



MOISA APARECIDA DE OLIVEIRA

**A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO
DE CAMPOS GERAIS, MG: AVANÇOS E DESAFIOS**

LAVRAS – MG

2021

MOISA APARECIDA DE OLIVEIRA

**A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
CAMPOS GERAIS, MG: AVANÇOS E DESAFIOS**

Monografia apresentada à
Universidade Federal de Lavras, como
parte das exigências do curso de
Administração Pública, para a
obtenção do Título de Bacharel.

Profa. Dra. Sabrina Soares da Silva
Orientadora

**LAVRAS – MG
2021**

RESUMO

O Programa de Saúde da Família (PSF) é fruto das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) visando ofertar saúde preventiva a toda família por meio de ações, promoções e recuperação da saúde da família atendendo o fortalecimento de vínculos com os diferentes profissionais que trabalham nesta área. O PSF passou por várias mudanças até chegar à estrutura que se encontra atualmente, na qual o foco é assistencial voltado exclusivamente a família. O objetivo do presente estudo versa sobre implantação do Programa Saúde da Família no município de Campos Gerais, MG, caracterizando suas avanços e desafios na visão de gestores e usuários do programa. Este programa tem tido relevantes mudanças desde sua implantação em busca de atender de maneira preventiva toda a família. Desta forma as limitações poderão ser apontadas pela alta demanda em prevenir e diagnosticar casos de tratamentos o que pode chegar a sobrecarregar o sistema de exames clínicos e específicos, uma vez que depende de poucas vagas disponíveis nos consórcios associados. Trata-se de uma análise integrativa sobre as literaturas voltadas a temática sobre PSF e explorando de maneira mais próxima a realidade e desafios que o município de Campos Gerais – MG tem apresentado nos últimos anos sobre a ESF e PSF. A ESF no município de Campos Gerais – MG tem apresentado potencialidades no que tange a saúde preventiva, uma vez que trabalha com atendimentos médicos e exames de maneira contínua. Há acompanhamentos mensais aos pacientes idosos, com alguma comorbidade, crianças, mulheres entre outros. Verificou-se que a saúde pública voltada para a família se tem tornado mais acessível e vem se personalizando conforme o território que atua, respeitando as características e necessidades da população/cliente.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Atenção Primária a Saúde. Programa de Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
1.1 Objetivos.....	7
1.1.2 Objetivos específicos.....	7
1.2 Justificativa.....	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1 A saúde no Brasil	9
2.2 Políticas Públicas de Saúde no Brasil	11
2.3 O Sistema Único de Saúde - SUS	16
2.4 Programa de Saúde da Família – PSF	17
3 METODOLOGIA.....	21
3.1 Classificação do estudo.....	21
3.2 Localidade do Estudo	21
3.3 Coleta e Análise de dados	22
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
4.1 Políticas Públicas para o Serviço de Atenção Primária a Saúde em Campos Gerais - MG.....	26
4.2 Estrutura da Rede de Atenção Primária.....	27
4.3 Avanços nos Serviços de Saúde em Campos Gerais – MG	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS.....	35

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge em meio a grandes conquistas democráticas e constitucionais as quais visavam o acesso a saúde para todos de maneira indistinta, uma vez que a saúde até o início da década de 90 estava comprometida, não atendendo as demandas e necessitava de uma reestruturação mediante a constituição cidadã aprovada no Brasil em 1988 (MACHADO, 2013).

Para a Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988), a saúde deve ser universal, e isso inclui a participação efetiva da sociedade visando contribuir para que as múltiplas ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde sejam executadas dentro dos trâmites legais, levando saúde a todos.

Ao observar o contexto histórico do SUS, verifica-se que o mesmo foi criado a partir de manifestos populares, e já foi concebido contando com o auxílio da população, ao qual mais tarde, por meio das Leis 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e 8.142/90 (BRASIL, 1990b), foi promulgada a criação dos Conselhos de Saúde nas três esferas do Governo.

Historicamente traz consigo o legado de ser o único sistema de saúde que presta serviços de prevenção, proteção e tratamentos à saúde em um único programa garantindo que todos tenham acesso e façam usufruto do mesmo. O SUS desperta a atenção porque outros países estudam sua estrutura e tem planos de implementá-lo, porém, ainda é um desafio para os demais.

O sistema de rede de atendimentos iniciando pela saúde primária e de cuidados até os tratamentos complexos funcionam atendendo as demandas em todas as localidades de maneira universal, com profissionais e equipes dedicadas a manter a saúde do cidadão.

