

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO
COORDENADORIA DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CLAUDIA ZANELLA
SANDRELY SOUZA LOPES**

**IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM CAMPOS DE JÚLIO**

Cuiabá – MT

2012

CLAUDIA ZANELLA
SANDRELY SOUZA LOPES

**IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM CAMPOS DE JÚLIO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de especialização em saúde da família, como requisito para obtenção do grau de especialista em saúde da família pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso.

Orientadora: Prof^a Msc. Nídia Fátima Ferreira

Cuiabá – MT

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.

Z28i Zanella, Cláudia.

Implementação da estratégia saúde da família em Campos de Júlio. /
Cláudia Zanella; Sandrely Souza Lopes. – 2012.

49 f.; 30 cm.

Orientadora: Nídia Fátima Ferreira

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Secretaria
Estadual de Saúde. Escola de Saúde Pública de Mato Grosso.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Bibliografia: p. 46-49

1. Estratégia saúde da família. 2. Atenção básica. 3.
Implementação – saúde família. I. Título.

CDU 614.2-053.5/.7(817.2)

Ficha catalográfica elaborada pela biblioteca da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso

Permitida a reprodução parcial ou total desde que citada a fonte.

CLAUDIA ZANELLA
SANDRELY SOUZA LOPES

IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM CAMPOS DE JÚLIO

Monografia apresentada à Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, como requisito obrigatório para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, sob a Coordenação Estadual da Ms. Eloá de Carvalho Lourenço.

Aprovada em 03 de Outubro de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ms. Nídia Fátima Ferreira
Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso
Orientadora

Prof^a Ms. Vanessa Thais Bonfim Vilas Boas
Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso

Prof^a. Ms. Elite B. Saragiotto
Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso

Dedicamos este trabalho as pessoas que lutam diariamente ao nosso lado, transmitindo fé, amor, alegria, determinação, paciência e coragem, tornando nossos dias mais felizes e bonitos. Aos nossos familiares, principalmente aos nossos pais, sem vocês não seríamos nada.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, pela vida, por estar sempre em nosso caminho, iluminando e guiando às escolhas certas.

A nossa família que sempre nos apóia em momentos felizes e tristes, pela paciência, pelo sofrimento com nossa ausência durante a participação nos módulos do curso durante os dois anos e na elaboração desta monografia.

À Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, onde encontramos oportunidade para aprimorarmos nossos conhecimentos e melhorarmos nossa prática de trabalho diária. Aos gestores municipais de Conquista D'Oeste – MT, por nos oferecer um ambiente acolhedor e com ótima infraestrutura, para a realização do curso.

Ao coordenador do curso Alyrio Metello Filho, por sua dedicação e disponibilidade, estando presente em todos os momentos nas horas de estudo e também nos momentos de lazer longe de nossos lares.

Aos professores, especialmente ao Alyrio Metello Filho e Neudson Johnson Martinho, eles muito contribuíram em nosso crescimento profissional, aprendemos e obtivemos elementos fundamentais para a conclusão deste curso, a nossa orientadora Nídia Fátima Ferreira, que com tanta presteza colaborou na construção desta monografia.

Aos colegas de classe, com quem convivemos, trocamos experiências, construímos novas amizades e tivemos momentos de muita alegria.

Aos nossos amigos e colegas de trabalho, especialmente Cristian Eduardo Bonapaz e Fabiana Pegorer que tanto nos ajudaram na execução do documento que nos inspirou na realização deste trabalho de conclusão de curso.

Aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde, do Executivo e Legislativo, especialmente a secretária municipal de saúde, Rosangela da Silva Ferreira, nos dando abertura para exposição de ideias e apoiando no que foi necessário.

E finalmente agradecemos a clientela da Unidade de Saúde da Família, pois também nos serviram de inspiração para buscar qualificação profissional por meio da especialização em saúde da família.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo descrever como se deu a implementação da Estratégia Saúde da Família no município de Campos de Júlio, tendo como intuito identificar as áreas críticas do modelo até então ofertado e propor estratégias de ação para mudança. Trata-se de um trabalho documental, baseado em documentos da situação de saúde do município de Campos de Júlio. Foram descritas as principais áreas críticas que inviabilizavam a efetivação das ações da Estratégia Saúde da Família, sendo posteriormente apresentado aos gestores, profissionais do setor saúde e população. O trabalho expõe também propostas para fortalecimento da Atenção Básica, envolvendo, melhoria da estrutura física, ampliação dos recursos humanos, implantação de outra Estratégia Saúde da Família e implementação do modelo, apresenta os resultados obtidos a partir do trabalho e as implicações destes na Estratégia Saúde da Família.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia Saúde da Família, Atenção Básica e Implementação.

LISTA DE SIGLAS E SÍMBOLOS

ACS	Agente Comunitário Saúde
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEMUS	Gestão Municipal de Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UMI	Unidade Mista Integrada

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
OBJETIVOS.....	11
CAPÍTULO I – IMPLEMENTAÇÃO.....	12
CAPÍTULO II – MODELOS ASSISTENCIAIS.....	17
CAPÍTULO III – ATENÇÃO BÁSICA.....	21
CAPÍTULO IV – PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	25
CAPÍTULO V – METODOLOGIA.....	29
V.I TIPOS DE PESQUISA: DESCRITIVA E DOCUMENTAL.....	29
V.II COLETA DE DADOS.....	32
V.III ANÁLISE DOS DADOS.....	34
CAPÍTULO VI – RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	36
VI.I CATEGORIA (A) – PARTICIPAÇÃO SOCIAL E DEMANDAS SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	37
VI.II CATEGORIA (B) – LEVANTAMENTO TÉCNICO, DEMANDAS DOS PROFISSIONAIS SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	39
VI.III CATEGORIA (C) – ATRIBUIÇÕES E DEMANDAS DA GESTÃO.....	42
CAPÍTULO VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46

INTRODUÇÃO

O município de Campos de Júlio, assim como no restante do país, ao longo do tempo teve predomínio de um modelo de saúde tradicional, assistencialista, ofertando atendimento em uma unidade mista integrada de saúde, onde atua a Estratégia Saúde da Família, juntamente com pronto atendimento e unidade hospitalar. Por esse motivo houve uma descaracterização do atendimento da ESF, que deixou de exercer seu papel, impossibilitando a mudança do modelo tradicional assistencialista para o modelo de promoção da saúde.

Essa situação motivou a elaboração do trabalho que tem como principal objetivo, descrever como ocorreu a implementação da Estratégia Saúde da Família em Campos de Júlio.

A partir destas considerações, visa-se responder a seguinte pergunta: Que fatores têm dificultado a implementação da Estratégia Saúde da Família no município de Campos de Júlio?

Parte-se da hipótese que por meio do levantamento da situação de saúde do município bem como das situações que dificultam a implementação da Estratégia Saúde da Família, o trabalho poderá ser instrumento de apoio às mudanças necessárias para a efetivação dessas.

Conforme a portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011, a Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do sistema único de saúde.

Deve ter caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica tradicional, atuar no território definido, ter como foco a família e a comunidade.

Define também que o município tem por responsabilidade garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das equipes de saúde da família, de saúde

bucal e das unidades básicas de referência dos agentes comunitários de saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas.

Uma equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, não podendo exceder o número de 12 ACS por equipe de saúde da família.

A relevância desta pesquisa contribui, diretamente, para reorganização da atenção básica no município, considerando que esta deve dar resolutividade a 85 % dos problemas de saúde. Justifica-se que por meio da implementação da Estratégia Saúde da Família será possível promover a saúde e qualidade de vida, diminuir morbimortalidade, diminuir custos, proporcionando envolvimento e satisfação dos usuários.

OBJETIVO

Descrever como ocorreu à implementação da Estratégia Saúde da Família em Campos de Júlio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o modelo da atenção básica à saúde oferecida no município;
- Identificar áreas críticas do atual modelo de atenção à saúde;
- Sugerir propostas para modificação da realidade no âmbito da atenção à saúde.

