (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O NASF pauta-se no modelo teórico de Apoio Matricial proposto por Campos (1999), para assessorar às equipes de saúde da família com conhecimentos especializados, oferecendo retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico, sem assumir a referência do cuidado. Para esse autor, a equipe de saúde da família é a referência do cuidado para o sujeito, mesmo quando este é encaminhado para um nível diferenciado de assistência. A equipe de apoio matricial não assume esta referência, nem se caracteriza como um segundo nível de atenção para o qual o usuário possa ser encaminhado.

As equipes matriciais têm como objetivo, assim, apoiar, ampliar e qualificar o processo de produção do cuidado, devendo ser compostas por profissionais de determinadas especialidades da área de saúde, diversificando as condutas eficazes para cada caso singular, isto é, abrangendo as possibilidades de clínica ampliada.

Os apoiadores matriciais devem acompanhar as atividades das equipes de referência, auxiliando-as na proposição de processos de co-gestão do trabalho em equipe e invenção de novas estratégias de ação no território que permitam um cuidado integral e singular dos sujeitos e grupos.

Nesse sentido, Campos e Domitti (2007) elucidam que o apoio matricial e a equipe de referência são arranjos organizacionais e uma maneira de gerir o trabalho em saúde com o intuito de ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre diferentes especialidades e profissões.

Evidencia-se o caráter anti-taylorista da diretriz matricial ao sugerir a democratização do poder institucional, com ampliação da capacidade de análise e intervenção dos sujeitos e dos grupos (CAMPOS, 2000).

Da mesma forma, conforme explícito na portaria que os regulamenta “Os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no

trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família” (BRASIL, 2008, p. 02). Ou seja, espera-se que o trabalho desenvolvido entre ESF e NASF esteja organizado sob o eixo do trabalho coletivo e da gestão participativa do processo de trabalho (CAMPOS, 2003), no qual o fortalecimento dos atributos e do papel da ESF seja o foco das ações e não a transferência de responsabilidade. Nesse sentido,

A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS. (BRASIL, 2008, p. 02)

As Equipes de Saúde da Família: porta de entrada de que rede?

A partir das diretrizes do apoio matricial, que buscam orientar o papel dos NASF na ampliação do escopo das ações das equipes de saúde da família, torna-se relevante colocar em debate em que medida esta proposição política contribui para a organização dos serviços de saúde, em especial para a construção de uma rede organizada entre a atenção básica e a média e alta complexidade.

Para tanto, é relevante considerar o discurso apresentado pelo Ministério da Saúde de fortalecimento da atenção básica, a partir da ampliação de sua resolutividade, e mais especificamente de apoio à inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços.

A atenção básica deve estar, assim, em consonância com os níveis subseqüentes de atenção: secundária e terciária, de tal forma que enquanto a atenção básica deve priorizar a diminuição de agravos à saúde através da promoção, prevenção e educação em saúde; os serviços de média e alta complexidade devem ser responsáveis pelas ações de recuperação e reabilitação da saúde.

Constatando a prioridade de governo em investir na atenção básica como principal política de saúde, em 2008 as unidades de saúde da família tornaram-se a porta de entrada no sistema de saúde para mais de 95 milhões de brasileiros, acompanhados por 29,9 mil Equipes de Saúde da Família, presentes em 94,2% dos municípios brasileiros (BRASIL, 2008). Ao mesmo tempo, obedecendo ao princípio

da equidade, as equipes de atenção básica foram sendo implantadas prioritariamente em comunidades que apresentam maiores problemas de saúde (ALVES, 2005).

Contudo, se a cobertura da atenção básica tem sido tomada como prioridade no setor saúde, na maioria dos municípios brasileiros o mesmo não vem ocorrendo com a atenção de média e alta complexidade, tornando-se, por vezes, um transtorno para quem necessita destes serviços (SILVA, 2010).

Marques e Mendes (2002) destacam essa priorização confrontando a integralidade com o acesso universal aos serviços, tendo como porta de entrada a ESF. Os autores afirmam que o princípio da integralidade, que garante o acesso da população a todos os níveis da atenção, não pode, em nome da universalidade da atenção básica, ser 'esquecido'.

Na prática, verifica-se que a demora do acesso do usuário do SUS aos serviços de referência para realização de consultas e exames pode comprometer o diagnóstico das doenças sob suspeita, indo de encontro ao modelo de vigilância em saúde, comprometendo claramente a integralidade da atenção, já que o acesso aos outros níveis de complexidade é dificultado.

