

REPERCUSSÕES DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA: IMPACTOS E PERSPECTIVAS

Augustus Tadeu Relo de Mattos
Maria do Carmo Guimarães Caccia-Bava

Resumo: Este estudo objetiva avaliar os desdobramentos da implantação do Programa Saúde da Família no município de Araraquara. Utilizamos fontes primárias (questionários com perguntas semi-abertas aos coordenadores das equipes) levantando as dificuldades e potencialidades; e os impactos dessa estratégia em 5 indicadores da Atenção Básica: **coeficientes de mortalidade infantil; mortalidade neonatal; taxa de internação por complicações do Diabetes ; taxa de internações psiquiátricas e internações por todas as causas.** Os resultados obtidos nas unidades do Programa Saúde da Família foram comparados aos indicadores do município, nos anos de 1999 (período pré-implantação) até 2002. Os indicadores apontaram expressivas melhorias na saúde da população após a implantação do programa representando concretamente uma alternativa eficaz para reorientação da assistência básica à saúde. As capacidades deste modelo foram reconhecidas pelos membros das equipes. As dificuldades levantadas merecem cuidadoso investimento pelo gestor municipal, e participação ativa das equipes e usuários para sua superação e aprimoramento dessa estratégia.

Summary: This study objective to evaluate the unfoldings of the implantation of the Family Health Program in the municipality of Araraquara. We used primary sources (questionnaires with half-open questions to the coordinators of the teams) raising the difficulties and potentialities; and the impacts of this strategy in 5 health indicators of the Basic Attention: coefficients of infant mortality; neonatal mortality; tax of internment for complications of the Diabetes; tax of psychiatric internments and internments for all the causes. The results gotten in the units of the Family Health Program had been compared with the health indicators of the municipality, in the years of 1999 (period preimplantation) up to 2002. The health indicators pointed expressives improvements in the health of the population after the implantation of the program, representing concretely an efficient alternative with respect to reorientation of the basic assistance to the health. The capacities of this model had been recognized for the members of the teams. The raised difficulties, deserve careful investment for the municipal manager, and active participation of the teams and users for its overcoming and improvement of this strategy.

Palavras-Chave: Programa Saúde Família, indicadores, avaliação.

Key-Words: Family Health Program, health indicator, avaluation.

Introdução

O Programa Saúde da Família- PSF, implantado a partir de 1994 pelo Ministério da Saúde e gradativamente estendido em nível nacional, imprime perfis diferenciados na forma de implementação e operacionalização da assistência à saúde organizadas sob a lógica desta estratégia, ao adquirir as características e "sotaques" regionais e locais.

Assim, este trabalho **objetiva:** estudar os desdobramentos da implantação do PSF no município de Araraquara; identificar as potencialidades e dificuldades concretas existentes no nível local destas unidades do PSF; comparar, através de 5 indicadores da Atenção Básica, os índices gerados nas unidades do PSF em relação aos obtidos no município de Araraquara em geral.

O município de Araraquara e o PSF

O município de Araraquara, localiza-se na região central do Estado de São Paulo. Pelo censo de 2000 apresentou uma população de 182.471 habitantes, 173.569 habitando a área urbana e 8.902 a rural. O Índice de Desenvolvimento Humano- IDH- em Araraquara - aferido no ano de 2000, é de 0,830. A cidade é sede da 12ª região administrativa do Estado de São Paulo, a 3ª do país com a maior proporção de m² de área verde por habitante e tem como principal atividade econômica a agroindústria.

Habilitou-se na gestão plena do sistema em 15 de junho de 1998, passando a ser, de fato, o gestor do sistema e responsável pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território, conforme a Norma Operacional Básica 01/96.

O Programa de Saúde da Família foi implantado no município de Araraquara em fevereiro de 2000. Atualmente conta com 5 equipes de saúde da família e dois PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde - o que permite uma cobertura de 9% da população, havendo uma projeção de expansão para 15% até o final do ano de 2003, através da criação de 5 novas equipes em bairros periféricos. Assim se caracterizam as 3 equipes urbanas do PSF em Araraquara, envolvidas neste estudo:

PSF 1- atende a uma população composta, em sua maior parte, por adultos jovens, apresentando o melhor nível sócio-econômico dentre os PSF's do município. No seu quadro de morbidade destacam-se a hipertensão arterial sistêmica, diabetes, doenças respiratórias, doenças digestivas, alcoolismo, depressão, gestação na adolescência, doenças ósteo-articulares e músculo-esqueléticas, muitas das quais relacionadas ao trabalho.

