

# RESULTADOS ALCANÇADOS COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA APÓS CINCO ANOS DE IMPLANTAÇÃO EM UMA CIDADE DO INTERIOR DE MINAS GERAIS

RESULTS AFTER 5 YEARS OF THE SETTING UP OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN A SMALL PROVINCIAL TOWN IN THE STATE OF MINAS GERAIS, BRAZIL

RESULTADOS LOGRADOS CON LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA DESPUÉS DE 5 AÑOS DE IMPLANTACIÓN EN UNA CIUDAD DEL INTERIOR DE MINAS GERAIS

Helisamara Mota Guedes<sup>1</sup>  
Luciana Duarte de Paula<sup>2</sup>  
Adélia Yaeko K. Nakatani<sup>3</sup>  
Aline de Barros Coelho<sup>4</sup>

## RESUMO

Este trabalho refere-se à Estratégia Saúde da Família (ESF) na comunidade do Macuco, município de Timóteo-MG, constituída por famílias carentes, alvo permanente das políticas públicas. Constituiu-se em um estudo quantitativo, com coleta de dados realizada por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no período de janeiro a agosto de 1999 e o mesmo período em 2005. O objetivo foi comparar os resultados de ações de atenção básica relativos a dois momentos – antes e depois da implantação da ESF na Comunidade estudada. Pôde-se concluir que a ESF trouxe resultados satisfatórios no que tange às ações propostas pela estratégia.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde; Enfermagem; Saúde Pública; Programa Saúde da Família.

## ABSTRACT

This research is into the Family Health Strategy in the community of Macuco, in the town of Timóteo, in the State of Minas Gerais, Brazil, involving poor families that are a constant target of public policies. It is a quantitative study and data were collected from the Basic Health Care Information System (SIAB), from January to August, 1999, and during the same months in 2005. The objective was to compare the results of basic health care during two periods – before and after the implementation of the Family Health Strategy in this community. We conclude that the Strategy has brought satisfactory results.

**Key words:** Primary Health Care; Health Promotion; Nursing; Public Health; Family Health Program

## RESUMEN

El presente trabajo se refiere a la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en la comunidad de Macuco, municipio de Timóteo (MG), constituída por familias carentes, objeto permanente de las políticas públicas. Se trata de un estudio cuantitativo, con recogida de datos realizada a través del Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB) entre enero y agosto de 1999 y durante el mismo periodo de 2005. Su objetivo ha sido comparar los resultados de acciones de atención básica relativos a los dos momentos: antes y después de la implantación de la ESF en la comunidad estudiada. Se llega a la conclusión de que los resultados de las acciones propuestas por la ESF han sido satisfactorios.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud; Promoción de la Salud; Enfermería; Salud Pública; Programa Salud de la Familia.

<sup>1</sup>Enfermeira. Professora do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás. Goiás, Brasil.

<sup>2</sup>Acadêmica do 8º período de Enfermagem do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás-UFG. Goiás, Brasil.

<sup>4</sup>Enfermeira. Professora do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais. Pós-graduanda em Enfermagem do Trabalho. Minas Gerais, Brasil.

Endereço para correspondência: Avenida Jorge Dias Duarte, nº 214, bairro Ana Rita, Timóteo-MG, Brasil – CEP: 35180000.

E-mail: helisamaraguedes@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – e está estruturada com base na Unidade Básica de Saúde da Família.<sup>1</sup> A ESF foi criada para inverter o modelo hospitalocêntrico de saúde, voltado basicamente para a doença, constituindo o norte que direciona os usuários a procurar a assistência à saúde.<sup>2</sup>

Assim, a ESF busca reverter essa lógica, tendo como prioridade ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, perpassando um novo conceito que abarque vários outros fatores, como condições de vida, moradia, emprego, água tratada, saneamento, acesso ao serviço de saúde e fator socioeconômico. Baseando-se nessa nova concepção, entende-se que é possível reduzir o processo doença-cura se as condições de vida da população melhorarem.<sup>1</sup>