Capítulo I – Implementação

A implementação pode ser definida como um conjunto complexo de relações entre formuladores e implementadores, sendo que os implementadores geralmente exercem diferentes posições na máquina governamental, cujas vontades, interesses, lealdades e concepções ideológicas dificilmente são inteiramente coincidentes (MARTES et al, 1999).

Martes et al., (1999) ainda afirma que a implementação é a etapa em que a política formulada se transforma em programa e, em geral, obedece aos objetivos e diretrizes expressos em uma legislação de caráter geral e/ou em normas regulamentadoras. Enquanto, Lindblom (1981), complementa que nenhum texto cobre completamente todas as possibilidades, por isso, na prática a fase de implementação não constitui em simples execução de ações previamente desenhadas, mas um processo de renegociações de acordo com as eventualidades.

Para alguns autores, a implementação refere-se a todo processo iniciado com o estabelecimento da política até o seu impacto; para outros, a implementação não se confunde com o produto, sendo basicamente um processo com uma série de decisões e de ações postas pela autoridade legislativa central. (PEREZ, 1999)

Ainda afirma que alguns autores têm destacado que a participação das pessoas/implementadores em diversas comunidades e grupos de relacionamentos é essencial para a implementação. No entanto, há uma concepção, de que os implementadores cumpririam funções prescritas em obediência a normas e a uma hierarquia, buscando sempre a eficiência. A política seria executada de "cima para baixo" de forma organizada e hierárquica, não havendo qualquer tipo de interação ou atrito entre formuladores, pertencentes à esfera política, e implementadores, funcionários da burocracia governamental. Baseado nisso, estudos abordam que o período de implementação necessita de superação enquanto processo linear,

administrativo e meramente executório. (HOGWOOD e GUNN, 1984; PEREZ, 1999; MENY e THOENIG, 1992).

A formulação e implementação de políticas referem-se à ação governamental, têm por objeto atingir um grupo de cidadãos ou a população como um todo e, por finalidade, causar algum tipo de impacto a curto, médio ou longo prazo.

Para Lindblom (1981), nenhum formulador pode enunciar completamente as políticas, pois o texto legal, normalmente, não cobre todas as contingências, os executores de políticas, muitas vezes, recebem instruções conflitantes de mais de uma fonte, além disso, a existência de políticas conflitantes a cargo dos administradores pode levá-los a estabelecer suas próprias políticas. Ressalta ainda que, a disponibilidade de recursos pode não ser condizente com as necessidades do projeto, levando administradores a priorizar alguns projetos em detrimento de outros, os burocratas estão sujeitos a certo desvio, em razão de incentivos pessoais que podem ser divergentes com a regra da obediência.

Sendo assim, afirma que ainda que a etapa de implementação se constitua em processo fundamentalmente administrativo, as decisões tendem a ser alteradas, pois os administradores estariam em situação de participantes no processo decisório.

Para Hogwood e Gunn (1984), nenhuma implementação é "perfeita". Para tal, seriam necessárias as seguintes condições: controle das circunstâncias externas, recursos humanos suficientes e capacitados, atualização de recursos, poucas agências envolvidas no processo, clareza e concordância dos objetivos, etapas bem especificadas, perfeita comunicação e coordenação entre agências envolvidas e aceitação da autoridade enquanto forma de controle sobre o processo.

Considerando a implementação da ESF, observa-se a necessidade de condições importantes no processo, tais como:

- Controle de circunstâncias externas, são inúmeros os fatores que podem influenciar na implementação da ESF, como exemplo podemos citar normas e políticas municipais, estaduais e federais, além de circunstâncias do cotidiano

como clima, hábitos e culturas locais, ambiente da área de abrangência, dentre outros.

- Quanto aos recursos humanos é necessário que sejam capacitados e em quantidade suficiente, sendo condição essencial para uma boa implementação. Deve-se considerar também que a realização de concurso público e a estabilidade profissional são de suma importância para atender ao objetivo da ESF de continuidade da assistência e conhecimento da população adscrita. Percebe-se que atualmente os municípios em sua maioria conseguem a manutenção dos profissionais de saúde exceto dos profissionais médicos, os quais persistem grande rotatividade influenciando negativamente no processo.
- Os recursos financeiros necessários à implementação geram constantes conflitos políticos entre os níveis governamentais na disputa de verbas por um lado, e por outro. Os gestores municipais afirmam que após a política de descentralização do SUS os municípios arcam com a maioria dos gastos e que os repasses financeiros dos outros níveis somados a parcela de obrigatoriedade municipal são insuficientes. Por outro lado, autores rebatem que um dos desafios que se impõe na implementação é o compromisso das autoridades setoriais de conhecer a situação de saúde e os principais agravos à saúde da população no âmbito municipal, a fim de definir prioridades e estratégias, podendo assim, administrar melhor os recursos.
- Em relação à estrutura física ela deve ser apropriada e condizente com as atividades de uma ESF, na portaria 2.488/2011 define que o município tem por responsabilidade garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das equipes, além de insumos e materiais suficientes e adequados, algo que diversas vezes não ocorre.
- Quanto à clareza e concordância dos objetivos, apesar da ESF ter uma política definida desde 1997 havendo várias evoluções, sendo a mais importante, deixou de ser programa passando a ser definido como estratégia, no entanto, observa-se na prática que às vezes persiste o modelo anterior, os objetivos da estratégia

ainda sofrem interferência de fatores políticos, econômicos, culturais tanto da população quanto dos profissionais envolvidos, bem como dos gestores.

Entretanto, se por um lado os técnicos e gestores possuem certa autonomia para traçar estratégias e implementar ações, por outro estão subordinados ao poder executivo municipal, cujos interesses podem não ser condizentes com as metas estabelecidas e modificações desenhadas pelas autoridades. A ação dos técnicos está ainda limitada por regras e normas estabelecidas em outras esferas de governo, em particular as econômico-financeiras. Logo, especificamente no caso da saúde, a autonomia da burocracia municipal é reduzida (CUNHA, 2001).

Para Cunha (2001), o fato de o gestor e técnicos que possuem maior poder de decisão, exercerem cargos de confiança, interferem na implementação. Muitas vezes, a permanência deles no cargo depende da concordância com determinadas regras e decisões que vão ao encontro de interesses partidários, pessoais, ou de qualquer outra ordem que podem ser contrários à ideologia que rege os princípios e diretrizes do SUS. Além disso, essa característica dos cargos de confiança e as mudanças da gestão municipal quando há eleições, também contribuem para que haja interrupções na implementação de determinadas ações ou modificações nas metas pactuadas.

É necessário observar que os técnicos da gestão municipal também exercem parcela de poder de decisão e de interferência no processo, pois, os diretores de unidade podem igualmente ser compreendidos como atores da fase de implementação, embora inseridos na hierarquia burocrática maior. Sendo assim, as decisões destes podem implicar em modificações no rumo de ações.

Hogwood & Gunn (1981) afirmam a necessidade de monitoramento da etapa de implementação. Para a viabilidade desse acompanhamento, faz-se necessária a especificação dos objetivos e estratégias do programa na fase anterior, já que não se pode medir o que não está especificado. Ressaltam ainda que o interesse pelo estudo da implementação surgiu a partir da constatação de que as políticas não eram executadas conforme o prescrito, contrastando com o pressuposto de que as decisões

tomadas pela autoridade competente seriam cumpridas (PEREZ, 1999; HOGWOOD e GUNN, 1984).