Neste território os moradores ressentem-se da ausência de áreas de lazer, da ociosidade presente entre os adolescentes e da falta de arborização.

PSF 2- abrange 5 bairros, tendo uma infraestrutura urbana deficiente em pavimentação asfáltica, calçamento, iluminação, escoamento de águas. Compõe-se de uma população jovem com grande número de crianças, com baixo nível sócio-econômico e grande número de desempregados. A exceção se faz para o bairro Lupo, com um grande número de operários. Os problemas levantados como de maior importância são: alto índice de violência, alcoolismo, gravidez na adolescência, desnutrição e hipertensão arterial sistêmica. As equipes 1 e 2 foram implantadas simultaneamente.

PSF 3- terceira equipe implantada em outubro de 2000, Entre as 3 equipes é a que apresenta condições mais precárias no que se refere à equipamentos sociais e infraestrutura urbana, apresenta uma população com baixo nível sócio-econômico, grande parte advinda de processo de desfavelamento, sendo predominantemente constituída por crianças, adolescentes, migrantes, na sua maioria, da região nordeste do país. Dentre os problemas sociais presentes, os principais são: desemprego, criminalidade, tráfico de drogas, drogadição, homicídios, gestação na adolescência, alcoolismo e outros transtornos mentais, desnutrição e hipertensão arterial sistêmica.

Material e Método

Este estudo de caráter descritivo contou com dados colhidos através de fontes primárias e secundárias. Nas primeiras valemo-nos de entrevistas com todos os coordenadores das equipes do Programa de Saúde da Família, utilizando para isso um instrumento composto por questões semi-abertas, a partir do qual buscamos elencar as principais dificuldades e potencialidades identificadas por eles no trabalho cotidiano das equipes do PSF. Os coordenadores entrevistados são profissionais de enfermagem, de nível universitário, todos com experiência prévia de trabalho em UBS's tradicionais.

Nas fontes secundárias, elegemos 5 dentre os 42 indicadores de atenção básica, que foram levantados em cada uma das unidades urbanas.

Embora o SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica - seja utilizado nacionalmente no PSF, nem todos os seus indicadores são disponíveis ou contemplados na pactuação feita pelos gestores dos diferentes níveis. A escolha desses 5 indicadores deu-se não só pela importância que têm dentro da área de saúde pública, como também por permitirem que se estabelecessem comparações entre o nível local, das equipes, com os valores obtidos no conjunto do município, e, alguns deles, ainda com o Estado, apontando para o impacto dessa estratégia na qualidade da assistência à população e sua viabilidade nos municípios de médio porte, como no caso de Araraquara.

São eles: **Coefficiente de Mortalidade Infantil, Coeficiente de Mortalidade Neonatal, Taxa de Internações Psiquiátricas, Coeficiente de Internação por Complicações do Diabetes, Número de Internações por Todas as Causas.**

Dentre as 5 unidades do PSF existentes no município, escolhemos para levantamento dos indicadores as três primeiras a serem implantadas, o que ocorreu em período de tempo bastante próximo, ou seja, elas apresentam uma trajetória semelhante, permitindo uma melhor comparação dos dados obtidos em cada uma delas. Serão denominadas de PSF 1, PSF 2 e PSF 3 durante a apresentação dos resultados.

Resultados e Discussão

Iniciaremos pelo **coeficiente de mortalidade infantil** a apresentação das informações relativas aos indicadores escolhidos, analisados de forma comparativa entre as unidades do PSF e os índices gerais do município

As unidades do PSF em estudo apresentaram o coeficiente de mortalidade infantil zerado em todos os anos analisados, exceto em uma unidade, a de pior contexto sócio-econômico, onde houve 3 óbitos no ano de 2001 e 1 óbito em 2002, o que elevou consideravelmente seus coeficientes.