Portanto, pode-se considerar que um dos problemas enfrentados na efetivação de assistência à saúde com qualidade configura-se na quebra da integralidade entre os níveis de assistência à saúde.

Como consequência, os três níveis de atenção permanecem supostamente articulados, seguindo, porém, lógicas distintas na sua concepção, funcionamento e financiamento. Nesse embate, Feurwerker (2007, p.496) assevera que “a atenção básica sai perdendo, pois socialmente ela é o local das ‘práticas simplificadas’, e da ‘medicina de pobre para pobres’, sempre ‘culpabilizado’ por sua ineficiência e desqualificação.”

O NASF na consolidação da rede de atenção

Apesar da clara coerência da proposta dos NASF com o Apoio Matricial, sua portaria de implantação (BRASIL, 2008) não faz referência direta a este modelo teórico.

Por outro lado, a portaria prevê que os profissionais dos NASF realizem “atendimento a casos específicos”, não deixando claro quais critérios definem os “específicos”. Assim, cabe questionar se a portaria não estaria permitindo, em sua operacionalização, uma equivocada interpretação das equipes da ESF de que os profissionais dos NASF seriam os mais habilitados para dar a resolutividade de tais casos.

Ao mesmo tempo, cabe interrogar se esta mesma normativa da portaria não permitiria a construção de vínculo entre o usuário e o profissional do NASF na condução do processo de cuidado, tornando este profissional a referência assistencial do usuário.

Como citado anteriormente, na perspectiva do apoio matricial, o NASF não deve tomar para si a condução de casos específicos, o que é função da equipe de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Cabe ao NASF, na lógica do matriciamento, a responsabilização compartilhada dos casos com as equipes de saúde da família. Com isso, propõe-se a reorientação das práticas de encaminhamentos para níveis de maior complexidade, que muitas vezes são operadas na lógica da desresponsabilização do profissional pelo acompanhamento de casos que ainda poderiam ser resolvidos na atenção básica.

Neste sentido, é possível propor que a equipe de apoio matricial seja referência técnico-pedagógica para a equipe de saúde da família, e nunca de seus usuários. Isto porque, caso se tornem referências especializadas, estas estariam na lógica da média complexidade, atuando no território.

O risco de ancorar o apoio matricial na lógica do referenciamento especializado repercute, ainda, em uma questão macro determinante para a saúde. Neste âmbito, vale destacar que o Sistema Único de Saúde ao ter como princípios norteadores a universalidade, a integralidade e a equidade, propõe um modelo de organização societária antagônico ao modelo neoliberal de Estado, o que parece justificar os constante entraves políticos e corporativos para sua implementação (CHAUÍ, 1994).

A situação político-econômica que determina o rumo das políticas públicas brasileiras, a partir da década de 1990, tem configurado a denominada *contra-reforma* do Estado (CORREIA, 2007). Esta pode ser compreendida como ideias neoliberais que vão de encontro às conquistas da classe trabalhadora, atendendo às

exigências das instituições financeiras internacionais, a exemplo do Banco Mundial que tem como prerrogativa a contenção de gastos sociais e incentiva a lógica do mercado. Tais estratégias têm como objetivo o desmonte do aparelho estatal, através de processos de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde (CORREIA, 2007).

No setor saúde, a contra reforma impulsiona a construção de pacotes mínimos de assistência, com o intuito de direcionar as políticas públicas de saúde para as camadas mais pobres da população e, conseqüentemente, menos lucrativas para o setor privado, levando à desresponsabilização do Estado na execução de ações de saúde e valorização do setor privado (BEHRING, 2003).

Um sistema pobre para pobres e um padrão de qualidade maior para os que podem pagar pelos serviços mais corriqueiros, já que os atendimentos mais sofisticados e de alta complexidade permanecem no setor público [...]. Já os atendimentos de média complexidade e que requisitam tecnologia de ponta, muitas vezes restringem-se ao setor privado, o que seu acesso mais difícil por parte da maioria da população (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Neste caminho, a contra-reforma que tem acontecido na ‘contra-mão’ do assegurado legalmente na Constituição Federal de 1988 tem deformado as políticas sociais, rebaixando-as a programas focais, assistenciais e seletivos, dirigidos aos grupos de maior pobreza, esvaziando seu caráter universal (CORREIA, 2007). Essas políticas são os meios mais eficazes para agradar a ‘dois senhores’: de um lado garante a oferta de serviços à população e de outro, atende às exigências neoliberais.