A Constituição de 1988<sup>3</sup> foi um grande avanço no que diz respeito à saúde no Brasil, visto que determinou a descentralização das ações e o arcabouço jurídico-institucional do sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir dessa importante decisão no que tange às reformas sociais, a saúde passou a ser assumida por vários níveis de administração governamental – o federal, o municipal e o estadual –, organizados em serviços públicos, privados sem fins lucrativos e privados lucrativos.<sup>4</sup> De acordo com a Lei nº 8.080/90,<sup>5</sup> conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, têm-se definidas as atribuições de cada esfera de governo no que diz respeito à gestão e às competências.<sup>6</sup>

A política de descentralização é um processo que envolve a transferência de decisões e responsabilidades em relação às políticas de saúde pública no País, e não, simplesmente, um programa de transferência de recursos do governo federal para as outras instâncias.<sup>7</sup>

Além disso, a hierarquização e a regionalização dos serviços de saúde possuem papéis essenciais para o processo de descentralização, uma vez que constituem importante instrumento para o processo de planejamento de ações e serviços de saúde, facilitando o conhecimento das necessidades e serviços. A partir desses novos parâmetros, constata-se avanço, uma vez que as particularidades e as distintas características de cada região são devidamente consideradas, culminando, sobretudo, em práticas de saúde em consonância com as reais necessidades ou problemas de saúde da população.<sup>6</sup>

Nessa ótica, teríamos como núcleo central a saúde como um dos elementos da cidadania, um direito de promoção das pessoas – e não apenas uma perspectiva de curar/evitar doença, mas de ter uma vida saudável, como direito a benefícios que fazem parte da vida e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.<sup>8</sup>

Caminhando junto com a descentralização, em junho de 1991 houve a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como estratégia para a inversão do modelo de saúde praticado, cuja atenção estava voltada para a doença, ignorando os agentes causais.<sup>2</sup> Em janeiro de 1994, foram constituídas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes.<sup>1</sup> Essa equipe multidisciplinar é formada por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem, seis a dez agentes comunitários de saúde, com uma população-alvo entre 600 a 1 000 famílias.<sup>3</sup>

O ESF entra nesse contexto como uma estratégia para a estruturação de sistemas municipais de saúde, funcionando, nestes casos, como principal porta de entrada do sistema, articulado com os demais níveis de atenção.<sup>9</sup> Tem como finalidade a reorganização do modelo assistencial, com o fortalecimento da atenção à saúde, a ênfase na integralidade da assistência, o tratamento ao indivíduo como ser integral, ligado à família, ao domicílio e à comunidade, o fortalecimento da rede básica de atenção, a vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade e a perspectiva de promover uma ação intersetorial.<sup>1</sup>

A Estratégia de Saúde da Família, por meio das Unidades de Saúde da Família (USFs) é responsável por toda a Atenção Básica das comunidades de acordo com as responsabilidades definidas na Norma Operacional Básica à Assistência à Saúde (NOAS).<sup>10</sup> Essa norma amplia as funções do município na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, fortalece a gestão do SUS por meio de mecanismos e mantém atualizados os critérios de habilitação para municípios e Estados. Segundo a NOAS, as principais responsabilidades da Atenção Básica que devem ser executadas pelas Equipes de Saúde da Família nas áreas prioritárias são ações de saúde da criança, ações de saúde da mulher, controle da hipertensão, controle do diabetes *mellitus*, eliminação da tuberculose e hanseníase e ainda saúde bucal.<sup>2</sup>

A ETF contribui para a redução da mortalidade infantil e para a melhoria da qualidade da assistência a gestantes.<sup>11</sup> Permite melhorar a qualidade e a regularidade do atendimento, a definição das grandes políticas e campanhas de saúde. Além disso, proporciona a elaboração das ações nos níveis locais, promovendo maior humanização das relações entre profissionais/usuários e, conseqüentemente, a difusão das informações, visto que esse é um dos principais problemas dos setores mais pobres da população na área da saúde.<sup>3</sup>