Coefficiente de Mortalidade Neonatal: Abaixo verificamos que em todas as unidades do PSF em estudo, e em todos os anos consecutivos à sua implantação, o coeficiente de mortalidade neonatal foi de zero, traduzindo uma boa qualidade da assistência a este segmento populacional, quando comparados aos coeficientes do município, que se encontram bastante próximos aos valores do Estado de São Paulo, de 10,77 por 1.000 nascidos vivos, em 2001.

Taxa de Internação por Complicação do Diabetes: Nas unidades do PSF os resultados foram melhores em relação às demais unidades do município, com exceção feita a uma das equipes analisadas, em 2002. Os valores do município encontram-se também acima daqueles apresentados no Estado de São Paulo em 2001, que foi de 7,38 por 10.000 habitantes.

No que diz respeito às **internações psiquiátricas**

As unidades do PSF, analisadas no seu conjunto, tiveram taxas menores do que as do município, que, por sua vez excederam, em muito, os valores identificados no Estado de São Paulo em 2001, de 5,49. Vistas individualmente, apenas a Unidade 3, no ano de 2001 fica ligeiramente acima. Entretanto, vale lembrar que neste ano de 2001, o município iniciou o processo de desospitalização de pacientes com transtornos mentais. Esta política geral adotada naquele ano, pode, em parte, justificar a queda abrupta do índice municipal, e que, no entanto, volta quase dobrado em 2002, ano seguinte.

Tabela 1

Coeficiente de Mortalidade Infantil do município de Araraquara, São Paulo, por Unidade de Saúde, no período de 1999 a 2002				
UNIDADE \ ANO	1999	2000	2001	2002
UBS 1	5,00	11,11	29,85	29,85
UBS 2	3,00	15,50	4,03	12,50
UBS 3	40,00	5,95	18,29	27,21
UBS 4	12,00	16,81	12,82	11,24
UBS 5	36,00	16,26	11,11	8,93
UBS 6	0,00	7,69	9,62	18,87
UBS 7	26,00	0,00	22,56	13,51
UBS 8	12,00	25,64	0,00	0,00
UBS 9	17,00	20,98	42,20	17,70
UBS 10	11,00	3,69	15,69	0,00
UBS 11	14,00	11,36	6,21	12,66
UBS 12	16,00	24,69	0,00	13,16
UBS 13	17,00	9,66	5,62	5,24
UBS 14	20,00	21,87	6,37	10,60
PSF 1	*	0,00	0,00	0,00
PSF 2	*	0,00	0,00	0,00
PSF 3	*	0,00	47,62	16,39
PSF 4	*	0,00	0,00	0,00
PSF 5	*	25,00	0,00	0,00
TOTAL	14,00	12,48	12,38	11,46

Fonte: SIM-SINASC -Divisão de Saúde Pública- SMS.

Tabela 2

Coeficiente de Mortalidade Neonatal no município de Araraquara- São Paulo e, em particular nas unidades do PSF, nos anos de 1999 a 2002.				
Município \ Ano	1999	2000	2001	2002
Município	10,37	10,87	9	10,5
PSF1	*	0	0	0
PSF2	*	0	0	0
PSF3	*	0	0	0

Fonte: SES São Paulo-SIAB.

Tabela 3

Município \ Ano	1999	2000	2001	2002
	Município	8,14	10,19	11,19
PSF1	*	4,84	2,29	7,76
PSF2	*	8,34	2,65	0
PSF3	*	0	6,14	34,54

Fonte: SES-São Paulo-SIAB.

Tabela 4

Município \ Ano	1999	2000	2001	2002
	Município	13,1	13,13	4,66
PSF1	*	0,96	1,37	0,77
PSF2	*	1,25	1,59	3,32
PSF3	*	1,47	5,83	4,71

Fonte: SES-São Paulo-SIAB.

As Internações por Todas as Causas: Como podemos verificar abaixo, ele evidenciou-se muito menor para pacientes moradores nas áreas de abrangência das unidades do PSF do que nas demais do município, desde a implantação do PSF e em todos os anos subsequentes, o que contribuiu, ainda, para a redução dos índices gerais do município, decrescentes de 1999 para 2002.

Em nosso estudo, os indicadores analisados no conjunto das unidades do PSF, apresentaram melhores resultados ao serem comparados às UBS tradicionais do município que possuem, no mínimo, 1 pediatra, 1 clínico e um ginecologista, e mesmo se deu em relação aos valores do Estado.