O SUS é uma rede que abrange os tratamentos, prevenções e controle de indicadores, dessa forma, o governo federal criou novas ações para a Atenção Básica à saúde tornando-o mais compatível com as realidades territoriais do país, deferindo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal meio de acesso a saúde tanto na prevenção quanto nos tratamentos tendo como principal veículo legal a Portaria MS/GM nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011, a qual atualizou as diretrizes e normas para a organização da Atenção

Básica para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), por meio do Programa Saúde da Família – PSF (BRASIL, 2011).

O PSF é um programa do SUS que visa atender as principais diretrizes da ESF cujo objetivo é de levar a saúde às casas das pessoas, principalmente em lugares de difícil acesso, prevenindo e monitorando a saúde das famílias de forma contínua, repassando os dados colhidos de forma a fazer um controle de como está a qualidade de vida do cidadão brasileiro. Os resultados têm sido alcançados por meio do trabalho das equipes multidisciplinares das ESF (BRASIL, 2011).

O referido programa iniciou baseado nas experiências vividas pelo programa “Saúde para todos” visando levar a medicina preventiva a todas as famílias, de forma a reduzir os indicadores de internações e tratamentos onerosos e prolongados (BRASIL, 2010, p. 16).

O “Saúde para todos” é um dos programas em atividade que mais possuem informações e dados para o Ministério da Saúde, pois trabalham no sistema porta a porta, ao qual tem-se os agentes presentes na saúde e na casa das famílias, rompendo barreiras e limites sociais, buscando a promoção da saúde em qualquer ambiente.

O SUS por trabalhar de maneira universal, oportunizando a saúde a todos, dispõe de diversos programas que seguem a mesma premissa, dessa forma, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) oferta serviços de referência e contrarreferência para os municípios o que melhora muito as oportunidades de tratamentos de saúde de menor complexidade *in loco*. Com a saúde mais acessível, a população passa a ter um melhor acompanhamento e assim, os resultados começam a surgir, em sua maioria favoráveis, principalmente em municípios de pequeno porte, que outrora tinha que deslocar pacientes para outros municípios gerando desconforto não só para o paciente, mas para a própria gestão municipal, sendo este um resultado da demanda da sociedade civil que almejava melhores condições e acesso a saúde (SOARES, 2011).

O presente trabalho busca analisar como os usuários veem os serviços prestados pelas equipes dos PSF's da cidade de Campos Gerais - MG que é um município de pequeno porte. Sua economia tem como base a agricultura e comércio e que faz uso dos programas de saúde da família, haja vista que, o

município dispõe de equipes para visitas e atendimentos na zona rural, devido as demandas.

Mediante as grandes mudanças que as políticas públicas para a saúde vêm sofrendo e a importância do PSF nessas transformações, questiona-se: Quais as potencialidades e limitações na implementação da ESF em municípios de pequeno porte?

1.1 Objetivos

O presente trabalho possui como foco principal a análise do Programa de Saúde da Família em Campos Gerais, MG.

1.1.1 Objetivo Geral

Discutir a implantação do Programa Saúde da Família no município de Campos Gerais, MG, caracterizando seus avanços e desafios na visão de gestores e usuários do programa.

1.1.2 Objetivos específicos

- Apresentar as políticas públicas que embasam os serviços de atenção primária;
- Compreender como está estruturado a Rede de Atenção à Saúde e sua contribuição para a atenção primária no município de Campos Gerais – MG;
- Descrever os avanços e desafios nos serviços de saúde nas unidades de Estratégias de Saúde da Família no município de Campos Gerais – MG.

1.2 Justificativa

O SUS é um sistema complexo e ao mesmo tempo fascinante de se observar, entretanto, são diversas as suas atuações de forma que nem sempre atinge seus objetivos, para tal, é necessária a parceria com outras áreas para que se obtenha sucesso nas suas ações.

Para tal, visando contribuir com a amplitude dos atendimentos do SUS criou-se as unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF), que visam atendimentos básicos de saúde, com acompanhamento contínuo, visando garantir a saúde, promovendo o bem-estar social, a fim de, proporcionar o direito garantido a todos.

Os profissionais que atuam nas ESF segundo Facchini et al., (2018) colaboram para que o cidadão cadastrado no SUS ou mesmo que esteja desprovido de condições do sustento do lar devido a algum impedimento de saúde, ou que tenha que fazer uso de hospitais para internações e afins, tenha como acessar os recursos assistenciais do governo.