A ESF tem ampliado os resultados positivos no que diz respeito aos indicadores de saúde dos indivíduos/famílias/comunidades pelas equipes cuidadoras.<sup>12</sup> Já em 2005 contabilizava mais de 24.600 equipes em todo o País, presentes em 90% dos municípios de todos os Estados, atendendo a 78,6 milhões de pessoas, o que representa uma cobertura populacional de 44,4%.<sup>13</sup>

A ESF vem sendo considerada por alguns gestores, técnicos e conselheiros como um dos responsáveis por inovações e pelo resultado favorável com a política de descentralização, culminando em melhorias no acesso e na integralidade do sistema municipal. Em algumas regiões, houve discreta diminuição das internações hospitalares relacionada à efetividade da rede básica.<sup>14</sup>

Contudo, as experiências de implantação da ESF em grandes cidades, segundo um relatório da análise da reestruturação de modelos assistências do Ministério da Saúde, trazem duas revelações interessantes: ainda que tenha havido, inicialmente, um impacto desfavorável, fruto da canalização da demanda antes não atendida, também é verdade que, após a estabilização, tem se verificado uma redução dessas novas necessidades. Implica, portanto, dizer que houve ganho de resolutividade na Atenção Básica, maior racionalização no acesso a rede de serviços e melhoria das condições de saúde da população.<sup>15</sup>

Segundo o relatório acima referido, a mera adesão a ESF, ou as estratégias similares de Atenção Básica, não garante, por si só, o sucesso da reorganização da rede, bem como a melhoria das condições de gestão e a gerência do Sistema Único de Saúde (SUS), em sua expressão local. Portanto, é preciso levar em conta a especificidade de cada região/município (entre as quais se inclui o processo histórico de constituição daquela rede e suas particularidades próprias de organização), a oferta de serviços próprios ou conveniados e ainda as determinações oriundas do próprio espaço urbano. Nesse contexto, destacam-se os fluxos de transporte, as expectativas assistenciais e as características médico-culturais da população, os vínculos preestabelecidos dos usuários com unidades e equipes do modelo tradicional e seus padrões prévios de acesso aos serviços médicos.<sup>15</sup>

Considera-se um desafio estabelecer esse tipo de mudança, uma vez que a população em geral, além de desconhecer os benefícios que essa estratégia pode trazer, está culturalmente enquadrada no antigo modelo, centrado na doença.<sup>2</sup>

Nesse sentido, um grande desafio colocado para a reorganização da Atenção Básica, em consonância com os princípios da ESF, consiste no fortalecimento e na consolidação como principal porta de entrada no sistema, ofertando ações de qualidade, com vista à promoção e à assistência à saúde. Portanto, torna-se fundamental fortalecer o trabalho das equipes que atuam em todo o País e expandir as estratégias, principalmente nos grandes centros urbanos. Nas áreas de maior concentração populacional, a heterogeneidade das condições econômico-sociais reflete-se, sobretudo, no desigual acesso e utilização dos serviços de saúde. Existem limitações quanto à qualidade e à capacidade de respostas dos serviços.<sup>15</sup>

Sua implantação requer a reorganização dos serviços com a definição de metas graduais que se incrementam a cada ano, até atingir coberturas que permitam modificar os indicadores de saúde e que se ajustem às realidades e às

necessidades de cada serviço e localidade. A implantação da estratégia de Saúde da Família ocorre prioritariamente em locais mais necessitados de atenção básica, geralmente em periferias onde estes serviços são mais precários e onde as pessoas, em sua maioria, são pouco informadas com relação à saúde.<sup>2</sup> Vale ressaltar que a implantação da ESF apresenta, ainda, relevância do ponto de vista social, no que tange aos resultados alcançados na comunidade e às medidas adotadas que proporcionam melhoria das condições de vida.