Os resultados menos exitosos são relativos à unidade do PSF localizada em bairro onde a instalação de infraestrutura básica encontra-se aquém do aceitável, carecendo de investimentos urgentes. Nesta análise revela-se esta capacidade do PSF: a de possibilitar um olhar contextualizado sobre os dados que gera. Aponta, também, que esta estratégia não pode prescindir, em hipótese alguma, de outras políticas públicas que se voltem, articuladamente, para a garantia da dignidade da vida. Esta, por sua vez, também não prescinde de

investimentos nas condições concretas de existência das pessoas, através de políticas públicas adequadas.

Quanto aos questionários respondidos pelos coordenadores das equipes do PSF, dispomos abaixo os tipos de respostas apresentadas e sua frequência, apontando para as diferentes realidades das equipes e, portanto, dificuldades e potencialidades também diferenciadas.

As dificuldades apresentadas são explicitadas a seguir:

Destacarem-se como principais potencialidades do PSF, para os coordenadores de equipes locais, a criação de vínculo, a co-responsabilidade, o atendimento integral, o entrosamento profissional, a melhora dos indicadores de saúde, a gratificação profissional com o trabalho, o estímulo à participação popular e à consciência crítica, a possibilidade de lidar com um sistema de informação que possibilite planejar ações, aproxima nossos resultados dos que foram encontrados pelo Ministério da Saúde, em 1999, na pesquisa sobre o perfil dos profissionais que atuam no PSF. A maioria deles considerou estar contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população, tendo uma visão positiva do seu trabalho e considerando-se mais integrados com a comunidade.

Tabela 5

Taxa de Internação por todas as causas no município de Araraquara e em particular nas unidades do PSF, no período de 1999 a 2002.				
	1999	2000	2001	2002
Município	99,26	96,31	94,31	85,07
PSF1	*	22,29	27,33	25,36
PSF2	*	21,69	21,25	32,52
PSF3	*	4,72	33,49	39,25

Fonte: SES-São Paulo- SIAB.

Tabela 6

POTENCIALIDADES IDENTIFICADAS	FREQUÊNCIA
	14
<i>Para as equipes, em sua relação com os usuários</i>	
Gratificação profissional que esse tipo de trabalho proporciona	2
Melhora do vínculo e da co-responsabilidade, maior confiança entre usuários e ESF	3
Trabalho em equipe, entrosamento profissional, consciência de multi e interdisciplinaridade	3
Estímulo à consciência crítica dos profissionais e da população	2
Possibilidade de realizar educação em saúde e prevenção	2
Trabalhar com um sistema de informação que permite analisar a situação de saúde local	2
Para os resultados obtidos com o trabalho no PSF	9
Melhor controle dos pacientes hipertensos, diabéticos, desnutridos, etc.	2
Melhor acompanhamento da saúde da família, identificação de fatores de risco, agravantes sociais, sua realidade, o meio social e meio ambiente no qual estão inseridos	3
Melhora dos indicadores de saúde	2
Assistir pessoas em todos os ciclos da vida e de maneira integral, na USF e no domicílio	2
Para a inclusão e controle social	4
De criar mecanismos de inclusão social, despertando consciência para a cidadania	3
Estímulo à participação popular	1
TOTAL	27