A ênfase destinada à Atenção Básica, através dessas políticas focais, permite um intencional descuido com os demais níveis de atenção. A média e a alta complexidade tornam-se “desfinanciadas”, sucateando a rede de assistência existente; obrigando a busca pelos serviços de média e alta complexidade através do setor privado e impedindo o acesso aos cuidados integrais prestados pelo SUS (MARQUES e MENDES, 2002)

Assim, a maioria da população que depende exclusivamente dos serviços públicos é submetida a uma excessiva espera para realização de consultas e de exames gerando uma demanda reprimida (SILVA, 2010) que inviabiliza a resolutividade de seu problema de saúde.

A proposta de organizar o sistema de saúde nesses três níveis, que compõe o sistema de referência e contrarreferência, torna-se enfraquecida, haja vista a interrupção do fluxo gerado pela articulação dos mesmos. Tem-se de um lado uma atenção básica pouco resolutiva, voltada para ações focais, e que retém a maior parte dos recursos; e de outro, uma atenção secundária e terciária sem financiamento, quase inacessível e inchada pela população que necessita do SUS e não pode comprar o serviço privado

Parece se confirmar, assim, a lógica de uma atenção destinada aos pobres. As propostas baseadas nas concepções neoliberais para a ação estatal estão reduzidas a programas destinados às populações mais pobres, desenvolvendo ações de promoção e prevenção da saúde que tenham custos reduzidos, ficando o restante por conta do mercado e o acesso de acordo com a capacidade de compra de cada indivíduo (CORREIA, 2007).

Neste cenário, o NASF é proposto com função de reorientar o sistema de saúde, aumentando a resolutividade da Atenção Básica com vista a desafogar a média complexidade. Nesta lógica, a inserção do NASF na rede assistencial parece atender à macro determinação da saúde, representada pelas idéias neoliberais. Ele se configura como um dispositivo de gestão para conter a demanda reprimida da média complexidade por um valor menor do que aquilo que seria gasto em investimentos nesse nível de assistência.

Ao submeter-se ao atendimento de casos específicos, o que não seria sua função prioritária, o NASF fortalece a lógica do pacote mínimo baseado nas ações focais e seletivas, ferindo os princípios do SUS. Ele favorece a lógica do Estado se encarregar da parte não lucrativa dos serviços de saúde (atenção básica), que não interessa ao capital, ao mesmo tempo em que a rede privada especializa-se na exploração dos serviços de alta complexidade (CORREIA, 2007).

O NASF e seu potencial transformador

Evidenciar as tensões e riscos existentes na operacionalização da proposta do NASF não representa, em nenhum momento, sua desvalorização. Ao contrário, busca-se, ao elencar tais problemáticas, permitir a potencialização do caráter matricial das equipes.

O apoio técnico-pedagógico parece ser uma importante estratégia de reestruturação das práticas da atenção básica, a partir da reorientação do perfil profissional na área de saúde. Nesse tocante, Ceccim (2005, p.161) aponta a educação permanente, como um “processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise, possibilitando espaços coletivos para a reflexão e avaliação das ações das unidades”.

A educação permanente surge, assim, como contraponto aos modelos de capacitação pontuais e tecnicistas, centrados em procedimentos. Ela se apóia na lógica da singularidade dos processos de trabalho e das produções de cuidado, introduzindo mecanismos, espaços e temas que proporcionem a problematização e experimentação das práticas em saúde (CECCIM, 2005).

Nesta direção, o apoio matricial permite desencadear processos de educação permanente em saúde, ao proporcionar a produção de novos conhecimentos em ato. A implantação de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) consiste no planejamento de um “conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar” (BRASIL, 2007, p. 40). Espera-se que os projetos terapêuticos singulares sejam mecanismos que valorizem as especificidades de cada usuário, a sua história de vida, assim como sua rede social, mostrando-se um importante articulador no desenvolvimento de ações de saúde mais participativas e contextualizadas.

