

**Integralidade e sua associação à gestão em saúde: avaliação pelos profissionais de saúde dos municípios de Itapiúna e Acarape, Ceará-Brasil**

**Completeness and its association with health management: evaluation by health professionals and the municipalities of Itapiúna and Acarape, Ceará, Brazil**

Ana Larissa de Sousa Holanda<sup>1</sup>  
Francisca Tamires Oliveira Melo<sup>1</sup>  
Maria Aline Feitosa Torres<sup>1</sup>  
Simone Correia da Silva<sup>1</sup>  
Tereza D'vila Guilherme Marques<sup>1</sup>  
Ana Caroline Rocha de Melo Leite<sup>2</sup>

**RESUMO**

No contexto da Integralidade e da descentralização da gestão, o estudo objetivou conhecer a Integralidade na Atenção Básica em Saúde e sua relação com a gestão, sob a óptica dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) de municípios cearenses. O estudo mostrou, por meio de um questionário (modificado do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – *PCA Tool - Primary Care Assessment Tool*), que Acarape apresenta-se em um estágio mais avançado do processo de implantação e de estabelecimento da Integralidade, apresentando profissionais de saúde mais conscientes e críticos em relação à gestão, quando comparado aos profissionais de Itapiúna. Independente do município estudado, os profissionais confirmaram a existência de uma associação entre a “Integralidade - Serviços Disponíveis e Prestados” aos pacientes e a gestão em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sistema Único de Saúde; Gestão em Saúde; Pessoal de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

1. Especialização de Gestão em Saúde da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)
2. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

## **Integridad y su asociación con la gestión de la salud: la evaluación por profesionales de la salud y los municipios de Itapiúna Acarape, Ceará, Brasil**

En el contexto de la Integridad y la descentralización de la gestión, el estudio investigó la Integridad en la Atención Primaria de Salud y su relación con la gestión, desde la perspectiva de los profesionales de salud de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) de los municipios de Ceará. El estudio demostró, por medio de un cuestionario (modificado de Herramienta de Evaluación Primaria - Herramienta PCA - Primary Care Assessment Tool), que Acarape presenta en una etapa más avanzada de la aplicación y el establecimiento de procesos de integridad, presentando profesional más consciente y crítica de la salud administrados en comparación con los profesionales Itapiúna. Independiente de la municipalidad, los profesionales han confirmado la existencia de una asociación entre la "exhaustividad - Servicios disponibles y proporcionado" a los pacientes y la gestión sanitaria.

**PALABRAS CLAVE:** Sistema de Salud; Gestión de la Salud; Personal de Salud; Atención Primaria de Salud

## **ABSTRACT**

### **Completeness and its association with health management: evaluation by health professionals and the municipalities of Itapiúna and Acarape, Ceará, Brazil**

In the context of Completeness and the decentralization of management, the study investigated the Completeness in Primary Health Care and its relationship with the management, from the perspective of health professionals of the Family Health Strategy (FHS) of municipalities of Ceará. The study showed, by means of a questionnaire (modified from Assessment Tool Primary - PCA Tool - Primary Care Assessment Tool), which Acarape presents at a more advanced stage of implementation and establishment of Completeness process, presenting professional more aware and critical of the managed health when compared to professionals Itapiúna. Independent from the municipality, the professionals have confirmed the existence of an association between "Completeness - Services Available and Provided" to patients and health management.

**KEY WORDS:** - Health System; Health Management; Health Personnel; Primary Health Care

## 1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema público brasileiro que concede a todos o direito à saúde. Sob a influência da Reforma Sanitária (movimento surgido na década de 1970 que preconizava, dentre outros princípios, a saúde como um direito de todos, estando associada às condições gerais de vida) e da VIII Conferência Nacional de Saúde (evento ocorrido em 1986, marcado pela participação popular, em que foi proposto um modelo ampliado de saúde), o SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e implementado progressivamente.<sup>1</sup>

Previamente ao movimento da Reforma Sanitária e criação do SUS, a assistência à saúde promovida pelo Ministério da Saúde se restringia ao atendimento em alguns hospitais especializados e à ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), em determinadas regiões. Esse modelo médico-assistencialista atendia à população considerada como indigente.<sup>2</sup>

Entretanto, a maior atuação do poder público ocorria na prestação de serviço de saúde à população economicamente ativa e a seus dependentes, que contribuía com o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS (substituído pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS). Esse modelo médico-assistencial privatista se caracterizava pela capitalização da medicina e pela prática curativa, individualista, assistencialista e especializada da atenção à saúde. Ele excluía grandes segmentos da sociedade que não contribuía com a assistência previdenciária.<sup>1</sup>

Com a criação e implantação do SUS, foi instituído um modelo de promoção, proteção e recuperação da saúde, o qual se baseava no novo conceito do processo saúde-doença. Esse não se limitava aos agentes biológicos, mas envolvia a participação de fatores econômicos, sociais e culturais. A saúde tornou-se um direito de todos e responsabilidade do Estado, a ser

promovida pela elaboração e aplicação de políticas econômicas e sociais. Entretanto, a obrigação do Estado não suprime a participação do indivíduo, da família e da sociedade.<sup>1</sup>

Segundo a Constituição de 1988, o SUS é regido por 5 princípios básicos, assim representados: -Universalidade, caracterizada pelo direito de qualquer cidadão à saúde; -Integralidade, definida pelo atendimento integral do indivíduo por ações, envolvendo desde as preventivas até as assistenciais curativas, nos diferentes níveis de complexidade; -Equidade, determinada pelo direito igualitário de todos à saúde; -Descentralização, caracterizada pela participação de todos os níveis federativos (União, Distrito Federal, Estados e Municípios) nas ações e serviços públicos de saúde, competindo a cada uma das esferas responsabilidades específicas; -Participação social, definida pelo envolvimento da comunidade nas ações e nos serviços públicos de saúde.<sup>3</sup>