Tabela 7

DIFICULDADES IDENTIFICADAS	FREQUÊNCIA
Relativas à desinformação sobre o PSF, nos seus vários aspectos	9
Pelas unidades de saúde em geral: pronto-socorros, amb. de especialidades, hospitais, laboratórios, serviços de diagnóstico imagem e profissionais da rede municipal pública	3
Pela comunidade	3
Pelos gestores, pois muitos são desinformados, não compartilhando as experiências dos profissionais do PSF, impondo medidas verticais o que o desarticulam	3
Relativas à falta de estrutura para as unidades do PSF	11
Mau dimensionamento de famílias/equipe sobrecarrega e prejudica as ações de assistência, prevenção, promoção, reabilitação, educação em saúde, estímulo ao controle social, vigilância em saúde e do meio ambiente e mais o acompanhamento do ACS.	3
Não disponibilidade de 1 veículo	3
Espaço físico inadequado ao PSF (acolhimento, grupos de educação em saúde, oficinas) e mesmo para a assistência com regras de biossegurança e com o mínimo de conforto	3
Falta de material didático para trabalhar com grupos, apesar da criatividade das equipes	2
Relativas à equipe	9
Má remuneração dos profissionais pela exigência de vínculo exclusivo e pelo trabalho exaustivo, além da insegurança em relação à forma de contratação	2
Falta de capacitação para trabalhar e compreender o SIAB	2
Desgaste profissional de todos os componentes da equipe, falta suporte psicológico	1
Dificuldade em obter profissional com perfil para trabalhar junto ao programa que muitas vezes é atraído pela proposta financeira ilusória, sem envolvimento e compromisso	2
Falta de reconhecimento e estímulo pelo trabalho realizado	1
Papel mais atuante dos pólos de capacitação tanto na formação profissional, quanto no enfrentamento de problemas	1
Relativas à organização do processo de trabalho no PSF	7
Demora no agendamento das consultas de programa	1
Falta disponibilidade para analisar dados, indicadores e para o planejamento em saúde	1
Impossibilidade muitas vezes em realizar atendimento integral	1
Demanda espontânea centrada na assistência, em detrimento das outras atividades	3
Falta estudo sistemático pelos gestores locais e equipes do PSF para avaliar os impactos	1
TOTAL	36

A implantação do PSF gerou, nas equipes de Araraquara, sentimentos conflituosos e desafiadores: expectativas, compromissos, paternalismos, empolgação e incertezas. Neste cenário o processo de trabalho se organizou, sendo que as equipes expressam que poderiam valer-se de uma maior atuação dos Pólos de Capacitação para o enfrentamento de alguns destes desafios.

A humanização é capaz de resgatar e fortalecer vínculos entre usuários e profissionais por possibilitar que se veja o “outro” para além das regras de mercado, dos interesses corporativos e da lógica

instrumental. Evidencia, também, atuando em sistema, os limites das medidas isoladas e pontuais, como as voltadas para a “extensão de cobertura” ou as “racionalizadoras”, que não se preocuparam com um projeto mais amplo de sociedade. Este PSF pode ser capaz de trilhar o caminho a assistência integral, transpondo com total vantagem a visão restrita da Atenção Básica como medicina simplificada. Recoloca-se assim, em outros termos, a relação da Atenção Básica com os especialistas. Consideramos que nosso grande desafio é fazer com que o cidadão esteja bem assistido pelo sistema de saúde (Atenção Básica,

especialidades, sistema hospitalar, exames, etc) e não apenas por uma unidade isolada, o que nos remete à importância do tão sonhado sistema interativo de referência e contra-referência, conforme SOUZA (2002), que nos fala do necessário sinergismo decorrente da articulação cooperativa da rede, e que assegure, com tais mecanismos, o dificultado acesso dos pacientes aos serviços especializados, quando necessário.

Faz-se necessário a compatibilização de distintos sistemas de informação disponíveis no município e a flexibilização da agregação das informações. Durante a pesquisa, identificamos que houve certas variações entre os valores de um mesmo indicador, à medida em que variavam as fontes do Estado e o município. O Pacto da Atenção Básica e o Sistema de Informação da Atenção Básica –SIAB- se constituem, na atualidade, nas principais ferramentas de avaliação da atenção básica, de abrangência nacional e seu aprimoramento é fundamental. Embora de forma parcial, cremos que os indicadores que escolhemos nos permitiram identificar questões importantes para o PSF, no contexto específico de Araraquara, mostrando toda uma gama de possibilidades que pode continuar sendo explorada para o aprimoramento do trabalho, pelas equipes e pelo próprio município.

Reconhecendo as potencialidades quanto seus limites, sabemos, de antemão, que ela não poderá avançar se não houver parcerias entre as diversas secretarias municipais, ONG's, movimentos populares, Conselhos de Direitos, principalmente naquelas comunidades onde os direitos sociais mínimos estão desrespeitados. A presença isolada do PSF, neste contexto, potencializará seus limites.