Meny e Thoenig (1992) consideram que o estudo da etapa de implementação das políticas públicas deve ocorrer enquanto esta se desenvolve, a fim de possibilitar a observação dos fatos em sua diversidade e evolução em tempo real. Ressaltam também as seguintes dificuldades para analisar a etapa de implementação: a multiplicidade de atividades a serem executadas; a repartição destas em um período relativamente longo, cujos limites relativos ao princípio e ao final são imprecisos; e a quantidade de agentes e organizações envolvidas. Visando à superação de tais dificuldades, propõe-se que a coleta de dados contemple várias fontes, através de diversos métodos como: discussão com os atores envolvidos, observação participante, anotações de campo, entrevistas estruturadas para completar observações, análise de documentos administrativos e de notas divulgadas pela imprensa, com posterior confronto das informações obtidas.

Por fim, a implementação pode ser considerada como a execução da política formulada e dos modelos assistenciais de saúde, tende a apresentar conflitos diferentes daqueles da fase de formulação, derivados de diversos fatores, como: a quantidade de modificações envolvidas, a participação ou não de implementadores na fase de formulação e a dependência de vários órgãos para sua efetivação (LINDBLOM, 1981).

Capítulo II – Modelos Assistenciais

Historicamente os modelos assistenciais na saúde são mutantes, esse processo vem ocorrendo no Brasil, sendo que as mudanças mais significativas começaram a acontecer com a reforma sanitária culminando nas discussões e decisões da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 e na garantia de saúde como direito de todos na Constituição Federal de 1988. No entanto esse processo de mudança no modelo assistencial brasileiro ainda vem ocorrendo, para essa efetivação foi necessário o incentivo a descentralização, regionalização e outros. Os municípios brasileiros passaram a gerir o recurso financeiro da saúde por meio de repasse fundo a fundo.

O modo como as ações de atenção a saúde de uma sociedade são organizados é considerado como o modelo assistencial ou modelo de atenção, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade.

Segundo Paim (1999), os modelos assistenciais são a organização das combinações de tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde. Alguns modelos alternativos vêm sendo desenvolvidos no país, tais como: oferta organizada ou programada, vigilância da saúde, ações programáticas de saúde, saúde da família, etc.

Para Teixeira (2000), um modelo de atenção não é simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar um sistema de saúde, são formas de organização das relações entre sujeitos, profissionais de saúde e usuários, mediadas por tecnologias materiais e não materiais, utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo objetivo é intervir sobre problemas e necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

O tema de qualquer modelo de atenção à saúde faz referência não há programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos. (MERHY, 2004)

Teixeira (2000), considera que nenhuma das propostas e experiências de modelos assistenciais em processo no país dá conta, sozinha, de todos os aspectos envolvidos nessa problemática. São respostas parciais e o desafio é difundir, multiplicar e institucionalizar as propostas alternativas que vem sendo desenvolvidas em vários estados e municípios das diversas regiões do país, sendo assim, destaca-se os seguintes modelos de atenção ou de intervenção:

- Ações programáticas de saúde que compreendem a utilização de programas como instrumento de redefinição do processo de trabalho em saúde, tomando como ponto de partida a identificação das necessidades sociais de saúde da população que demanda os serviços das unidades básicas;
- Programas de Saúde da Família: incluem ações territoriais que extrapolam os muros das unidades de saúde, enfatizando atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, com ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários;
- Acolhimento: estabelecimento de vínculos entre profissionais e clientela, implica mudanças na “porta de entrada” da população aos serviços com introdução de mudanças na recepção do usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços, de modo a incluir atividades derivadas na “releitura” das necessidades sociais de saúde da população;
- Vigilância da Saúde: inclui o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, a implantação de ações de vigilância

nutricional dirigidas a grupos de risco, a vigilância na área de saúde do trabalhador, levando em conta os ambientes de trabalho e os riscos ocupacionais, a vigilância ambiental em áreas específicas de risco epidemiológico, sem perder de vista a necessidade de reorientação das ações de prevenção de riscos e de recuperação da saúde, isto é, a própria assistência médico ambulatorial, laboratorial e hospitalar;

- O movimento Cidades Saudáveis, fomentado pela Organização Mundial de Saúde desde 1986, objetiva o estabelecimento de políticas públicas urbanas, voltadas à melhoria da qualidade de vida, com ênfase na intersectorialidade e na participação social;
- Promoção da saúde: as medidas de promoção se aplicam, essencialmente, à melhoria das condições e estilos de vida de grupos populacionais específicos, apoiando-se amplamente em atividades de educação e comunicação em saúde e na formulação de “políticas públicas saudáveis” nas várias esferas de governo nacional, estadual e municipal;

Pelo exposto anteriormente, consideramos que as necessidades em saúde são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas e exigem, obviamente, que os serviços e a gestão em saúde sejam capazes de desenvolver estratégias também dinâmicas e extremamente sensíveis, capazes de passar dos arranjos rotineiros aos arranjos de risco, para escutar, retraduzir e trabalhar necessidades de saúde. Desta forma, as iniciativas governamentais no âmbito federal e estadual devem ter como eixo o fortalecimento do nível municipal espaço onde se pode apreender mais concretamente a situação de saúde da população tornando assim o processo dinâmico. (TEIXEIRA, 2000).

Contudo, pode-se concluir que os modelos assistenciais são quase sempre inacabados, e insuficientes para atender todas as necessidades de atenção a saúde, considerando isso, afirma Merhy (2004), que para se construir um sistema de saúde universal, equânime e de qualidade, deve-se persistir na aposta de buscar alternativas

diversas. Entendendo que a saúde é um território de práticas em permanente estruturação, onde é possível definir diversas alternativas não existindo apenas um formato único possível. Por se representar um território tenso e aberto, sempre podem emergir novos processos, podendo ser a chave para a permanente reforma do próprio campo de práticas, o que constitui em si desafios constantes.

Assim, o processo de mudança do modelo assistencial a saúde do tradicional para o de promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica no Brasil ainda vem ocorrendo, a adoção da Saúde da Família como estratégia para efetivação dessa política necessita ser constantemente avaliada, e implementada continuamente, afim de buscar a qualidade da assistência à saúde proposta.

Capítulo III – Atenção Básica

Na Portaria nº 2.488/2011 do Ministério da Saúde define os conceitos da atenção básica no Brasil:

[...] A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

A mesma portaria afirma que a estratégia Saúde da Família deve ter caráter substitutivo, atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo.

Deve ainda desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional, tendo como foco a família e a comunidade, buscando a integração com instituições e organizações sociais, e finalmente ser um espaço de construção de cidadania.

Define também que o município tem por responsabilidade garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das equipes de saúde da família, de saúde bucal e das unidades básicas de referência dos agentes comunitários de saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas.

Visando substituir o modelo tradicional médico-hospitalocêntrico, a fim de levar a saúde mais próxima das famílias, foi implantada no início da década de 90, no Brasil, o Programa de Saúde na Família (PSF), atualmente chamado de Estratégia Saúde da Família. Com o PSF se estabeleceu um vínculo de corresponsabilidade entre os profissionais e a comunidade nas ações que visam à prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Uma equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, não podendo exceder o número de 12 ACS por equipe de saúde da família. (BRASIL, 2006)

Desde sua criação em 1994 pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), foi formulado como uma estratégia para transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil, atualmente a maioria dos municípios brasileiros possuem ESF implantadas, houve uma ampliação da oferta de serviços básicos em todo o país.

Contudo, a atenção básica, com exceção de um número ainda inexpressivo de situações, pouco avançou na ampliação do tipo de ações ofertadas em cada Unidade Básica de Saúde (UBS), na qualidade, no volume, na continuidade das ações e nos resultados à população, não alcançando o parâmetro universal de resolução de 90% dos problemas de saúde demandados neste nível (COSTA et al, 2009).

De acordo com Silva e Caldeira (2010) a ESF ao longo dos anos tem contribuído de forma significativa para a melhoria dos indicadores de saúde no país. No entanto, é difícil avaliar a efetividade da estratégia em relação ao seu objetivo de reestruturação do modelo assistencial. Porém não é possível perceber os alcances e limites desta estratégia, sem ferramentas avaliativas adequadas.