O apoio matricial ao operar a gestão coletiva dos processos de cuidado, na qual os diferentes segmentos sociais contribuam na formação de uma clínica mais comprometida e participativa, além de potencializar as ações terapêuticas, permite a reorientação do processo de trabalho em equipe interdisciplinar. Com isso, acredita-se ser possível a construção de estratégias no âmbito do trabalho em saúde que superem “uma simples justaposição de diferentes profissionais [...] que mantém a fragmentação do trabalho e do olhar em relação à saúde do usuário, característico do modelo biomédico que se pretende superar” (GOMES, 2007, p. 19-20).

Uma vez operando como apoiadores matriciais, as equipes dos NASF podem favorecer, a partir do modelo da educação permanente em saúde, a reorganização da formação profissional das equipes, permitindo no próprio processo de trabalho, a constante problematização da prática profissional e a construção de estratégias

coletivas para a qualificação do cuidado e ampliação da capacidade resolutiva da atenção básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A publicação da portaria de criação dos NASF tem pouco mais de 2 anos e ainda são escassos os relatos de experiências de sua implantação. Ao mesmo tempo, também há poucas normatizações ministeriais como os Cadernos da Atenção Básica (BRASIL, 2010) e os documentos do Humaniza SUS (BRASIL, 2008) que esclareçam algumas das questões acima apresentadas.

Esta ausência documental parece em última instância evidenciar a carência de direcionamentos políticos que auxiliem na organização e efetivação de um determinado modelo de organização da rede de serviços de saúde.

E relevante destacar que tal proposta política está comprometida com macro e micro determinações que vão desde o perfil dos profissionais de saúde até as exigências da lógica neoliberal de esfacelamento da rede assistencial e que por isso merece análises mais profundas desses seus atravessamentos.

Neste ensaio, buscou-se elencar algumas das tensões existentes na operacionalização do NASF, em especial no que diz respeito a sua função no fortalecimento da rede de atenção à saúde. Enfocou-se, ainda que tal análise convoca o reconhecimento de diversos interesses e disputas postas em atividade na operacionalização da atenção básica, na efetivação dos princípios do SUS e na garantia da saúde como um direito de todos e dever do Estado.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação, saúde e educação**, 19 (16), p. 39-52, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ics_e/v9n16/v9n16a04.pdf.> Acesso em 30/09/2010.

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social**. Fundamentos e história. São Paulo Ed. Cortez, 2006.

BEHRING, E. R. **Brasil em Contra-Reforma. Desestruturação do Estado e a perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2 ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008c. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF**. Extraído de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>, Acesso em 01/09/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Extraído de <http://dab.saude.gov.br/dab/caderno_ab.php> Acesso em 25/09/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção á saúde. **Política Nacional de Humanização**. HumanizaSUS: Gestão participativa: Co-gestão. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. – 2.ed. ver. – Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: **Caderno de Saúde Pública**. v. 23, n. 02, 2007.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Col**. 4(2):396, 1999.

CAMPOS, G.W.S. **Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica – Diretrizes**, Cadernos ABEM, volume 3, 2007.

CAMPOS G.W.S. Saúde Paidéia. **Coleção Saúde e Debate** – São Paulo: HUCITEC, p. 09-48, 2003.

CAMPOS G.W.S. **Um método para a análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: O Método da Roda**. Editora Hucitec, São Paulo, 2000.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CHAUÍ, Marilena. Raízes teológicas do populismo no Brasil: teocracia dos dominantes, messianismo dos dominados. In: **Anos 90: Política e Sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

CORREIA, M.V.C. A saúde no contexto da crise contemporânea do capotal: o BAnco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. **Temporalis**. Ano VII, n. 13. jan./jun. 2007, p. 11-38.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Temporalis**. Ano VII, n. 13. jan./jun. 2007, p. 91-120.

GOMES, R.S. et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS, 2007.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. A dimensão do financiamento da atenção básica e do PSF no contexto da saúde- SUS. In: **Os Sinais Vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Programa Saúde da Família: Somos contra ou a favor? In: **Rev. Saúde em Debate**. v. 26, n. 60, 2002.

MEHRY, E.E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde**. 2007.

SILVA, A.L.M.A. **Referência e Contrarreferência em Campina Grande: limites e possibilidades**. Trabalho Acadêmico Orientado do Curso de Enfermagem-Bacharelado e Licenciatura. Universidade Estadual da Paraíba- UEPB. Campina Grande-PB, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2a ed. Brasília (DF): UNESCO-Brasil/Ministério da Saúde; 2004.

TESSER, C. D.; LUZ, T. M. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(2):363-372, 2002.