Na estratégia adotada pelo SUS, não há hierarquia entre os níveis governamentais. Entretanto, cada uma das esferas - Federal, Estadual e Municipal - tem competências distintas. No âmbito Federal, cabe ao Ministério da Saúde elaborar políticas nacionais de saúde a serem executadas por estados, municípios, fundações, empresas e outros. No entanto, estados e municípios também formulam suas políticas de saúde.<sup>4</sup>

Compete ainda ao Governo Federal financiar metade dos recursos necessários para o funcionamento do SUS, devendo os estados e municípios dispor dos demais recursos. Aos governos estaduais, a responsabilidade reside na organização do atendimento em seu território e, aos municípios, a gestão das ações e dos serviços ofertados à população.<sup>3</sup>

Nesse contexto, vale ressaltar que os municípios são os principais responsáveis pela saúde de seus habitantes. Caso não disponham de todos os serviços, devem pactuar com cidades vizinhas que ofereçam os atendimentos necessários, encaminhando suas demandas a essas localidades.

Segundo especialistas, autoridades e profissionais, a falta de capacidade da atenção básica, considerada a “porta de entrada” do SUS, em absorver a demanda oriunda do primeiro nível de atenção desse sistema, sobrecarregando as unidades de média e alta complexidade, é um dos principais problemas de implantação do SUS. Entretanto, tal sobrecarga poderia ser evitada muitas vezes se as ações de promoção e/ou prevenção da saúde e as formas de tratamento na atenção básica fossem mais efetivas.<sup>5</sup>

No Brasil, a Atenção Básica à Saúde (ABS) desenvolveu-se a partir de dois grandes modelos de organização: o modelo da Programação em Saúde, nos anos 70, e o modelo do Programa Saúde da Família (PSF), conhecido atualmente como Estratégia Saúde da Família (ESF), nos anos 90. O primeiro surgiu do interesse da Saúde Pública em integrar os serviços de saúde pública e de assistência médica. Consolidando esse propósito, em 1972, com a reforma da Secretaria de Estado da Saúde (SES), foram inseridos, nos centros de saúde da rede estadual, os Programas de Saúde, incentivando a saúde pública e as ações de promoção e prevenção à saúde.<sup>6</sup>

Em 1994, o PSF ou ESF foi instituído como uma política nacional de atenção básica, visando a concretização e o fortalecimento dos princípios básicos do SUS. A ESF surge como plano político para a reorientação do modelo de atenção à saúde, fundamentando-se em uma nova ética social e cultural, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida do indivíduo, da família e da comunidade.<sup>7</sup>

A ESF caracteriza-se por ter como ponto central o vínculo entre profissionais e população. Nesse contexto, a equipe deve entender a família, a partir do ambiente em que vive e constrói suas relações, buscando garantir a proteção social por meio da universalidade e da integralidade. Essa estratégia possibilita a ampliação da concepção de cuidado estabelecida pelo novo processo saúde-doença.<sup>4</sup>

Hoje a ESF é utilizada pelo poder público como uma forma de se estabelecer o novo modelo assistencial, capaz de compreender e operacionalizar a abordagem integral do processo saúde-doença e responder de forma mais efetiva aos problemas de saúde da população. Entretanto, reconhecem-se dificuldades para adequar o modelo assistencial aos princípios reformadores, particularmente quanto à obtenção de maior equidade no acesso e à integralidade das práticas.<sup>8</sup>

Vale ressaltar que a ABS é o nível do sistema de saúde responsável pela entrada de todas as novas necessidades e problemas da população. Compete a ela a organização de um sistema de saúde integrado, apresentando atributos próprios, como atenção do primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade.<sup>9</sup>

Quanto à Integralidade, ela é um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro, tendo como propósito a realização de ações que busquem a solidificação da saúde e a oferta de serviços de saúde organizados para atender às necessidades da atenção integral.<sup>10</sup>

A Integralidade está intimamente ligada à concepção de saúde e doença. Aponta para a necessidade de superação da dicotomia entre ações preventivas-curativas e individuais-coletivas, em direção às ações que satisfaçam as necessidades relacionadas à promoção e à recuperação da saúde. Incorpora o debate sobre a forma de programar a oferta de serviços, exigindo uma articulação entre os vários profissionais que compõem a equipe de saúde e os distintos níveis de hierarquização tecnológica da assistência.<sup>8</sup> A Integralidade, associada ao princípio da Universalidade, proporciona uma atenção integral ao indivíduo, em todos os níveis do sistema de saúde.

No novo contexto de organização da assistência, surgem indagações relacionadas à qualidade da atenção à saúde prestada na rede pública, aos avanços e dificuldades na operacionalização do SUS, ao efeito ou impacto dessa estratégia e à participação da gestão nesse processo.