Ao observar a estrutura do SUS verifica que o trabalho desenvolvido para implantar as ESF visam a promoção da saúde à família, e dessa forma, pode-se observar que mesmo ao aproximar as equipes de saúde o mais próximo possível da população ainda se vê uma demanda maior que a oferta.

Pautado nestas observações busca-se entender os principais desafios que a ESF tem tido para atender as demandas de saúde da família em municípios de pequeno porte e como tem sido os trabalhos com resultados satisfatórios para a garantia do direito universal à saúde, no caso o município analisado foi Campos Gerais, MG.

Pretende-se levantar essas questões sobre a saúde básica da família a fim de, em um futuro próximo implantar novos olhares para as ESF e assim, atender as demandas dos usuários garantindo assim, a satisfação dos profissionais envolvidos na mesma.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A saúde no Brasil

É de conhecimento geral que o direito à saúde é universal, estando também previsto na Constituição Federal de 1988 e que a saúde é uma questão social muito debatida nos últimos anos (KRÜGER, 2010).

Este direito está previsto no artigo 196 do diploma legal acima citado:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Sendo um direito garantido a todas as pessoas sem qualquer distinção, é dever do Estado proporcionar tal direito através de políticas sociais e econômicas que busquem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRAVO, 1996).

A saúde foi implementada constitucionalmente, e com a participação da sociedade e estado como resultado das ações da Política Nacional de Atenção Básica:

Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2017, p. 01).

Para a implementação da saúde no Brasil, foi criado o Sistema Único de Saúde em 1990, que busca expandir o direito aos serviços de saúde, de maneira integral e equânime (ANDRADE et al., 2007).

Tal criação visou a expansão e regulamentação dos serviços de saúde no país, mas como descrito acima, realizou movimento inverso dos demais países que compõem a América Latina (MACHADO, 2013).

Valla (1998) explica que a participação popular com relação à saúde no Brasil tem merecido destaque, pois, são alvos de contradições, que serão elucidadas no tópico que ora se redige do presente trabalho.

Além das determinações legais e das deficiências no setor da saúde, há uma questão anterior sobre a saúde que é enfatizada por Valla:

Independentemente da conjuntura atual de políticas neoliberais no Brasil e da conseqüente crise na área de saúde, há uma questão anterior, comum a alguns países da América Latina. Trata-se do compromisso formal dos governos de garantirem assistência médica universal e gratuita às populações. Em havendo condições mínimas de higiene e alimentação, a tendência é menos crianças morrerem antes de completarem um ano, e mais adultos ultrapassarem a idade de 65 anos. E, justamente por serem mínimas as condições de higiene e alimentação, os problemas de saúde consomem ainda mais os recursos disponíveis da área de saúde pública (VALLA, 1998, p.06).

O compromisso formal trata-se de uma política preventiva que garante mínimas condições de alimentação e higiene para que a população não seja alvo de doenças e garante a sobrevivência após os 65 (sessenta e cinco) anos de idade e a diminuição da mortalidade infantil. Ocorre que, como as condições são mínimas não estão sendo eficientes, gerando mais gastos na área de saúde (BRAVO, 1996).

Complementando o raciocínio, Valla (1998) aduz que no caso do Brasil o quadro se torna mais grave pelos baixos salários e as precárias condições de trabalho a que os profissionais de saúde estão submetidos, o que provoca uma evasão do serviço público.

Observando-se o caso do Brasil, além de outros problemas, a situação que torna o sistema de saúde deficitário e ineficiente são os baixos salários e as precárias condições de saúde do setor, que provoca uma evasão no sistema. Muitas vezes, os profissionais da área de saúde são obrigados a trabalhar em condições que prejudicam a própria saúde e sem as condições mínimas de higiene e salubridade, e este fator aliado aos baixos salários e aos desgastes

naturais da função, acabam por prejudicar ainda mais o setor de saúde (KRÜGER, 2010).

No Brasil, há uma demanda grande no quesito saúde mental, que vão desde a ansiedade até os denominados problemas de neurológicos, e há a dúvida levantada por Valla (1998), se o sistema mesmo em bom funcionamento, seria capaz de suprir tal demanda de maneira adequada. De acordo com tal constatação, o autor alerta que os setores da sociedade civil devam se mobilizar para que sejam exigidas transformações e investimentos governamentais (VALLA, 1998).