Para Costa et al., (2009) percebe-se que um dos desafios para implementação das diretrizes da ESF consiste em envolver os profissionais no processo de reorientação do trabalho em saúde. Por que uma estratégia respaldada em um modelo teórico expressivo, capaz de modificar aspectos medulares importantes do sistema de saúde, não estaria sendo resolutive. Assim, conclui Costa et al (2009),

Remodelar a assistência à saúde implica modificar o processo de trabalho e estas são questões que foram colocados em pauta a partir da implantação e construção do PSF no cotidiano dos municípios e localidade. É fato que a sua implantação por si só não garante que o modelo assistencial esteja sendo modificado, mas com certeza já nos leva a refletir sobre mudanças necessárias e urgentes na forma de agir e implementar ações e serviços no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

A Estratégia Saúde da Família tem por desafio viabilizar-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais, e embora tenha crescido significativamente e seja o principal modelo no país. Vive, com isso, um paradoxo: ao mesmo tempo em que cresce, desvenda importantes fragilidades inerentes a processos de mudança. Em relação às práticas profissionais, estas não conseguem atender adequadamente as novas necessidades de prestação dos cuidados de saúde como integralidade, visão ampliada do processo saúde doença, formação de vínculos, abordagem familiar e trabalho em equipe. O mesmo ocorre em relação à gestão do sistema, lógica quantitativa da produção, rigidez nos processos de trabalho, fixação das equipes, normatização excessiva, baixa capacidade de inovação gerencial, grande dependência dos serviços secundários, referência e contra referência. (GIL, 2006).

Por isso é fundamental a reorganização local, considerando as características em relação à estrutura física, recursos humanos e perfil socioeconômico, afim de que cada município consiga efetivar a descentralização com um modelo de saúde próprio sem perder a característica principal.

Segundo a Constituição Federal/1988, na seção que trata da saúde, define que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constitui um sistema único, esse sistema necessita ser organizado

seguindo as diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

Como já citado a ESF veio pra reorganizar a atenção básica e mudar o modelo de um enfoque médico hospitalocêntrico para o de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Para que haja essa mudança também é necessário o envolvimento de todos os atores sociais responsáveis, sendo fundamental o controle social.

Um grande avanço na consolidação dos princípios do SUS foi o surgimento da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96, esta deu ao poder municipal a função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes tendo por objetivo promover e consolidar o pleno exercício destes, ela redefine também as responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União.

Além disso, a NOB/96 aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, sendo essencial ao processo de descentralização, quando definiu o papel de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única. Afirma também que independentemente da gerência dos estabelecimentos de saúde, a gestão de todo o sistema municipal é de competência exclusiva do poder público, respeitando a participação popular por meio dos conselhos de saúde. Assim, nesta NOB, gerência é conceituada como a administração de uma unidade, enquanto, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde. Essa responsabilidade, no entanto, não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde, ou seja, a participação social.

Capítulo IV – Participação Social

A Participação social é uma forma de controle que possibilita a população, através de seus representantes, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as políticas de saúde.

A Lei Orgânica da Saúde estabelece duas formas de participação da comunidade na gestão do SUS: as **Conferências** e os **Conselhos de Saúde**. As conferências são fóruns amplos, onde se reúnem usuários do SUS, profissionais de saúde, dirigentes, prestadores de serviços de saúde, parlamentares e outros, para "avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde" nos três níveis de governo (Artigo 1o, § 1o, Lei 8.142/90). Em nível nacional, as conferências devem ser realizadas de 4 em 4 anos. Nos níveis estaduais e municipais, de 2 em 2 anos. São convocadas pelo poder executivo e, extraordinariamente, pelos conselhos de saúde nos respectivos níveis. (BRASIL, 1994)

Coelho (2009) destaca que a participação social é um dos princípios do SUS, implica a incorporação de aspectos de ordem organizacional e a adoção de uma postura ética política de caráter democrático. Sendo assim, representam estratégias democráticas capazes de promover a ruptura com a tradição centralizadora do Estado brasileiro.

Esse processo tem a população como agente primordial, para tanto, a lei 8.142/90 tornou-se um marco na efetivação do direito do controle social aos brasileiros, assim o usuário do serviço passou a ter o direito, bem como o dever de deliberar, sobre o planejamento, formulação, execução e fiscalização das ações de saúde, bem como da gestão financeira e administrativa do SUS.

Logo após, com a implantação do Programa Saúde da Família ainda na década de 90, a atuação do controle social se fortaleceu, pois como a equipe deve atuar em território adscrito com conhecimentos da população e mantendo vínculo esta exerce maior participação e controle das ações de saúde.

Fontineli (2003), ressalta que:

O programa [PSF] incentiva uma maior organização e institucionalidade dos mecanismos de representação da comunidade, aumentando, portanto, as possibilidades de participação e controle da população sobre as ações públicas, tendo em vista o estímulo dado pelo próprio SUS à participação na formação de políticas de saúde e ao controle dessas no nível local, através dos conselhos municipais e estaduais de saúde.

Assim, quando se fala em controle social, as conferências surgem como uma das arenas na qual a participação social se antecipa à formulação de políticas públicas, pois se volta para desenhar os princípios, diretrizes e pressuposto que devem orientar todo o processo de formulação de políticas de saúde no período seguinte, afirma também que os conselhos de saúde em níveis municipal, regional e estadual, indicam uma preocupação com a descentralização da participação, com sua aproximação a todos os níveis em que há prática decisória e a concretização do sistema de saúde. Quanto à participação dos conselhos na gestão do SUS atenta-se para o fato de que cabe aos conselheiros participar da gestão, e não apenas acompanhar e fiscalizar o sistema, ainda que essas ações estejam inseridas nessa participação. (GUIZARDI et al., 2004)

Lopes e Almeida (2001), também afirmam que os conselhos municipais de saúde são instâncias colegiadas e de caráter permanente e deliberativo, com a função de atuar na proposição e controle de políticas de saúde nessa esfera de governo. Representam, portanto, instâncias com o potencial de modificar as relações do Estado com a sociedade, promovendo uma ampliação e reordenamento dessas relações, com vistas a implementar as políticas do setor saúde.

A Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, define no parágrafo primeiro, artigo segundo, o papel dos conselhos: Atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, incluídos os aspectos econômicos e financeiros.

Ela define a forma de composição dos conselhos, que conterá os seguintes segmentos: governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Define ainda a paridade da composição, 50% do número total de conselheiros serão de

representantes dos usuários enquanto os outros 50% serão de representantes dos demais segmentos. Neste caso, o Conselho Nacional de Saúde recomenda que as vagas sejam distribuídas da seguinte maneira: 25% para trabalhadores de saúde e 25% para prestadores de serviços públicos e privados.

O conselho de saúde tem entre suas atribuições:

- Fiscalizar a movimentação de recursos repassados à secretaria de saúde e/ou fundo de saúde;
- Propor critérios para a programação e para as execuções financeiras e orçamentárias dos fundos de saúde, acompanhando a movimentação e destinação de recursos (Resolução nº 33 do CNS, 1992).

Embora os conselhos tenham legalmente estabelecidos suas atribuições e objetivos, na realidade, observa-se que alguns conselhos de saúde têm se conformado como mera formalidade no cumprimento da legislação vigente, ou ainda, atuam apenas para legitimar as decisões dos gestores, deixando de cumprir seu papel deliberativo, bem como de exercerem a democracia conquistada. Alguns gestores desconsideram a representatividade e legitimidade dos conselhos, ignorando assim as necessidades da população (COELHO et al., 2009).