Quanto à gestão na saúde pública, ela é considerada um grande desafio em decorrência, particularmente, da descentralização estabelecida pelo SUS. De fato, existe uma dificuldade em se implantar ações e serviços que atendam a toda população, permitindo o seu acesso, a sua circulação e o seu acompanhamento nos diferentes níveis de atenção.<sup>11</sup>

Conforme dito anteriormente, a gestão no SUS ocorre de forma descentralizada, envolvendo a participação do Ministro, Secretário Estadual e Municipal de Saúde, como gestores nacional, estadual e municipal, respectivamente. Suas atividades devem englobar aspectos políticos, em que se prioriza o comprometimento com a população, e aspectos técnicos, caracterizados pela prática da gestão.<sup>11</sup>

Os dados da literatura apontam para o aumento e diversificação dos serviços de saúde, bem como o crescimento da participação popular, como resultados da descentralização da gestão em saúde<sup>12, 13, 14</sup>. Entretanto, estudos não relacionaram a melhoria do sistema de saúde com a descentralização da gestão, nos municípios cearenses estudados.<sup>15</sup> Contudo, em um estudo na Microrregião de Baturité no estado do Ceará, foi observada melhoria na estrutura dos serviços de saúde com a descentralização do SUS.<sup>15, 16</sup>

Diante das dificuldades de implantação do SUS, da sua proposta de integração da atenção à saúde e do aspecto descentralizador de sua gestão, associado à escassez de dados relacionando integralidade e descentralização do sistema público de saúde nos municípios cearenses, surge a necessidade da avaliação desses princípios nesses municípios, por usuários, profissionais de saúde e/ou gestores.

Baseado na importância da Integralidade para a consolidação do SUS, da descentralização da sua gestão e do papel mediador dos profissionais de saúde da ESF entre usuários e gestores em saúde, surge a necessidade do conhecimento dos serviços disponíveis e

prestados a esses usuários e da influência da gestão sobre essas atividades, sob a óptica dos profissionais da ESF.

É relevante ainda o conhecimento dessa visão dos profissionais de saúde, atuantes nos diferentes municípios cearenses, particularmente pelo forte compromisso político do Ceará com a reforma nacional e a escassez de dados da literatura abordando esse aspecto.<sup>17</sup>

No Ceará, a regionalização da saúde, diretriz do SUS que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e da negociação e pactuação entre os gestores, dividiu o Estado em 22 microrregiões e 3 macrorregiões de saúde.<sup>11</sup>

Conforme tal processo, os municípios de Acarape e Itapiúna, abordados nesse trabalho, são de fácil acesso e constituem a 3ª e a 4ª Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), respectivamente.

Nesse sentido, o presente trabalho teve como objetivo conhecer a Integralidade na Atenção Básica em Saúde e a sua associação à gestão, sob o ponto de vista dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) de municípios do Ceará.

## **2. MÉTODO**

Foi realizado um estudo observacional, descritivo, individuado e transversal, do tipo prospectivo, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi conduzida nos municípios cearenses de Itapiúna e Acarape, no período de maio a julho de 2014.

Distando 103 km de Fortaleza e localizada na Mesorregião do Norte do Ceará e Microrregião de Baturité, Itapiúna é um município com população estimada em 19.409 habitantes em 2013. Sua economia tem como base a agricultura e o comércio não atende completamente a sua demanda.<sup>18</sup>

Quanto à Acarape, tem sua localização semelhante à Itapiúna, distando 54 km de Fortaleza. Com população estimada em 16.011 habitantes em 2013, ela exerce principalmente

atividades voltadas para pecuária, agricultura (cultivo de cana-de-açúcar, feijão e outros) e exploração de calcário.<sup>18</sup>

Foram incluídos no estudo profissionais de saúde de nível superior, que atuassem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos municípios de Itapiúna e Acarape. Todos os profissionais eram inscritos no Cadastro Nacional das Equipes de Saúde (CNES) e capacitados a responder o questionário do estudo (familiarizados com os itens e termos frequentemente utilizados no SUS). Compuseram os critérios de exclusão: - profissionais das UBS com experiência inferior a 6 meses na ABS; - profissionais das UBS que assumissem cargo de gestão; - profissionais das UBS que tinham grau de parentesco com gestor em saúde.

As UBS selecionadas foram: - **Itapiúna** - Unidade Básica de Saúde Sede I, Unidade Básica de Saúde Sede II, Unidade Básica de Saúde de Caio Prado, Unidade Básica de Saúde de Itans e Unidade Básica de Saúde de Palmatória; - **Acarape** - Posto de Saúde do Poço Escuro II, Posto de Saúde do Centro, - Posto de Saúde do Riachão do Norte, Posto de Saúde de São Benedito e Posto de Saúde do Cantagalo – João Alves de Lima;

Inicialmente, as informações referentes aos participantes do estudo foram obtidas nas secretarias de saúde dos referidos municípios, fornecidas pelas coordenadoras da atenção básica. Foi feita uma exposição do projeto aos profissionais das UBS e, em seguida, os profissionais responderam o questionário *PCATOOL- BRASIL* versão profissionais<sup>19</sup> – adaptado, contendo os seguintes atributos e respectivo número de itens:

- Integralidade – Serviços Disponíveis, constituído por 22 itens;
- Integralidade – Serviços Prestados, constituído por 15 itens;
- Gestão em saúde, constituído por 11 itens.

Conforme questionário, as variáveis estudadas no atributo “Integralidade – Serviços Disponíveis” foram: - aconselhamento nutricional; - imunizações; - participação em programa ou benefício de assistência social; - saúde bucal; - planejamento familiar e métodos

anticoncepcionais; - aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas; - aconselhamento para problemas de saúde mental; - realização de sutura; - aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV; - identificação de problemas auditivos; - identificação de problemas visuais; - colocação de tala; - remoção de verrugas; - exame preventivo para câncer de colo de útero; - aconselhamento sobre como parar de fumar; - cuidados pré-natais; - remoção de unha encravada; - orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões; - aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento; - orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente; - inclusão em programa de suplementação alimentar.<sup>19</sup>