Vale destacar que a enfermagem utiliza saberes a fim de apreender o objeto da saúde do ponto de vista do cuidado de enfermagem, com o objetivo de promover saúde, prevenir doenças e recuperar o indivíduo, que é exatamente a proposta da ESF.<sup>16</sup> Contribui nesse sentido mediante a criação de inúmeras oportunidades de melhorar as práticas das Unidades/Equipes de Saúde da Família, propondo, dessa forma, a ampliação e a qualificação destas em todo o território nacional.<sup>12</sup>

Nesse contexto insere-se a comunidade do Macuco, situada em uma área periférica do município de Timóteo-MG, com população média de 2.794 habitantes<sup>17</sup> e que, segundo informações da Secretaria de Assistência Social, é constituída por famílias carentes, alvo permanente das políticas públicas, por tratar-se de uma região marcada por baixo nível de escolaridade, baixa renda *per capita*, alto índice de desemprego e de violência familiar, de gravidez precoce e de exposição ao consumo de drogas.

O objetivo geral com esta pesquisa foi comparar os resultados de ações de atenção básica relativos a dois momentos: antes e depois da implantação do ESF na Comunidade do Macuco, Timóteo-MG.

## MATERIAL E MÉTODO

Estudo descritivo, documental, com abordagem quantitativa, referente à Unidade de Saúde PSF/Macuco, situada em uma área periférica do município de Timóteo, que possuía, até o levantamento de 2005, 2.794 moradores, contendo 748 famílias cadastradas. A área de abrangência era constituída por quatro bairros: Licuri, Celeste, Macuco e Limoeiro Velho.

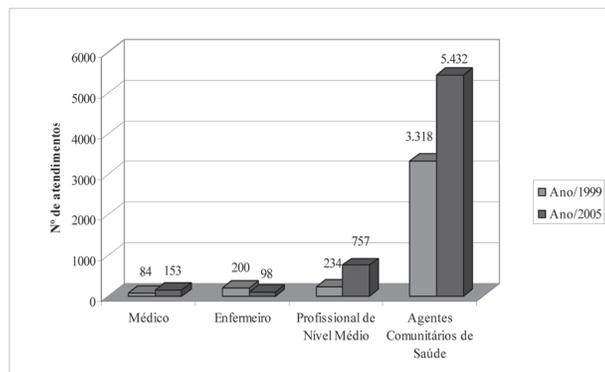
Os dados foram coletados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) adquiridos no Departamento de Controle e Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Timóteo. O período selecionado para as amostras comparativas foi: janeiro a agosto de 1999 e o mesmo período do ano de 2005.

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, utilizando o programa software Excel.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas análises comparativas entre o número de ações desenvolvidas no período de 1999 e 2005. Vale ressaltar que a ESF, na área de abrangência em estudo, foi implantada em 1998, sendo as ações sistematizadas por meio do SIAB somente no ano de 1999. Portanto, espera-se que os números encontrados nesse período façam referência ao início da mudança de modelo assistencial, não constituindo em mudanças significativas do ponto de vista antes praticado.

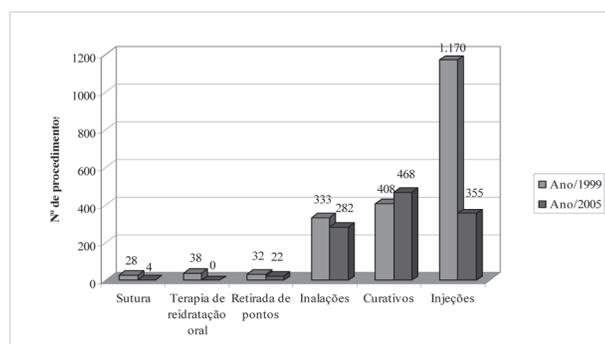
**GRÁFICO 1 – NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARES POR PROFISSIONAL**



Pelos dados obtidos no Gráfico 1, foi possível observar que as visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, de modo geral, aumentaram, sendo que as visitas médicas cresceram de 84 para 153 (45,09%), as visitas de profissional de nível médio de 234 para 757 (69,08%), agentes comunitários de saúde (ACSs) de 3.348 para 5.432 (38,91%). Em contrapartida, as visitas do enfermeiro caíram de 200 para 98, correspondendo a uma queda de 51%.