Conclusão

Segundo os indicadores apontaram, o PSF permitiu um impacto positivo na saúde das pessoas assistidas, sendo uma alternativa viável como modelo de reorientação da assistência à saúde para o município de Araraquara, embora não possa prescindir de uma visão crítica, de novos questionamentos para seu aprimoramento e consolidação, visto tratar-se de uma experiência em recente processo de construção. Para além das questões macro, micro e locoregionais a serem consideradas, melhores resultados dos indicadores analisados para o PSF também podem ocorrer por uma maior disponibilidade da equipe em relação aos grupos sociais assistidos, uma postura mais vigilante à saúde realizada por toda a equipe. É altamente recomendável que seus integrantes das equipes manuseiem rotineiramente o SIAB, que apesar das suas limitações, oferece muitos dados imprescindíveis para organização e planejamento das ações no nível local, até que novos indicadores sejam colocados nesse sistema de informação.

Enfim, a estratégia da Saúde da Família encerra grandes capacidades: rompe com a doença presidindo a lógica da assistência, estabelece vínculos entre usuários e equipe, resgata compromissos. Tem despertado consciência crítica dos profissionais que atuam no programa no sentido de questionar alguns equívocos na sua concepção e operacionalização, propondo e reinventando alternativas. Mais do que isso, possibilita a criação de mecanismos de inclusão social

pelos pequenos grupos, antes isolados, e faz importante papel de permitir vivenciar concretamente do exercício do direito de ser bem acolhido, atendido, ouvido, orientado, tratado como cidadão e parceiro pela cidadania instituída, mas sempre num movimento instituinte do novo, num constante processo de construção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36 p.
- CASTRO, F.M. Demanda espontânea no PSF. 2003. 21p. Monografia Curso de Especialização Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.
- CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em Saúde: da pirâmide ao círculo uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 13, n.3, 1997. p. 469-478.
- COHN, A.; ELIAS, P.E. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 4 ed. São Paulo: Cortez-Cedec, 2001. p.7-9.
- LEITE, F. Grandes cidades excluem Saúde da Família, São Paulo, 22 de abril de 2003, Folha Ribeirão, p. c 4.
- MEDINA, M.G. *et al.* Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, n.21, 2000. p. 15-28.
- MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? Saúde em Debate, Rio de Janeiro, V. 26, n.60, 2002. p. 118-122.
- MENDES, E.V. (Org.). Distrito Sanitário: O processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1999. cap.1, p.19-91.
- MENDES, E.V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.
- RAMOS, D.D. Tese (Doutorado). Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, n.19, v.1.2003.
- SÃO PAULO. Secretária Estadual da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Manual de Orientações para os Indicadores de Gestão, 2002. 49 p.
- SCHAIBER, L.B. (Org.); NEMES, M.I.B. (Org.); MENDES-GONÇALVES, R.B. (Org.). Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica. *in* SCHAIER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. São Paulo: Hucitec, 1996. cap. 1, p.34-37.
- STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. cap. 1, p. 19-42.
- SOUZA, M.F. (Org.). Os Sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec, 2002. 219 p.
- SOUZA, M.F. *et al.* Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, n. 21, 2000. p. 7-14.
- VASCONCELOS, M.P.C. A Organização da Saúde no Nível Local. *In* MENDES, E.V. (Org.). Reflexões sobre a saúde da família. São Paulo: Hucitec, 1998. cap. 6, p. 155-172.

VAUGHAN, J.P.; MORROW, R. H. Epidemiologia para municípios: manual para gerenciamento dos distritos sanitários. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2002. cap.2, p.16-18.

Augustus Tadeu Relo de Mattos

Médico Generalista do Programa de Saúde da Família do Município de Araraquara, Especialista em Saúde da Família pelo Pólo Norte-Oeste Paulista de Formação Acadêmica e Capacitação de Recursos Humanos para a Saúde da Família, mestrando do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP em Saúde na Comunidade.

Maria do Carmo Guimarães Caccia-Bava

Assistente Social, Professora Doutora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo -FMRP-USP. Coordenadora do Núcleo de Saúde da Família III do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP

Endereço para correspondência:

Augustus Tadeu Relo de Mattos

Endereço: Av. Queiroz Filho 697 Vila Sedenho

CEP 14806-010 Araraquara SP

Telefone: 16 3324 6165

E-mail: augustus@sunrise.com.br