Quanto às variáveis estudadas no atributo “Integralidade – Serviços Prestados”, elas envolveram: - conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente; - segurança no lar; - aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura; - maneiras de lidar com conflitos familiares; - conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados; - testes de sangue para verificação dos níveis de colesterol; - verificação e discussão dos medicamentos em uso; - exposições a substâncias perigosas; - presença de arma de fogo e orientação de como guardá-la; - prevenção de queimaduras causadas por água quente ou óleo quente; - prevenção de quedas; - prevenção de osteoporose; - cuidados relativos à menstruação ou à menopausa; - orientação de como lidar com problemas de comportamento das crianças; - alterações do crescimento e desenvolvimento da criança, de acordo com a faixa etária.<sup>19</sup>

Quanto à avaliação da gestão em saúde, as variáveis estudadas foram: - apoio à ESF; - apoio à implantação de redes de atenção básica; - apoio às normas e diretrizes instituídas pelo gestor em saúde para o desenvolvimento da ESF; - necessidade de reformulação dessas normas e diretrizes; - adequação das estratégias às necessidades da área e da atenção ao grupo prioritário; - acesso ao gestor; - conhecimento do plano de gestão em saúde pelo gestor; -

identificação com o plano de gestão; - associação entre a gestão e os serviços da ABS disponíveis aos usuários do SUS; - associação entre a gestão e os serviços da ABS prestados aos usuários do SUS.<sup>19</sup>

Ao longo do instrumento, as respostas possíveis para cada um dos itens foram: “com certeza sim”, “provavelmente sim”, “provavelmente não”, “com certeza não” e “não sei/ não lembro”.<sup>19</sup>

Os dados coletados foram analisados, utilizando-se o programa Microsoft Office Excel (versão 2010), e apresentados de maneira descritiva.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O presente estudo buscou conhecer a visão dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) dos municípios cearenses de Itapiúna e Acarape, quanto à Integralidade na Atenção Básica em Saúde (ABS) e a sua relação com a gestão.

Baseado nos dados das secretarias de saúde dos municípios de Itapiúna e Acarape, foram convidados 15 profissionais de saúde de cada município, atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) selecionadas, para participação no estudo. Dos 15 profissionais de Itapiúna, 12 foram incluídos na pesquisa e 3 foram excluídos pelos seguintes critérios: - 1 profissional relatou tempo de atuação na ABS inferior a 6 meses; - 2 profissionais ocupavam cargo de gestão.

De acordo com a categoria profissional e sexo, os participantes de Itapiúna estavam assim distribuídos: - 5 enfermeiros (representados por 4 mulheres e 1 homem); - 3 odontólogos (representados por 1 mulher e 2 homens); - 2 médicos (representados por 1 mulher e 1 homem); - 2 fisioterapeutas.

Em Acarape, 6 profissionais foram excluídos por apresentarem tempo de atuação na ABS inferior a 6 meses, 1 profissional exercia função de gestor e 1 cargo para profissional de

saúde estava ocioso. Dos 7 participantes, 5 eram do sexo feminino e distribuíam-se nas seguintes categorias profissionais: - 4 enfermeiras; - 1 odontóloga. Dos 2 integrantes do sexo masculino, 1 era enfermeiro e outro era médico.

Os dados acima mostram um perfil de participantes do estudo com predominância do sexo feminino. Tal evidência pode decorrer da crescente inserção da mulher nas universidades nos últimos anos e da feminização do trabalho na área da saúde.<sup>20</sup>

A avaliação das respostas dos profissionais do município de Itapiúna referentes ao atributo “Integralidade – Serviços Disponíveis” mostrou que a maioria dos profissionais relatou “provavelmente, sim” para 11 dos 22 tipos de serviços que deveriam ser disponibilizados nas UBS, caso fossem necessários aos pacientes (tabela 1). A análise apontou ainda que mais de 70% dos profissionais tinham certeza quanto à oferta de serviços aos pacientes para: - avaliação da saúde bucal; - tratamento dentário; - planejamento familiar e/ou métodos anticoncepcionais; - remoção de verrugas; - exame preventivo para câncer de colo do útero; - cuidados pré-natais.

A menção da resposta “provavelmente sim” pela maioria dos profissionais para 50% dos serviços que deveriam ser ofertados foi surpreendente, já que sugere que esses profissionais não têm certeza quanto ao tipo de atividade que eles devem disponibilizar aos usuários e, assim, colaborarem com a implantação e estabelecimento da Integralidade nos serviços de saúde pública. A problemática torna-se mais grave ao se observar que tais profissionais apresentam experiência de no mínimo 6 meses na ABS.

A interpretação dessas respostas pode revelar uma fragilidade nas atividades em saúde, particularmente as preventivas (como imunizações) e psicológicas (representadas pelos aconselhamentos, por exemplo), vulnerabilidade no vínculo comunidade-profissional de saúde e inconsciência da população quanto ao seu papel como agente transformador da

realidade. Tal fragilidade pode ser evidenciada pelo fato de que 91% dos profissionais informaram que provavelmente não se faria a sutura de um corte que necessitasse de pontos.

Poder-se-ia propor que o elevado percentual de incerteza registrado estaria associado à carência na procura desses serviços pela comunidade. Entretanto, tal suposição é pouco provável, já que o questionário aborda atividades rotineiras e de baixa complexidade. De fato, a disponibilidade de atividades com esse perfil, como tratamento dentário, planejamento familiar e/ou métodos anticoncepcionais e cuidados pré-natais, foi confirmada por grande parte dos profissionais.