Associa-se o aumento das visitas à estruturação da equipe na ESF. Isso representa resultado satisfatório, pois as visitas reforçam maior humanização profissional/ usuário, permitindo melhor difusão das informações e conseqüente promoção da saúde, o que reforça os objetivos da ESF, em que o tratamento do indivíduo deve estar vinculado à família, ao domicílio e à comunidade, promovendo, assim, ações intersectoriais.<sup>2</sup> Já o decréscimo de visitas domiciliares por parte do enfermeiro pode estar associado ao número crescente de enfermeiros assumindo a função de gerente/direção das Unidades Básicas de Saúde, o que lhes permite ocupar posições estratégicas no processo de tomada de decisões e responder pela formulação e implementação das políticas de saúde em âmbito local,<sup>18</sup> permanecendo boa parte do tempo na unidade de saúde.

**GRÁFICO 2 – NÚMERO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

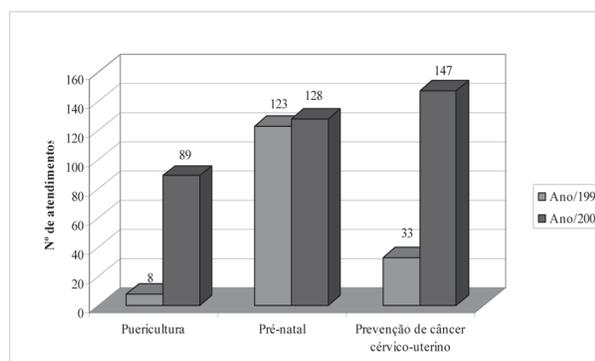


Com relação à quantidade de procedimentos desenvolvidos no período estudado, observa-se, no Gráfico 2, que o número de curativos aumentou de 408 para 468

(12,82%). Esse fato pode estar relacionado ao papel do agente comunitário de saúde (ACS) que, por meio da criação de vínculo com a comunidade, proporciona maior facilidade de acesso ao serviço de saúde. O trabalho do ACS é pautado em ações que aumentam o vínculo do sistema de saúde com a comunidade e o encaminhamento delas às unidades de saúde.<sup>19</sup>

O número de inalações diminuiu de 332 para 202 (15,31%), a quantidade de injeções teve uma queda de 1.170 para 355 (69,65%), o número de suturas de 20 para 4 (85,71%) e a retirada de pontos de 32 para 22 (31,25 %). Esse resultado é considerado positivo, pois indica uma reorientação das práticas de saúde, nas quais a prevenção e o diagnóstico precoce se mostram eficazes para reduzir as ações curativas. A ESF pretende oferecer uma atuação centrada nos princípios da vigilância da saúde, devendo ofertar prioritariamente assistência promocional e preventiva sem, contudo descuidar da atenção curativa e reabilitadora.<sup>20,21</sup>

**GRÁFICO 3 – NÚMERO DE ATENDIMENTOS DE PUERICULTURA/PRÉ-NATAL E PREVENÇÃO DE CÂNCER CÉRVICO-UTERINO**

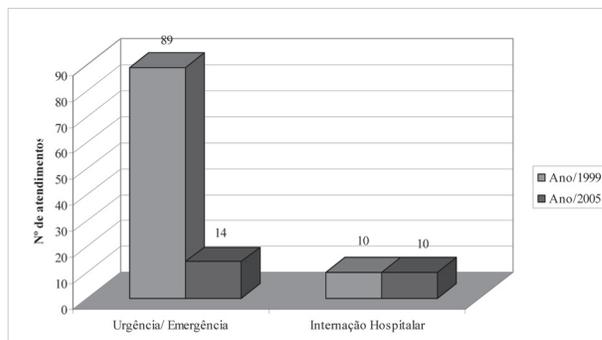


Dentre as ações de saúde cabe ressaltar, conforme o Gráfico 3, o número de consultas de puericultura que aumentou de 8 para 89 (91,01%), assim como o acompanhamento clínico-ginecológico, de 33 para 147 consultas (77,55%), resultados considerados positivos diante da proposta de ESF.