Vale lembrar que o controle social quando atuante, tem o poder de interferir na gestão da saúde, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade. O que é público deve estar sobre o controle dos usuários: O controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e, sim refletir-se no real poder da população em modificar planos, políticas, não só no campo da saúde (RELATÓRIO FINAL 9ª CNS, 1992).

A participação da população enriquece o processo de construção do SUS, pois possibilita o envolvimento de fatores da realidade individual e social de diferentes culturas e modos de ver a saúde, pelo compromisso de cada sujeito em contribuir para a resolução de seus problemas. Deve-se considerar que esse direito torna a população protagonista na gestão do sistema. Dessa forma, ocorre um processo de articulação entre atores sociais com olhares distintos sobre a realidade, sendo eles portadores de

interesses diversos nem sempre convergentes e harmônicos, em que estão presentes disputas de poder, conflitos e negociação, mas, essas discussões necessitam respeitar os princípios e diretrizes de um sistema de saúde público equânime e resolutivo (ASSIS, 2003).

Percebe-se ainda que a participação da comunidade na gestão do SUS estabelece uma nova relação entre o Estado e a sociedade, de forma que as decisões do Estado sobre o que fazer na saúde terá que ser negociadas com os representantes da sociedade, uma vez que eles são quem melhor conhecem a realidade de saúde das comunidades. Por isso ela é entendida como uma das formas mais avançadas de democracia (BRASIL, 1994).

Para Coelho et al., (2009) apesar de a participação social representar uma conquista de cidadania, ainda existem limites para a sua efetivação como a falta de sistematização nas discussões dos conselhos, a falta de respeito às deliberações dos conselhos, além da possível ausência de uma cultura de participação social que são observados pela falta de motivação dos usuários em participar desses espaços de gestão compartilhada.

Considera-se por um lado a necessidade de uma maior conscientização política dos cidadãos e uma participação mais ativa na reivindicação de direitos e proposição de mudanças na organização das ações e serviços de saúde. Por outro lado, a atuação do poder público no sentido de que a construção de espaços de participação social não seja mero cumprimento da determinação legal. (COELHO et al., 2009)

Capítulo V – Metodologia

V.I – Tipo de Pesquisa: Descritiva e Documental

A presente pesquisa trata-se de um estudo documental, cuja fonte de coleta de dados refere-se a documentos denominados de fonte secundária, quanto à sua natureza será uma pesquisa qualitativa, do ponto de vista de seus objetivos será descritiva e em relação aos procedimentos técnicos, documental e bibliográfica. Em relação à análise de conteúdo o material da pesquisa será analisado por meio de análise temática sendo utilizado como guia referencial (MINAYO, 1992).

O trabalho foi realizado a partir de fontes secundárias, por meio das atas de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde, Relatório Final da IV Conferência Municipal de Saúde de Campos de Júlio e Relatório “A Situação da Saúde Pública em Campos de Júlio”.

De acordo com Gil (2008), as pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência. Por exemplo, quais as características de um determinado grupo em relação a sexo, faixa etária, renda familiar, nível de escolaridade etc. A pesquisa descritiva pode estabelecer relações entre variáveis. Ao final de uma pesquisa descritiva, você terá reunido e analisado muitas informações sobre o assunto pesquisado. A diferença em relação à pesquisa exploratória é que o assunto pesquisado já é conhecido. A grande contribuição das pesquisas descritivas é proporcionar novas visões sobre uma realidade já conhecida. Ela geralmente assume a forma de levantamentos e permite estabelecer relações de dependência entre variáveis, é possível generalizar resultados.

Há controvérsias quanto à formulação de hipóteses para sustentar a pesquisa descritiva, alguns autores indicam que ela não é elemento essencial no

desenvolvimento desse tipo de pesquisa, por outro lado autores como Lakatos e Marconi (1996) fazem referência expressa à formulação de hipóteses no estudo descritivo, ao afirmar que uma pesquisa descritiva pode ser um estudo de verificação de hipóteses, o qual contém hipóteses explícitas a serem verificadas, derivadas da teoria, consistindo-se em caso de associação de variáveis.

A pesquisa descritiva tem por finalidade observar, registrar e analisar os fenômenos sem, entrar no mérito de seu conteúdo. A escolha por esse tipo de pesquisa se deu por este fato e também por ter como objetivo principal descrever e analisar a relação entre fatos e fenômenos. Na pesquisa descritiva não há interferência do investigador, que apenas procura observar, registrar, analisar, categorizar e interpretar os fatos.

Pesquisa documental é muito semelhante com a pesquisa bibliográfica, o que difere ambas essencialmente é a natureza das fontes, utilizam-se de dados já existentes, no entanto enquanto a bibliográfica baseia-se em material elaborado por autores, a documental fundamenta-se de todo tipo de documentos, tais como, documentos de órgãos públicos e instituições privadas, associações científicas, igrejas, sindicatos, partidos políticos etc. Incluem-se também documentos como, cartas pessoais, diários, fotografias, gravações, memorandos, regulamentos, ofícios, boletins etc. São os chamados documentos de “primeira mão”, pois não receberam ainda nenhum tratamento analítico. (GIL, 2010)

A pesquisa documental apresenta a vantagens e desvantagens, a principal desvantagem refere-se a não representatividade e a subjetividade dos documentos. Já a principal vantagem é o fato de não exigir contato com os sujeitos da pesquisa, e existe alguns casos em que é muito difícil ou até mesmo impossível fazer tal contato. Além disso, os documentos constituem uma fonte rica e estável de dados que sobrevivem ao longo do tempo e são importante fonte de dados em pesquisa histórica, além de apresentarem um baixo custo. Ele também afirma que uma pesquisa documental pode não responder definitivamente a um problema, mas podem proporcionar uma visão mais clara do problema, ou então levantar hipóteses a serem

testadas por outros meios, por isso, é importante que o pesquisador seja cauteloso na elaboração de suas conclusões definitivas. (GIL, 2010)

V.II – Coleta dos Dados

Os documentos utilizados para a coleta de dados foram atas das reuniões da secretaria municipal de saúde de Campos de Júlio/MT, no período de janeiro a agosto de 2011, relatório final da IV Conferência Municipal de Saúde de Campos de Júlio/MT, do ano de 2011, relatório “A Situação da Saúde Pública em Campos de Júlio” - 2011 e relatórios de reuniões das micro áreas realizadas em 2011.

Segundo o relatório final IV Conferência Municipal de Saúde de Campos de Júlio - MT, do ano de 2011, realizada de 30 de junho a 01 de julho de 2011, em Campos de Júlio – MT, tendo como tema central: “Todos usam o SUS! SUS na seguridade Social, Políticas Públicas e Patrimônio do Povo Brasileiro”, o tema central foi discutido em quatro eixos temáticos: I Políticas de Saúde na Seguridade Social; II Participação da Comunidade e Controle Social na Seguridade dos Direitos a Saúde; III Gestão do SUS: Financiamento e Sustentabilidade e IV Modelo de Atenção à Saúde em Campos de Júlio.

Para este estudo, foi priorizado o Eixo IV - Modelo de Atenção à Saúde em Campos de Júlio, neste foram deliberadas nove propostas, com relação ao tema demonstrando as demandas da sociedade sobre os serviços de saúde.

O relatório, “A Situação da Saúde Pública em Campos de Júlio” de 2011, foi utilizado para este estudo, ele descreve sobre estrutura física dos serviços de saúde, recursos humanos, despesas, apontando os principais problemas e sugestões para melhoria.

Após levantamento dos dados, foi realizada a fase de exploração das atas das reuniões da secretaria municipal de saúde de Campos de Júlio/MT, o relatório final da IV Conferência municipal de Saúde de Campos de Júlio/MT, o relatório “A Situação da Saúde Pública em Campos de Júlio” e os relatórios de reuniões de micro área.