Reforçando a suposição pouco provável de escassez na procura pelos serviços de saúde, no trabalho de Scochi e colaboradores no ano de 2008, mostraram que 90% das famílias pesquisadas utilizavam os serviços das UBS, fato previamente observado pela Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar no ano de 2007 e Pesquisa Mundial de Saúde do MS em 2004.<sup>21, 22, 23</sup>

**TABELA 1:** Perfil das respostas do questionário aplicado aos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Itapiúna, quanto ao atributo Integralidade – Serviços Disponíveis, no período de maio a julho de 2014

<b>Questão</b>	<b>Com certeza, sim n (%)</b>	<b>Provavelmente, sim n (%)</b>	<b>Provavelmente, não n (%)</b>	<b>Com certeza, não n (%)</b>	<b>Não sei não lembro n (%)</b>
Aconselhamento nutricional	0 (0%)	8 (66,7%)	1 (8,3%)	3 (25%)	0 (0%)
Imunizações	4 (33,3%)	8 (66,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social	3 (25%)	9 (75%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Avaliação da saúde bucal	9 (75%)	3 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Tratamento dentário	11 (91,7%)	1 (8,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Planejamento familiar e/ou métodos anticoncepcionais	10 (83,3%)	2 (16,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas	3 (25%)	6 (50%)	3 (25%)	0 (0%)	0 (0%)
Aconselhamento para problemas de saúde mental	0 (0%)	6 (54,5%)	3 (27,3%)	2 (18,2%)	0 (0%)
Sutura de um corte que necessite de pontos <sup>(*)</sup>	0 (0%)	0 (0%)	10 (91%)	1 (9%)	0 (0%)
Aconselhamento e solicitação de teste anti – HIV <sup>(*)</sup>	3 (27,3%)	8 (72,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Identificação de problemas auditivos <sup>(*)</sup>	0 (0%)	4 (36,4%)	4 (36,4%)	2 (18,2%)	1 (9%)
Identificação de problemas visuais <sup>(*)</sup>	0 (0%)	4 (36,4%)	6 (54,5%)	1 (9,1%)	0 (0%)
Colocação de tala <sup>(*)</sup>	0 (0%)	9 (81,9%)	2 (18,1%)	0 (0%)	0 (0%)
Remoção de verrugas <sup>(*)</sup>	8 (72,7%)	3 (27,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Exame preventivo para câncer de colo do útero <sup>(*)</sup>	9 (90%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Aconselhamento sobre como parar de fumar <sup>(*)</sup>	6 (54,5%)	5 (45,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Cuidados pré – natais <sup>(*)</sup>	9 (81,9%)	2 (18,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Remoção de unha encravada <sup>(*)</sup>	11 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Orientações sobre cuidados em saúde, caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões <sup>(*)</sup>	4 (36,4%)	5 (45,4%)	2 (18,2%)	0 (0%)	0 (0%)

Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento	1 (8,3%)	11 (91,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente, como curativos, troca de sondas, banho na cama	4 (33,3%)	8 (66,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Inclusão em programa de suplementação alimentar	3 (25%)	9 (75%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

(\*) Não houve o preenchimento por todos os participantes.

Inicialmente, a análise do atributo “Integralidade – Serviços Prestados” mostrou que todos os profissionais participantes atendiam pacientes de todas as idades. Semelhante ao observado com os serviços disponíveis à população nas UBS selecionadas, a maioria dos profissionais relatou “provavelmente, sim” para 8 dos 15 tipos de serviços que deveriam ser realizados nas UBS, caso fossem necessários aos pacientes (tabela 2). A análise apontou que mais de 60% dos profissionais tinham certeza quanto à prestação de serviços aos pacientes para: - conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados; - testes de sangue para verificar os níveis de colesterol; - como prevenir quedas; - prevenção de osteoporose em mulheres; - cuidado de problemas comuns relativos à menstruação ou à menopausa.

A total certeza dos profissionais quanto à realização das atividades que envolviam desde a realização de teste sanguíneo para verificação dos níveis de colesterol até cuidados associados à menstruação ou menopausa revela que eles dispõem de conhecimentos técnicos e de cuidar em saúde. Os dados confirmam mais uma vez que eles atendem pacientes de diferentes faixas etárias, possibilitando o estabelecimento do vínculo, a sua sensibilização como profissional da saúde e a integralidade das ações.

Quanto a possível integração das ações, essa suposição destoa do conceito que se tem sobre a Medicina e a saúde em geral. Nessa concepção, há uma divisão das funções nas profissões de saúde e suas especialidades, dificultando a integração da atenção e cuidado em saúde.<sup>24</sup>

Interessante ainda foi que mais da metade dos profissionais provavelmente não conseguiriam realizar atividades relacionadas ao aconselhamento quanto ao uso de dispositivos de segurança para o trânsito e meios de lidar com conflitos familiares. É possível que a limitação em orientar quanto ao uso desses dispositivos decorra do fato de que os profissionais considerem essa ação como responsabilidade dos agentes de trânsito. Entretanto, os acidentes de trânsito são alvo das equipes da Atenção Primária em associação a atuação de outros órgãos. Cabe ainda a essa forma de atenção o atendimento dos acidentes de trânsito e a prevenção de suas sequelas e morte.<sup>25</sup>

Quanto à limitação em lidar com conflitos familiares, isso pode resultar de uma formação profissional deficiente, na qual houve uma priorização da área técnica em detrimento da área social e psicológica. Tal comportamento pode refletir também a fragilidade do vínculo paciente-profissional já mencionada.