As consultas de pré-natal tiveram um aumento de 123 para 128 (3,9%), fator considerado estável em relação ao período anterior, que necessita de avanços, visto que, em conformidade com o manual de normas técnicas para a assistência pré-natal do Ministério da Saúde, no item descrição do nível de execução do profissional médico está preconizada que a realização da consulta pré-natal pode ser intercalada com a enfermeira<sup>22</sup>, fator que amplia a possibilidade de atendimento.

O exame preventivo do câncer de colo do útero cresceu satisfatoriamente em 77,55%, permitindo, assim, diagnóstico na fase inicial, quando o tratamento possui de baixo custo com elevado percentual de cura.<sup>23</sup>

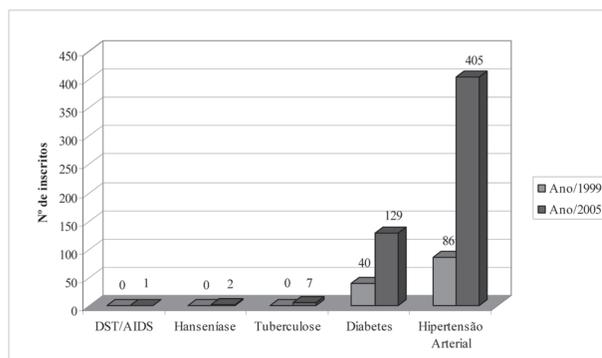
**GRÁFICO 4 – NÚMERO DE ATENDIMENTOS URGÊNCIA/EMERGÊNCIA E INTERNAÇÃO HOSPITALAR**



Como mostra o Gráfico 4, o número de internações hospitalares em 2005 diminuiu de 89 para 14 (84,26%) em relação a 1999. Esse resultado traduz um grande avanço no que diz respeito à promoção de saúde, pois quando o serviço de promoção e prevenção é realizado com eficiência no nível de atenção básica, há uma tendência natural de diminuir os agravos da saúde. O acompanhamento e o controle das doenças, no âmbito da atenção básica, evitam o agravamento dessas patologias e o surgimento de complicações, reduzindo o número de internações hospitalares.<sup>24</sup>

Já os atendimentos de urgência não apresentaram nenhuma mudança em relação ao período anterior.

**GRÁFICO 5 – INDIVÍDUOS INSCRITOS NOS PROGRAMAS**



O quadro de indivíduos com hipertensão e diabetes, segundo o Gráfico 5, aumentou com um crescimento no número de hipertensos de 86 para 405 (78,76%) e o número de diabéticos de 40 para 120 (68,99%).

Esse quadro ampliou-se em decorrência de maior atuação da atenção básica, visto que o manejo do diabetes *mellitus* e da hipertensão arterial deve ser feito de acordo com um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário de atendimento,<sup>25</sup> possibilitando diagnóstico precoce de maior número de casos.