Buscou-se por meio de uma leitura detalhada delinear a temática em questão, passando assim para a segunda fase, análise da temática do conteúdo, nesta foi demarcado os núcleos de sentido e suas principais categorias.

Concluiu-se a última etapa com a fase interpretativa, analisaram-se as relações críticas entre as ideias nos documentos, explícitas e implícitas, além do contexto científico representado pelo referencial teórico.

V.III – Análise dos Dados

Para Bardin (1979), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não, que permitem a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Para Minayo (2008), por meio da análise de conteúdo, podemos caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado. Minayo explica a conceituação de Bardin (1979), mencionando que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas, indicando que há várias maneiras para analisar conteúdos de materiais de pesquisa. Destacam-se as seguintes: (a) análise de avaliação ou análise representacional; (b) análise de expressão; (c) análise de enunciação; (d) análise temática.

Minayo (2008), ainda afirma que a análise temática, procura abordar o conceito central do tema, este pode ser apresentado graficamente por meio de uma palavra, uma frase, um resumo, ela cita Bardin (1979), trabalhar com análise temática:

“Consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa o objetivo analítico escolhido”.

Neste trabalho utilizaremos a modalidade da análise temática, por meio da categorização dos dados, podemos considerar a categorização como:

Uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos. (BARDIN, 1997)

Foi considerado como critério para a categorização, o que os temas tinham em comum uns com os outros e a pertinência do assunto:

Uma categoria é considerada pertinente quando está adaptada ao material de análise escolhido, e quando pertence ao quadro teórico definido. Na pertinência (pertinens: que diz respeito a relativo a...) há uma idéia de adequação óptima, o sistema de categorias deve refletir as intenções da investigação, as questões do analista e/ou corresponder às características das mensagens. (BARDIN, 1997)

Considerando a necessidade de investigação e entendimento sobre como o ocorreu à implementação da Estratégia Saúde da Família em Campos de Júlio, foram analisadas as deliberações do eixo temático IV - Modelo de Atenção à Saúde em Campos de Júlio, da IV Conferência Municipal de Saúde, os levantamentos do relatório “A Situação da Saúde Pública em Campos de Júlio”, além das abordagens nas reuniões de micro área.

De acordo com a estruturação desses dados foram organizadas três categorias, sendo respectivamente:

Categoria (A) – Participação social e demandas sobre os serviços de saúde;

Categoria (B) – Levantamento técnico, demandas dos profissionais sobre a Estratégia Saúde da Família;

Categoria (C) – Atribuições e visão da gestão.

As três categorias foram investigadas por meio da leitura e análise dos documentos já citados, a primeira categoria refere-se à participação social na IV Conferência Municipal de Saúde e as demandas provenientes desta, a segunda diz respeito ao levantamento realizado por profissionais de saúde a cerca da situação de saúde do município e a terceira visa demonstrar as atribuições e o entendimento dos gestores sobre a saúde do município.

Capítulo VI – Resultados e Discussões

A etapa mais difícil da pesquisa é a análise e discussão dos resultados. Ao final, o pesquisador constrói um relatório contendo todo o material gerado na discussão e um resumo dos aspectos mais importantes, além de acrescentar suas conclusões e recomendações. Os Resultados obtidos devem ser apresentados em ordem cronológica, estejam ou não de acordo com o ponto de vista do pesquisador. Podem ser acompanhados por tabelas, figuras, gráficos, etc. para maior facilidade de exposição. Recomenda-se que seja uma objetiva consideração dos resultados apresentados anteriormente e que conduza às principais conclusões. Neste item o autor tem maior liberdade de expressão, o que coloca em evidência a sua maturidade intelectual.

Conforme citado anteriormente serão analisadas três categorias: Categoria (A) – Participação social e demandas sobre os serviços de saúde, categoria (B) – Levantamento técnico, demandas dos profissionais sobre a Estratégia Saúde da Família e categoria (C) – Atribuições e visão da gestão. Elas analisadas por meio de documentos já referidos neste trabalho, a primeira categoria refere-se à Participação social na IV Conferência Municipal de Saúde e as demandas provenientes desta, a segunda diz respeito ao levantamento realizado por profissionais de saúde a cerca da situação de saúde do município e a terceira visa demonstrar as atribuições e o entendimento dos gestores sobre a saúde do município.

VI.I Categoria A – Participação Social e Demandas sobre os Serviços de Saúde

No quadro 1 estarão registradas as propostas da IV Conferência Municipal de Saúde de Campos de Júlio, Eixo IV - Modelo de Atenção à Saúde em Campos de Júlio, neste foram deliberadas nove propostas, sendo seis de competência do Nível Municipal.

Quadro 1 – Demonstrativo das deliberações do eixo IV – Modelo de Atenção à Saúde da IV Conferência Municipal de Saúde de Campos de Júlio/2011:

Propostas de Nível Municipal	
01	Construção de duas unidades de saúde da família, de acordo com os critérios do Ministério da Saúde;
02	Realizar processo seletivo público para agentes comunitários de saúde, para suprir a demanda existente e ter cota reserva;
03	Realizar capacitação para os profissionais da saúde, com educação continuada;
04	Efetivar a mudança do modelo de atenção à saúde em Campos de Júlio, por demanda planejada, fortalecendo a estratégia saúde da família;
05	Aquisição de um veículo para serviços na atenção básica;
06	Estruturar o setor de radiologia, conforme normas do Ministério da Saúde.

Fonte: Relatório da IV Conferência Municipal de Saúde de Campos de Júlio/2011

As Conferências são fóruns amplos, onde se reúnem representantes da sociedade (usuários do SUS), profissionais de saúde, dirigentes, prestadores de serviços de saúde, parlamentares e outros, para "avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde" nos três níveis de governo. Em nível nacional, as conferências devem ser realizadas de 4 em 4 anos. Nos níveis estaduais e municipais, de 2 em 2 anos. São convocadas pelo poder executivo e,extraordinariamente, pelos conselhos de saúde nos respectivos níveis (BRASIL, 2001).

Na IV Conferência Municipal de Saúde no eixo IV Modelo de Atenção a Saúde foi discutido sobre o modelo de atenção a saúde no município de Campos de

Júlio, após debates definiu-se as propostas para esse eixo, percebe-se que a sociedade identifica necessidade de várias adequações: em relação à estrutura física o serviço é oferecido em uma Unidade Mista Integrada de Saúde onde são ofertados os serviços de saúde da família, pronto atendimento e internação hospitalar no mesmo prédio, com uma mesma recepção. A proposta para resolução desse problema foi à construção de duas Unidades de saúde da Família. Além disso, observou-se também a necessidade de veículo destinado para os serviços da atenção básica como as visitas domiciliares por exemplo.

No que se refere aos recursos humanos discutiu-se intensamente a importância de capacitação continuada aos profissionais de saúde, necessidade de quantidade adequada de agentes comunitários de saúde e organizar a demanda dos serviços.

Para Coelho et al., (2009), o PSF, ao apresentar-se como estratégia de reorganização da atenção básica, toma como foco da atenção a família entendida e percebida a partir de seu território social. Pautado nas diretrizes do SUS, adota uma nova forma de organização do trabalho em saúde a ser produzido por equipe multiprofissional, tendo em vista o desenvolvimento de práticas de saúde mais integrais e resolutivas. Além disso, prevê a participação da comunidade junto à equipe na identificação dos problemas de saúde, das prioridades da comunidade, planejamento e avaliação do trabalho. Essa demanda nota-se é percebida pela comunidade ao apontar a proposta de efetivar a mudança do modelo de atenção à saúde em Campos de Júlio, por demanda planejada, fortalecendo a estratégia saúde da família.

VI.II Categoria (B) – Levantamento Técnico, Demandas dos Profissionais Sobre a Estratégia Saúde da Família

Registram-se no quadro 2 as demandas dos profissionais de saúde sobre a Estratégia Saúde da Família, descritas no relatório técnico “A Situação da Saúde Pública em Campos de Júlio”, estas propostas foram apresentadas aos gestores do legislativo, executivo e na IV Conferência Municipal de Saúde de Campos de Júlio de 2011.