**TABELA 2:** Perfil das respostas do questionário aplicado aos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Itapiúna, quanto ao atributo Integralidade – Serviços Prestados, no período de maio a julho de 2014

<b>Questão</b>	<b>Com certeza, sim n (%)</b>	<b>Provavelmente, sim n (%)</b>	<b>Provavelmente, não n (%)</b>	<b>Com certeza, não n (%)</b>	<b>Não sei- não lembro n (%)</b>
Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente	3 (25%)	8 (66,7%)	1 (8,3%)	0 (0%)	0 (0%)
Segurança no lar, por	4	6	2	0	0

exemplo, como guardar medicamentos em segurança	(33,3%)	(50%)	(16,7%)	(0%)	(0%)
Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura	1 (8,3%)	4 (33,3%)	7 (58,4%)	0 (0%)	0 (0%)
Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	1 (8,3%)	4 (33,3%)	7 (58,4%)	0 (0%)	0 (0%)
Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados	8 (66,7%)	4 (33,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol	9 (75%)	3 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando	4 (33,3%)	8 (66,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Possíveis exposições a substâncias perigosas no lar, no trabalho ou na vizinhança do paciente	3 (25%)	8 (66,7%)	1 (8,3%)	0 (0%)	0 (0%)
Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança	0 (0%)	5 (41,7%)	3 (25%)	4 (33,3%)	0 (0%)
Como prevenir queimaduras causadas por água quente e óleo quente	4 (33,3%)	5 (41,7%)	3 (25%)	0 (0%)	0 (0%)
Como prevenir quedas	9 (75%)	3 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Prevenção de osteoporose em mulher	9 (75%)	2 (16,7%)	1 (8,3%)	0 (0%)	0 (0%)

Cuidado de problemas comuns relativos à menstruação ou à menopausa	8 (66,7%)	3 (25%)	1 (8,3%)	0 (0%)	0 (0%)
Maneira de lidar com os problemas de comportamento das crianças	0 (0%)	7 (58,3%)	5 (41,7%)	0 (0%)	0 (0%)
Mudanças do crescimento e do desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária	0 (0%)	7 (58,3%)	5 (41,7%)	0 (0%)	0 (0%)

Em geral, as respostas obtidas na avaliação da gestão sugeriram apoio aos gestores, envolvendo desde as normas e diretrizes instituídas para o desenvolvimento da ESF até o acesso ao gestor em saúde (tabela 3). Colaborando com essa suposição, 58,4% dos profissionais relataram que provavelmente não havia necessidade de reformulação das normas e diretrizes para o desenvolvimento da ESF e do processo de implantação, expansão e qualificação da atenção básica.

Entretanto, parece não existir um conhecimento adequado do plano de gestão pelos profissionais ao se observar que 58,4% deles provavelmente, e não com certeza, se identificaram com tal plano. Tal ideia é reforçada quando 66,7% dos participantes referem que há “provavelmente, sim” uma relação entre a gestão e os serviços ofertados e prestados à população.

Avaliando as respostas referentes à gestão, elas podem refletir também o receio dos profissionais em expor sua opinião, embora tenha sido esclarecida a confidencialidade dos dados.

Diante dessa situação de incerteza e receio, deve ficar claro que os serviços de saúde devem ser autogeridos, centralizados nos usuários e em resultados, dirigidos pelo conjunto de

seus trabalhadores. Tais serviços devem ainda ser vinculados a uma rede de serviço de saúde, regulada pelo Estado.<sup>26</sup>

**TABELA 3:** Perfil das respostas do questionário aplicado aos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Itapiúna, quanto ao atributo Gestão em saúde, no período de maio a julho de 2014

<b>Questão</b>	<b>Com certeza, sim n (%)</b>	<b>Provavelmente, sim n (%)</b>	<b>Provavelmente, não n (%)</b>	<b>Com certeza, não n (%)</b>	<b>Não sei-não lembro n (%)</b>
Você apoia as normas e diretrizes instituídas pelo gestor em saúde para o desenvolvimento da ESF	6 (50%)	3 (25%)	3 (25%)	0 (0%)	0 (0%)
Você acha que há necessidade de reformulação das normas e das diretrizes para o desenvolvimento da ESF	1 (8,3%)	3 (25%)	7 (58,4%)	1 (8,3%)	0 (0%)
Você acha que há necessidade de reformulação do processo de implantação, expansão e qualificação da atenção básica	1 (8,3%)	3 (25%)	7 (58,4%)	1 (8,3%)	0 (0%)
Você acha que as estratégias são adequadas com as necessidades da área e da atenção ao grupo prioritário	3 (25%)	6 (50%)	3 (25%)	0 (0%)	0 (0%)
Você tem acesso ao gestor em saúde	9 (75%)	2 (16,7%)	1 (8,3%)	0 (0%)	0 (0%)
Você acha que o gestor em saúde tem conhecimento adequado quanto ao plano de gestão em saúde	2 (16,7%)	6 (50%)	4 (33,3%)	0 (0%)	0 (0%)

Você se identifica com o plano de gestão	4 (33,3%)	7 (58,4%)	1 (8,3%)	0 (0%)	0 (0%)
Você acha que há uma associação entre a gestão em saúde no seu município e os serviços que são ofertados aos pacientes	1 (8,3%)	8 (66,7%)	3 (25%)	0 (0%)	0 (0%)
Você acha que há uma associação entre a gestão em saúde no seu município e os serviços que são prestados aos pacientes	1 (8,3%)	8 (66,7%)	3 (25%)	0 (0%)	0 (0%)

Analisando as respostas dos profissionais do município de Acarape quanto ao atributo “Integralidade – Serviços Disponíveis”, todos responderam “com certeza, sim” para 14 dos 22 tipos de serviços que deveriam ser disponibilizados nas UBS, caso fossem necessários aos pacientes (tabela 4). Dos 8 tipos restantes, 5 foram declarados, por mais de 50% dos profissionais, como provavelmente disponíveis aos pacientes, em caso de necessidade. Tal situação difere nitidamente do observado no município de Itapiúna, sugerindo um maior conhecimento desses profissionais quanto aos serviços que devem ser disponibilizados aos usuários.