2.2 Políticas Públicas de Saúde no Brasil

A saúde no Brasil tem um histórico baseado na evolução político social e econômica, ao qual segue uma lógica de processo evolutivo do capitalismo na sociedade brasileira, entretanto, não sendo esta uma prioridade das políticas públicas (ALCÂNTARA, VIEIRA, 2013).

Historicamente tem-se que o Brasil teve suas mudanças na área da saúde por meio de períodos, conforme observa-se no Quadro 1, esses períodos são marcados por relevantes investimentos em políticas públicas para saúde, mesmo que estes investimentos sejam taxados como curtos ou em tempo limitado.

Quadro 1: Períodos Históricos das Políticas Públicas para Saúde no Brasil

Ano	Fatos Históricos
1500 até o Primeiro Reinado	Não havia nenhum tipo de recursos destinados a atenção à saúde. Em 1850 houve algumas ações vinculadas as práticas sanitárias para navios e saúde dos portos.
1889 a 1930	Programas de erradicação da febre amarela, implantação da guarda sanitária, campanhas preventivas, promulgação da Lei Federal nº 1261/1904 tornando obrigatório tomar vacina anti varíola, o que ocasionou uma revolta na população. Investimentos em laboratório e pesquisas na área de profilaxia e epidemiologia. Criação de órgãos vinculados ao saneamento, as áreas hospitalares e ambulatoriais. Criação de fundos de pensões e Previdência Social.
1930	Criação dos Ministérios do Trabalho, Indústria e Comércio, Ministério da Educação.

1934 - 1943	Promulgada uma nova Constituição Federal, criação de sindicatos, sendo aceito somente um por categorias ao qual exigia a contribuição sindical para poder ter acesso a saúde e educação.
1949 – 1950	Criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) mantido pelos demais sindicatos e institutos.
1950 – 1960	Instituição de órgãos normativos e supletivos cujo objetivo é o de orientar a assistência sanitária e hospitalar, criação de órgãos executivos de ação direta contra epidemias, criação de programas de abastecimento de água, esgoto e doenças psicossociais e degenerativas, criação do Ministério da Saúde e a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNRU).
1960 – 1964	Promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social e o Progresso de Unificação dos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), de forma que a saúde ainda mantinha-se inacessível a todos os cidadãos, somente os que trabalhavam tinha acesso à mesma. Os trabalhadores rurais foram inseridos nesta lei somente em 1963 depois de longas reivindicações da classe, surgindo então o FUNRURAL (Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural).
1964 – 1977	Inicia-se o processo de unificação entre o INPs, SAMDU e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social, ao qual o trabalhador, o empregador e a União repassam suas contribuições de forma a criar fundos de aposentadoria e pensões e para a saúde pública.
1978 – 1982	Criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), aumento dos números de leitos hospitalares, divisão das competências ficando a medicina curativa a cargo do Ministério da Previdência e a medicina preventiva a cargo do Ministério da Saúde, entretanto, não havia contribuições suficientes, ocasionando uma crise no sistema no final da década de 70.
1983 – 1987	Criação das Ações Integradas de Saúde, projeto que prevê a ação conjunta entre Ministério da Previdência, Ministério da Saúde e Ministério da Educação, dessa forma a Previdência Social passa a comprar e pagar serviços prestados pelos estados, municípios, órgãos filantrópicos vinculados a prestação de serviços à saúde.
1988 – 1989	A saúde é tida como direito de todos e dever do estado, que agirá integrado e descentralizado
1990 - 1993	Criação e execução do Sistema Único de Saúde (SUS) garantido pela Lei 8080/90, tendo como doutrina ações de universalidade, equidade, integridade, hierarquização, participação popular e descentralização política administrativa, criação do Orçamento da Seguridade Social.
1994 – 2000	Extinção do INAMPS e aumento nas concessões do INSS por meio da determinação de recolhimento de contribuições dos trabalhadores visando custear a Previdência Social, criação

2000 ate os dias atuais do Programa de Saúde da Família (PSF) vinculado as políticas públicas do Programa de Atenção Básica (PAB). O SUS já não comporta a demanda e recebe críticas severas sobre as suas limitações, entretanto, o mesmo vem suportando bem os entraves econômicos e de infraestrutura.
 FONTE: POLIGNANO, (2010).