Quadro 2 – Demonstrativo das demandas dos profissionais de saúde sobre a Estratégia Saúde da Família:

Propostas do Relatório “A Situação da Saúde Pública em Campos de Júlio”.	
01	Implantação da segunda Estratégia de Saúde da Família;
02	Construção de duas Unidades de Saúde da Família distintas do Hospital;
03	Realização de teste seletivo para agentes comunitários de saúde e contratação de demais profissionais de saúde, a fim de suprir a demanda;
04	Construção de Laboratório Municipal;
05	Implantação de Sistema de Informação – GEMUS;
06	Inversão do Modelo de Assistência de Demanda Espontânea para Demanda Programada.

Fonte: Relatório “A Situação da Saúde Pública em Campos de Júlio”.

As demandas da categoria B é fruto de levantamentos e apontamentos em várias reuniões da equipe de saúde do município de Campos de Júlio - MT, além de discussões e avaliações que levaram à equipe a conclusão de que apesar dos esforços dos profissionais de saúde e gestores, a clientela atendida e até mesmo os profissionais estavam insatisfeitos com os serviços de saúde ofertados no município, assim alguns técnicos realizaram um levantamento e elaboram um documento, denominado: “A Atual Situação da Saúde Pública no Município de Campos de Júlio”, com o intuito de levantar e analisar a atual situação e propor estratégias de mudanças a fim de melhorar a situação de saúde do município.

É importante contextualizar que a rede de saúde do município de Campos de Júlio é composta por uma Unidade Mista Integrada de Saúde, um Centro de Reabilitação, a Secretaria Municipal de Saúde e a Vigilância em Saúde. O atendimento da Equipe de Saúde da Família é ofertado em uma Unidade Mista Integrada de Saúde, como referido acima na categoria A. Sendo assim, os profissionais de saúde identificam a necessidade de organizar novas instalações com desmembramento da Unidade Mista Integrada de Saúde que, em seu funcionamento interligado, acaba por confundir os usuários quanto aos serviços ofertados, exigindo da unidade hospitalar atividades que a mesma não comporta, ocorrendo o mesmo quanto ao funcionamento da ESF – Estratégia Saúde da Família, que têm horários e atividades distintas da Unidade hospitalar, sendo importante a construção de novo prédio para funcionamento da ESF.

Percebe-se ainda a necessidade de implantação da segunda Unidade de ESF, para a qual é sugerida também, a construção de prédio próprio, pois conforme portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família, o Programa Agentes Comunitários de Saúde, uma Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, o município de Campos de Júlio segundo a última estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE no ano de 2010, possui 5.154 habitantes, mas a Secretaria Municipal de Saúde, por meio dos trabalhos de campo realizados pelos agentes comunitários de saúde – ACS, registra no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB 6.382 habitantes, em 23/05/2011, distribuídos na zona urbana e rural do município, não sendo somados a este total a população flutuante que em períodos de safra atinge mais de 2.000 trabalhadores temporários.

Ainda, com a implantação de mais uma ESF há a necessidade de contratação de mais profissionais para esta equipe, a saber: médico, cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal, recepcionista e auxiliar de serviços gerais.

Os exames laboratoriais são realizados em laboratório terceirizado, atendendo uma cota mensal, não excedendo a 80 mil reais ao ano. Segundo

levantamento em central de regulação que é o setor responsável pelo agendamento essa cota é insuficiente, havendo demanda reprimida, interferindo também na execução dos serviços e limitação de diagnósticos, por isso, a construção do laboratório municipal também corresponde à necessidade de reestruturação,

Percebeu-se grande necessidade de melhoria no sistema de registro de informações, bem como, capacitação da equipe no que concerne ao preenchimento e emissão de relatórios e registros de dados. Isto se constatou pela incompatibilidade de resultados nos dados de relatórios e ausência de informações sobre os serviços prestados. Sugere-se a implantação de um sistema informatizado para registro, acompanhamento e encaminhamento dos pacientes, formando assim uma série histórica e controle do custeio geral de todo o serviço.

Nota-se que a demanda para os atendimentos aumenta a cada dia, e apesar disso, a estrutura física continua a mesma e o grau de satisfação dos usuários e trabalhadores da saúde é ruim.

Baseado nisso, a equipe propõe uma reorganização da atenção à saúde em Campos de Júlio, a fim de efetivar o modelo proposto pelo Ministério da Saúde conseguindo desta forma, aplicar os princípios do SUS no que se refere à promoção de saúde, favorecendo uma vida com qualidade.

A reestruturação da saúde deve corresponder primeiramente à organização de atendimentos, deixando de ser exclusivamente, livre demanda (foco na doença), partindo para busca ativa e organização conforme necessidades de saúde. Para isso é proposto à inversão do Modelo de Livre Demanda para Demanda Programada.

VI.III Categoria (C) – Atribuições e Demandas da Gestão

Registram-se no quadro 3 as atribuições e demandas da gestão sobre os serviços de saúde de Campos de Júlio, demandas apresentadas no relatório técnico “A Situação da Saúde Pública em Campos de Júlio”, e discutidas em reuniões entre profissionais de saúde e gestores do legislativo e executivo conforme descrito em Atas/2011.

Quadro 3 – Demonstrativo das Atribuições e Visão da Gestão

Propostas do Relatório “A Situação da Saúde Pública em Campos de Júlio” e Atas das reuniões/2011.	
01	Diminuir custos na Média e Alta Complexidade investindo mais na Atenção Básica;
02	Construção de duas Unidades de Saúde da Família distintas do Hospital;
03	Construção de Laboratório Municipal;
04	Implantação de Sistema de Informação – GEMUS;
05	Implantação da segunda Estratégia de Saúde da Família;
06	Contratação de profissionais para suprir as demandas.

Fonte: Relatório “A Situação da Saúde Pública em Campos de Júlio” e ATAS das reuniões/2011

A gestão em saúde pode ser entendida como a capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos, diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde. Além disso, a gestão é um campo de ação humana que visa à coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins/metas/objetivos. Ela refere-se a um campo de ação que tem por objeto o trabalho humano que, disposto sob o tempo e guiado por finalidades, deveria realizar tanto a missão das organizações como os interesses dos trabalhadores (BRASIL, 2009).

Para o entendimento dessa categoria é importante destacar algumas conclusões do levantamento de informações para realização do documento “A Atual Situação da Saúde Pública no Município de Campos de Júlio”, percebeu-se também a

necessidade de apresentação e discussão dos levantamentos com os gestores municipais sobre a saúde no município. Conforme atas das reuniões da secretaria municipal de saúde de Campos de Júlio/MT, no período de janeiro a agosto de 2011. Dentre os vários levantamentos algo que prendeu atenção destes foi à descrição das despesas, dispensação e encaminhamentos do quadrimestre de janeiro à abril de 2011. Observou-se no documento que o custo destinado no primeiro quadrimestre com atenção básica foi de R\$ 104.043,52 enquanto com média e alta complexidade foi de R\$ 795.000,54, destacando assim, a necessidade de fortalecimento das referências em saúde e o maior investimento na reprogramação da atenção básica, pois percebe-se que a médio prazo a atual forma de gerenciamento é inviável para o município que tende a não conseguir manter o sistema. Observa-se ainda um número elevado de encaminhamentos para especialidades fora do município, além das emergências, corroborando a avaliação de que a resolutividade na atenção básica tem sido baixa e que os investimentos na média e alta complexidade tem sido alto.

Em relação as demais atribuições e demandas da gestão apontadas no quadro 3, nas discussões há concordância com a importância e necessidade de efetivação de acordo com o já exposto na categoria B.