Nesse contexto, os profissionais de Acarape parecem estar mais avançados no processo de implantação e estabelecimento da Integralidade nos serviços de saúde pública, comparados aos profissionais de Itapiúna. Entretanto, a incerteza da disponibilidade de determinados serviços ainda existe para mais da metade dos profissionais, sugerindo a fragilidade das ações.

A fragilidade é evidente também ao se observar que 85,7% dos profissionais confirmaram indisponibilidade de serviços simples, como: - remoção de um corte que necessite de pontos; - remoção de verrugas; - remoção de unha encravada.

Colaborando com a vulnerabilidade acima mencionada, diversos autores mostram que a implantação do SUS encontra desafios com os avanços das ideias neoliberais, estruturação da economia (com redução dos gastos públicos), expansão do setor privado de saúde e a superação do modelo assistencialista para a atenção integral.<sup>27</sup>

**TABELA 4:** Perfil das respostas do questionário aplicado aos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Acarape, quanto ao atributo Integralidade – Serviços Disponíveis, no período de maio a julho de 2014

<b>Questão</b>	<b>Com certeza, sim n (%)</b>	<b>Provavelmente, sim n (%)</b>	<b>Provavelmente, não n (%)</b>	<b>Com certeza, não n (%)</b>	<b>Não sei- não lembro n (%)</b>
Aconselhamento nutricional	2 (28,6%)	5 (71,4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas	2 (28,6%)	5 (71,4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Sutura de um corte que necessite de pontos	0 (0%)	0 (0%)	1 (14,3%)	6 (85,7%)	0 (0%)
Identificação de problemas auditivos	3 (42,9%)	4 (57,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Identificação de problemas visuais	3 (42,9%)	4 (57,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Colocação de tala	3 (42,9%)	4 (57,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Remoção de verrugas	0 (0%)	0 (0%)	1 (14,3%)	6 (85,7%)	0 (0%)
Remoção de unha encravada	0 (0%)	0 (0%)	1 (14,3%)	6 (85,7%)	0 (0%)

À semelhança do observado em Itapiúna, os profissionais de Acarape atendiam pacientes de todas as idades. Quanto às respostas relacionadas à “Integralidade – Serviços

Prestados”, 5 dos 15 tipos de serviços que deveriam ser realizados nas UBS, caso fossem necessários aos pacientes, foram confirmados por todos os participantes do estudo. Tal fato sugere novamente o avanço do processo de implantação e estabelecimento da Integralidade no sistema de saúde pública em Acarape, quando comparado ao de Itapiúna (tabela 5).

A análise apontou que mais de 50% dos profissionais não tinham certeza quanto à prestação de serviços aos pacientes para: - segurança no lar; - aconselhamento sobre dispositivos de segurança no trânsito; - maneiras de lidar com conflitos familiares; - possíveis exposições a substâncias perigosas. Talvez essa incerteza decorra do fato de que esses profissionais não tenham ciência de suas responsabilidades nessas situações ou porque a demanda para esses tipos de serviços seja infrequente. Essa suposição é corroborada pelo fato de que 85,7% dos profissionais afirmarem que não questionam o porte de arma de fogo pelos pacientes.

**TABELA 5:** Perfil das respostas do questionário aplicado aos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Acarape, quanto ao atributo Integralidade – Serviços Prestados, no período de maio a julho de 2014

<b>Questão</b>	<b>Com certeza, sim n (%)</b>	<b>Provavelmente, sim n (%)</b>	<b>Provavelmente, não n (%)</b>	<b>Com certeza, não n (%)</b>	<b>Não sei-não lembro n (%)</b>
Conselhos sobre alimentação saudável ou dormir suficientemente	6 (85,7%)	1 (14,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Segurança no lar	1 (14,3%)	0 (0%)	6 (85,7%)	0 (0%)	0 (0%)
Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura	0 (0%)	3 (42,9%)	4 (57,1%)	0 (0%)	0 (0%)
Maneiras de lidar com conflitos de família que	0 (0%)	0 (0%)	7 (100%)	0 (0%)	0 (0%)

podem surgir de vez em quando					
Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados	2 (28,6%)	5 (71,4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Possíveis exposições a substâncias perigosas	0 (0%)	0 (0%)	4 (57,1%)	3 (42,9%)	0 (0%)
Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança	0 (0%)	0 (0%)	1 (14,3%)	6 (85,7%)	0 (0%)
Como prevenir queimaduras causadas por água quente e óleo quente	0 (0%)	5 (71,4%)	2 (28,6%)	0 (0%)	0 (0%)
Como prevenir queda	3 (42,9%)	2 (28,6%)	2 (28,6%)	0 (0%)	0 (0%)
Maneira de lidar com os problemas de comportamento das crianças	0 (0%)	7 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Diferente do observado em Itapiúna, os profissionais de Acarape não mostraram total apoio aos seus gestores. Embora 57,1% dos participantes apoiassem as normas e diretrizes instituídas pelo gestor para o desenvolvimento da ESF, 100% deles achavam que existia a necessidade de reformulação das normas e diretrizes para o desenvolvimento da ESF e processo de implantação, expansão e qualificação da atenção básica. Ainda, 71,4% achavam que as estratégias eram inadequadas com as necessidades da área e da atenção ao grupo prioritário.

Não surpreendentemente, todos os profissionais confirmaram a existência de uma relação entre a gestão em saúde e os serviços disponíveis e prestados aos pacientes das UBS.

É possível que essas visões sejam oriundas do próprio avanço no processo de implantação e estabelecimento da Integralidade no município de Acarape, previamente aqui sugerido.