A saúde iniciava uma caminhada histórica coberta por ações sociais, que visam o direito à saúde de forma mais abrangente, para que a saúde fosse para todos, sem esquecer-se da atenção e cuidados com o enfermo, dando a devida atenção a família ou mesmo a real situação sócia econômica do mesmo, pois diversas doenças poderão ser controladas, evitando que gere surtos ou mesmo tornar-se uma epidemia (JUNQUEIRA, 2004).

O primeiro caso de trabalho social da área da saúde foi desenvolvido por Carlos Chagas na década de 20, conhecida como Reforma Carlos Chagas, de forma que iniciou trabalhos de expansão do atendimento a todos, sendo este o ponto de partida para a promulgação da Lei Eloy Chaves, que deu início a Previdência Social, substituindo o então sistema de Caixa de Aposentadorias e Pensão (CAPS) (BRAVO, 2006).

O CAPS assegurava assistência médica e aposentadoria para seus contribuintes, além do fornecimento de medicações, sendo o período de maior atividade o da década de 30, para então em 1938 ser anexado ao Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAPS) que foi agregando mais trabalhadores para sua manutenção, pois trabalhava seguindo os modelos sindicalistas (PORTELA, 2009).

As questões sociais que ainda assolavam o Brasil, permeavam também a saúde, dessa forma iniciou-se os processos de questão política, tentando achar formas de atender os trabalhadores, mas também os cidadãos que viviam em vulnerabilidade social e que não eram poucos, dessa forma iniciaram os trabalhos em duas vertentes para a formação de uma política de saúde que teve início na década de 30, e que teve abrangência nacional, o de saúde pública e o de medicina previdenciária, conforme relata Bravo (2006) em seus estudos:

O subsetor de Saúde pública será predominante até meados de 60 e se centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo.

O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de Saúde pública a partir de 1966 (BRAVO, 2006, p.91).

Já na década de 70 a 80 houve registro de relevantes modificações na área da saúde sanitária brasileira, o país estava em crise fiscal, o modelo de atenção à saúde estava desmoralizado, resultado disso é o surgimento de novos atores sociais no cenário político nacional, por isso iniciou-se uma Reforma Sanitária, ao qual mais tarde deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) (CARVALHO et al., 2007).

Krüger (2010, p. 129), afirma que o Movimento Sanitário da década de 80 é o que impulsionou o reconhecimento do Serviço Social como instituição e como área política a ser trabalhada, ouvida e participar contribuindo para outros setores, haja vista que, a questão social no Brasil ainda demandava muito atenção e ação, de forma que “as forças que reconheciam os fundamentos de classe da sociedade e do Estado conviveram com ideias reformistas e conciliadoras, vindos nas últimas décadas a sofrer forte influência teórico-metodológicas conservadoras”.

O que se observa é que neste período a crise econômica agravou não só a distribuição de renda e a qualidade de vida dos cidadãos, mas também gerou a necessidade da atenção à saúde, pois com a crise as receitas fiscais e as contribuições sindicais reduziram de forma relevante, mesmo o governo apresentando uma abertura política, o desemprego aumentava (VILLAR, 2008).

Bravo relata que os trabalhadores iniciaram diversas mobilizações na década de 80, a fim de, despertar a atenção do governo para a questão da saúde:

Em 1986, ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), um evento que contou com grande participação dos trabalhadores, representação de usuários dos serviços de saúde, de parte dos prestadores de serviços da saúde, e do Governo. Teve como eixos temáticos “Saúde como direito de cidadania”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”. Esta Conferência foi o marco mais importante na trajetória da política pública de Saúde no Brasil, aprovou a proposta de Reforma Sanitária, que, mais tarde, serviria de base a seus defensores na reformulação da Constituição Federal de 1988 (BRAVO, 2004, p. 33).

Cunha (2010) apud Bravo (2006), também debate sobre a questão do movimento realizado no final da década de 80 qualificando como Movimento da Saúde Coletiva que foi totalmente amparado por outros setores.

É certo que a partir da década de 90 foi possível observar investimentos maiores em programas e projetos voltados a saúde visando cumprir a premissa constitucional a qual prega que a saúde é direito de todos (BRASIL, 1996).

Desde a Constituição Federal de 1988 (CF/88) o Brasil vem trabalhando a dualidade entre a medicina preventiva e a curativa, buscando ter resultados satisfatórios no que relaciona a demanda dos brasileiros, para tal, foi criada algumas políticas públicas voltadas à prevenção da saúde e o cuidado com primário com a saúde (BRASIL, 2000).