Os resultados mostram, ainda, que em 1999 não havia registros de indivíduos inscritos com casos de DST/aids, hanseníase e tuberculose. Já em 2005 havia um indivíduo inscrito no programa DST/aids, dois no de hanseníase e sete no de tuberculose. O fato de a demanda ter aumentado não significa que as pessoas estão adoecendo mais;

pelo contrário, significa que, além de estarem procurando mais os serviços de saúde, a busca ativa de casos está mais eficaz. As pessoas que antes não recebiam tratamento agora são acompanhadas e tratadas adequadamente. É importante ressaltar, ainda, que os programas de DST/aids, tuberculose e hanseníase são centralizados, portanto não são realizados pela equipe local, mas cabe a esta, além de buscar novos casos, acompanhar o indivíduo em tratamento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de transformação do modelo assistencial, a inclusão da família como foco de atenção básica, ultrapassando o cuidado individualizado focado na doença, pode ser ressaltada como progressos da Atenção à Saúde e como contribuição da ESF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde.

A pesquisa mostrou resultados satisfatórios no que tange a indicadores de saúde de uma comunidade em relação à implantação da ESF. Resultados concretos, demonstrados estatisticamente, revelam que a saúde da comunidade melhorou, diminuindo consideravelmente o número de internações hospitalares, o número de ações de saúde da mulher e da criança, a busca ativa de casos, a adesão aos programas de hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose e DST/aids, bem como a atuação da equipe na prevenção de doenças e promoção da saúde aumentou.

Portanto, torna-se necessário oferecer atenção especial para a implantação das equipes do ESF nos municípios, qualificando os profissionais e ampliando a possibilidade de atenção preventiva, visando ao atendimento integral aos indivíduos.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família. [Citado em 15 maio 2005]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Prático do PSF. [Citado em 20 fev. 2006] Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br>
3. Brasil. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil: texto promulgado em 05 de outubro de 1918. Brasília: Secretaria de Editoração e publicações. Subsecretaria de edições técnicas; 2006.
4. Cohn A, Elias PA. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez; 2003.
5. Brasil. Senado Federal. Lei 8080 de 19/09/1990. [Citado em 19 set. 1990]. Disponível em <http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>.
6. Carvalho GI, Santos L. Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde. São Paulo: Editora da Unicamp; 2002.
7. Negri B.A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2002.
8. Peres EM. A estratégia Saúde da Família e sua ajuda na consolidação do SUS. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2002; 6(1): 115-24.
9. Brasil. Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2003.
10. Brasil. Ministério da Saúde. NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde. 2001. [Citado em 26 Jan 2001]. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/sus/>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família atende a 55 milhões de pessoas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
12. Sousa MF. Enfermeiros do PSF: acumulam o capital de Esperança. Nursing (São Paulo). 2003; 64 (6): 35-8.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção básica. [Citado em 26 maio 2004]. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaoobasica>
14. Conill EM. Políticas de Atenção Primária e Reformas Sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do PSF em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad Saúde Pública. 2002; 18 (supl.): 191-202.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Análise de reestruturação dos modelos assistenciais de saúde em grandes cidades: Padrões de Custo e formas de financiamento. Brasília(DF): Editora Ministério da Saúde; 2002.
16. Chiesa AM. A promoção da saúde como eixo estruturante do trabalho de Enfermagem no Programa de Saúde da Família. *Nursing* (São Paulo). 2003; 64(6): 44-6.
17. Timoteo. Prefeitura Municipal. Secretaria de Assistência Social. Departamento de Controle e Regulação. Macuco. Timoteo: Prefeitura Municipal de Timoteo; 2006.
18. Joanir PP. O enfermeiro no contexto organizacional das ações programáticas em saúde. *Enfermeria Global*. 2006; (9): 00-07. [Citado em 20 fev. 2007] Disponível em: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/9/09d05p.html>
19. Solla JJS, Medina MG, Dantas MBP. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Saúde em Debate*. 1996; 51: 4-15.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 1997.
21. Santana ML, Carmagnani MI. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde Sociedade*. 2001; 10(1): 33-53.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
23. Brenna SMF, Hardy EE, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17:909-14.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Brazilian national strategy for the Reorganization of Care for Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus: the experience of diabetes mass screening. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35: 490-3.
25. Assunção MCF, Santos IS, Gigante PD. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35: 88-95.

Data de submissão: 13/9/2007

Data de aprovação: 1º/4/2008