O modelo atual de gestão está em um processo de mudança, transformação e conscientização. Nesse modelo, é necessário o desenvolvimento de educação em saúde para a população, os profissionais de saúde e gestores.<sup>28</sup>

**TABELA 6:** Perfil das respostas do questionário aplicado aos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Acarape, quanto ao atributo Gestão em saúde, no período de maio a julho de 2014

<b>Questão</b>	<b>Com certeza, sim n (%)</b>	<b>Provavelmente, sim n (%)</b>	<b>Provavelmente, não n (%)</b>	<b>Com certeza, não n (%)</b>	<b>Não sei- não lembro n (%)</b>
Você apoia as normas e diretrizes instituídas pelo gestor em saúde para o desenvolvimento da ESF	4 (57,1%)	3 (42,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Você acha que há necessidade de reformulação das normas e das diretrizes para o desenvolvimento da ESF	0 (0%)	7 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Você acha que há necessidade de reformulação do processo de implantação, expansão e qualificação da atenção básica	0 (0%)	7 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Você acha que as estratégias são adequadas com as necessidades da área e da atenção ao grupo prioritário	0 (0%)	2 (28,6%)	5 (71,4%)	0 (0%)	0 (0%)

Você acha que o gestor em saúde tem conhecimento adequado quanto ao plano de gestão em saúde	6 (85,7%)	1 (14,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Você se identifica com o plano de gestão	0 (0%)	7 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Integralidade das ações em saúde constitui parte do processo de implantação e estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, pouco se sabe sobre a instituição desse princípio nos municípios cearenses, particularmente sob a visão dos profissionais de saúde, bem como sua associação à gestão.

Embora participem de Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES) próximos, os municípios de Acarape e Itapiúna parecem estar em estágios diferentes de implantação da Integralidade, especialmente nos serviços disponíveis e prestados aos pacientes das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

De fato, Acarape mostra-se em um estágio mais avançado desse processo, apresentando profissionais de saúde mais conscientes de suas atividades e críticos em relação à gestão.

Ainda, independente do município estudado, os profissionais confirmaram a existência de uma associação entre os serviços disponíveis e prestados aos pacientes e a gestão em saúde.

Espera-se com esse estudo despertar gestores, profissionais de saúde e população para o importante papel que cada um desempenha na estruturação do maior sistema de saúde pública mundial e, particularmente, na colaboração em garantir o direito de todos à saúde.

É importante ainda conhecer os diferentes cenários nos quais os municípios cearenses estão inseridos nesse processo de implantação.

## REFERÊNCIAS

1. BALESTRIN, M. F., BARROS, S. A. B. M. A relação entre concepção do processo saúde e doença e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde. Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá, Guarapuava, v. 1, p. 18-41, jul. 2009.
2. SOUZA, R. R. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil, 11 a 14 de agosto de 2002.
3. BRASIL, Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8080/90., 1990.
4. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e proteção da saúde. Brasília, DF, 2007.
5. PAIM, J. S. O que é o SUS? Ed. Fio Cruz, Rio de Janeiro, 148p, 2009.
6. SALA, A. et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. Saúde & Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 948-960, 2011.
7. SOUSA, M. F. O Programa saúde da família no Brasil: Análise do acesso à atenção básica. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 61, n. 2, p.153-158, 2008.
8. CONILL, E. M. Políticas de Atenção Primária e Reformas Sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família em Florianópolis, Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, p. 191-202, 2002.
9. STARFIELD, B. Atenção primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde, 2004.
10. MATTOS, R. A. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cadernos de Saúde Pública, Santa Catarina, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, Set- Out, 2004.

11. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 20 ed., p. 248, 2003.
12. VIEIRA-DA-SILVA, L. M. In: Almeida CM, organizador. Os atalhos da mudança na saúde do Brasil. Serviços em nível local: uma análise comparativa (nove estudos de casos). 1a ed, Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, p. 19-27, 1989.
13. VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A descentralização das ações de saúde no município: o caso de Camaçari. Tese de Doutorado – Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.
14. HEIMANN, L. S. et al. Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos; 2000.
15. ATKINSON, S., HARAN, D. Back to basics: does decentralization improve health system performance? Evidence from Ceará in north-east Brazil. Bull World Health Organ; v. 82, p. 822-7, 2004.
16. MOTA, M. V. Descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Ceará: a experiência na microrregião de Baturité. 180f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
17. TENDLER, J. Good governance in the tropics. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1997.
18. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Divisão Territorial do Brasil. Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais. 2008. Acesso em: 11 outub. 2008.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde:

Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Disponívelem:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_pcatool\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf)

20. STARFIELD, B., XU, J, SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice, United States*, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.
21. MARTELLI, P. J. L. et al. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15 (Supl.2), p. 3243-3248, 2010.
22. SCOCHI, M.J., MATHIAS, T. A. F., SOUZA, R. K. T. et al. Conhecimento e utilização de serviço de atenção básica em saúde por famílias em município da região Sul do Brasil. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2008;10(2):347-343.
23. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar 2003 [cited 2007 nov 12]; Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/default.shtm>
24. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil – Como os Brasileiros auto avaliam sua saúde? Informe da atenção básica. 2004;5(24).
25. CAMARGO JR, K.R. Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.
26. PEREIRA, A.L., et al. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Ministério da Saúde). Brasília, 2004.
27. CECÍLIO, L.C.O. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994. 334 p.

28. SENNA, M. C., COSTA, A. M., SILVA, L. N. Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS. *Sociedade em Debate*, Pelotas, 16(1): 121-137, 2010.
29. AARESTRUP, C., TAVARES, C. M.M. A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 10 (1): 228-234, 2008.