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS/ Ministério da Saúde, 2009, nos conceitua amplamente sobre a gestão participativa:

Gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social¹. Requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade. A gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida. Esta prática amplia a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos. Assim, a gestão estratégica e participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde. (BRASIL, 2009)

Capítulo VII – Considerações Finais

A presente pesquisa possibilitou uma descrição de como ocorreu à implementação da Estratégia Saúde da Família em Campos de Júlio, por meio da análise das atas das reuniões da secretaria municipal de saúde de Campos de Júlio/MT, no período de janeiro a agosto de 2011, relatório final da IV Conferência municipal de Saúde de Campos de Júlio/MT, do ano de 2011, relatório “A Situação da Saúde Pública em Campos de Júlio”, 2011 e relatório de reuniões de micro área realizadas em 2011.

Nesse sentido, a presente pesquisa utilizou-se de categorias relativas considerando aspectos comuns que os temas tinham entre si, e a pertinência da temática, os resultados obtidos trouxeram apontamentos das ações a serem desenvolvidas para a implementação da estratégia saúde da família, partindo da concepção das três categorias: população, profissionais de saúde e gestores.

A população de Campos de Júlio havia se acostumado com um modelo de saúde assistencialista com soluções imediatistas, confundiam o atendimento da Equipe de Saúde da Família, com pronto atendimento e hospital, no entanto, baseado nas discussões e deliberações do eixo IV da IV conferência municipal de saúde demonstrou que havia a percepção por parte dela da necessidade de mudança.

Quanto aos profissionais a maioria já tinha a visão de que era necessária a mudança, o que precisava era ação, incentivo, mobilizar e alterar a rotina, o relatório “A Situação da Saúde Pública em Campos de Júlio”, além das discussões com população e gestores possibilitou demonstrar as demandas dessa categoria.

Em relação aos gestores foi possível notar que os mesmos não tinham a percepção da organização do sistema de saúde local e da importância da atenção básica na saúde municipal, por meio do relatório “A Situação da Saúde Pública em Campos de Júlio” e ao detalhar os gastos e demonstrar que os custos com a média e alta complexidade são imensamente maiores do que com a atenção básica, notou-se

que os gestores bem como a população e os profissionais de saúde entenderam a necessidade das mudanças.

Assim, ao considerarmos as demandas das três categorias observa-se que há muitos pontos em comum, em todas é identificado a necessidade de mudanças de estrutura física, recursos humanos e de reorganização do modelo de atenção.

Considerando isso, a efetivação das demandas levantadas pelas categorias torna-se fortalecidas e mais viáveis, pois segundo Coelho, et al., 2009:

[...] a participação social se apresenta como estratégia para a democratização do setor saúde, na medida em que trabalhadores e usuários são considerados sujeitos/cidadãos responsáveis pela construção/consolidação de um serviço de saúde coletiva, equânime e resolutivo. Essa estratégia deve ser operada por meio de processos de interação contínua entre os diversos atores sociais envolvidos. Implica, portanto, um processo contínuo de democratização nas três esferas de governo, o que conforma o estabelecimento de uma nova sociabilidade política e um novo espaço de cidadania. Desse modo, o sujeito/cidadão deve estar no centro do processo que orienta a organização do sistema e avaliação das ações nos serviços de saúde. (COELHO, et al., 2009).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, M.M.A. **O processo de construção do controle social no sistema único de saúde e a gestão nos espaços institucionais.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 324 a 335, set/dez.2003.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Edição 70: Portugal 1997.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa : Edições 70. 1979.

BRASIL. **Constituição Federal,** Brasília – DF, 1988.

BRASIL. Ministério do Planejamento, **Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional.** Disponível em: www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/default.asp. Acesso em: junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim de Produção Ambulatorial.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Projetos de Promoção de Saúde. **O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais.** Brasília; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS.** Texto Técnico para Conselheiros de Saúde. Brasília: IEC, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8142, de 28 de Dezembro de 1990.** Dispõe sobre a Participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área de Saúde e da Outras Providencias. Brasília – DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, de 6 de novembro de 1996.** Brasília – DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília – DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília – DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final de 9ª Conferência Nacional de Saúde; 1992.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.** – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Sistema de Informação da Atenção Básica.**

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa; GUIMARÃES, José Maria Ximenes. **Participação social na atenção básica à saúde: concepções e práticas dos usuários e Trabalhadores do Programa Saúde da Família.** Rev. APS, v. 12, n. 4, p. 448-458, out./dez. 2009.

COSTA, Glauce Dias da; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; FERREIRA, Maria de Lurdes da Silva Marques; REIS, José Roberto; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro. **Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial.** Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília – DF, v. 62, n. 1, 2009.

CUNHA, Elenice Machado da. **Regra e realidade na constituição do SUS municipal: implementação da NOB 96 em Duque de Caxias.** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.144p.

FERREIRA, Nídia Fátima. **Gestão Participativa no SUS Formulação e Implementação de Políticas.** Monografia apresentada para a obtenção do Título de especialista em saúde pública pela Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso - 2007.

FONTINELE Júnior, Klinger. **Programa saúde da família [PSF] comentado.** Goiânia: AB, 2003.

Gestão participativa e cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 5ª ed., São Paulo, 2010.

GIL, Célia Regina Rodrigues. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro - RJ , vol.22, no. 6, 2006.

GUIZARDI, F. L. et. al. **Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde.** Revista de Saúde Publica. v.14, nº1. Rio de Janeiro. 2004.

HOGWOOD, B. W. & GUNN, L. A. (1984). **Policy Analysis for the Real World.** Oxford, New York. Oxford University Press.

LINDBLOM, C. **O Processo de Decisão Política.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981.

LOPES, M. L.S.; ALMEIDA, M.J. **Conselhos locais de saúde em Londrina (PR): realidade e desafios.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n.59, p.16-28, 2001.

LOVATO, Adalberto; EVANGELISTA, Mário Luiz Santos; GULLICH, Roque Ismael da Costa. **Metodologia da Pesquisa. Normas para Apresentação de Trabalhos: Redação, Formatação e Editoração.** Três de Maio – RS, 2005.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados.** 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARTES, A. C. B.; ARRETCHE, M.; MELO, M.; RIBEIRO, P. M. 1999. **Modelo de Avaliação de Programas Sociais e Prioritários** (Relatório de Pesquisa: Programa de Apoio à Gestão Social no Brasil). Campinas: NEPP/UNICAMP

MENY, I. e THOENIG, J. C. 1992. **Las Políticas Públicas.** Barcelona: Editora Ariel
Ciência Política. pp: 158-218 (versão em espanhol a cargo de Francisco Morata)

MERHY EE, Malta DC, Santos FP. **Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão.** Recife-PE: UFPE, 2004. pp. 45-76.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Suely Ferreira Deslandes Romeu (orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Edição 14ª. Editora Vozes, 1992.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Suely Ferreira Deslandes Romeu (orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 27ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais.** Epidemiologia & Saúde, 5ª edição, MEDSI, Rio de Janeiro, 1999, p. 473-487.

PEREZ, J. R. R., (1999). **Avaliação do Processo de Implementação: algumas questões metodológicas.** In: Avaliação de Políticas Sociais: Uma questão em debate (E. M. Rico, org.), pp. 65-73, São Paulo: Ed. Cortez

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPOS DE JÚLIO. **Relatório: “A Situação da Saúde Pública em Campos de Júlio”.** 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPOS DE JÚLIO. **Relatório Final da IV Conferência Municipal de Saúde.** 2011.

SILVA, José Mendes da; CALDEIRA, Antônio Prates. **Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro – RJ, v. 26, n. 6, 2010.

TEIXEIRA, C. F. **Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde.** In: XI Conferência Nacional de Saúde, 2000, Brasília. Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde. V. único. p. 261-281. Brasília: Ministério da saúde, 2000.