Alcântara e Vieira (2013), também descrevem sobre as mudanças apresentadas com a CF/88, ao qual não só a saúde, mas também a seguridade social que passou a trabalhar em algumas etapas com a saúde por meio da Previdência Social:

A Constituição Federal de 1988 traz elementos essenciais à consolidação do processo democrático que encerrou a ditadura militar no país. São inegáveis os avanços na abordagem sobre os direitos e garantias fundamentais. O conceito de Seguridade Social, constante no referido documento, define que esta deve ser composta pelo tripé Saúde, Previdência Social e Assistência Social e tal concepção de proteção social no Brasil foi resultado da intensa mobilização social em prol da ampliação da esfera pública e da democratização (ALCÂNTARA E VIEIRA, 2013, p. 06).

No que tange as suas dificuldades, observa-se que se centralizaram nos repasses e financiamentos para manutenção dos programas, mesmo porque a área da saúde sofre com os dilemas socioeconômicos, que segundo Behring e Boschetti (2008, p. 13) são resultados do “capitalismo e das propostas de ajustamento assentadas em bases neoliberais, o que determina uma diminuição do investimento, bem como a redução das responsabilidades assumidas pelo Estado”.

Segundo Mioto e Nogueira (2009) os princípios do SUS são amplamente sociais, principalmente no que tange aos processos de saúde e doença, pois ele oferta programas que promovem saúde e bem-estar social, ampara quem não tem condições, busca a prevenção por meio de programas de saúde primária,

cuida das questões sociais por meio de tratamentos, acompanhamentos, orientações para quem está passando por processos de dependência e afins, educação em saúde, prevenção de doenças, campanhas educativas, toda uma estrutura para um trabalho social e protetivo.

2.3 O Sistema Único de Saúde - SUS

O SUS tem funcionado com poucos recursos, o que de certa forma obriga a limitar a quantia de atendimento seja clínico ou especializado, por conta desse fator a demanda tem crescido de forma desordenada se comparado com a quantia de serviços disponíveis ao cidadão. Isso tem gerado fortes e severas críticas ao mesmo (BRASIL, 2002).

Entretanto, diversas publicações afirmam que essa situação é reflexo da Reforma do Estado ou contrarreforma, como também é conhecida, ao qual defendem que o mesmo deixou de cumprir suas funções básicas investindo mais em políticas públicas para o setor produtivo, esgotando as estratégias para alterar a burocracia excessiva instalada nos órgãos públicos, principalmente na área da saúde, ao qual por volta de 1995 implantou-se um modelo gerencial, com características de descentralização, eficiência, controle dos resultados devendo ser eles produtivos, principalmente na área da saúde (BRAVO, 2006)

Como a saúde é direito de todos garantida pela Constituição Federal de 1988, e que não tem sido tão garantida devido ao alto índice de buscas por tratamentos especializados ou mesmo porque há pacientes que necessitam de algum diferencial, seja por viver em risco de vulnerabilidade social (ou que já vive nestas condições), ou que de alguma forma não conseguiu acesso ao serviço, para tal, alguns órgãos públicos vinculados à área da saúde mantêm um assistente social de forma que este possa garantir que seus direitos sejam válidos (BRASIL, 2008).

Alcântara e Vieira (2013) descrevem que os cidadãos brasileiros que dependem do acesso aos serviços prestados pelo SUS tem gerado resultados alarmantes, haja vista que, a demanda tem ocasionado um relevante atraso nos resultados dos exames, nas consultas, nos tratamentos, o que gera custos para o governo, pois esses atrasos ocasionam medidas imediatas para tratamentos onerosos que poderiam ter sido evitados se houvesse diagnóstico imediato.

Entretanto, não basta somente acessar o SUS, é preciso que o atendimento seja humanizado, por isso em 2003 o governo federal lança a Política Nacional de Humanização, que visa garantir o atendimento integral e humano não só ao paciente, mas a família também, de forma que o tratamento seja o mais breve possível, e em grande parte é um serviço destinado aos cuidados dos agentes de saúde.

2.4 Programa de Saúde da Família – PSF

O SUS é o mais completo e complexo sistema de atendimento popular referente à saúde do mundo. Muitos países almejam implantar esse sistema, pois observam que o projeto é audacioso e fascinante, o qual atende de forma democrática toda a população, com serviços interligados através de um cadastro que todo usuário deve fazer, cujo banco de dados fica sobre controle do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018).

Através desse banco de dados é possível traçar o histórico dos usuários e ter um controle maior sobre a disponibilidade e a demanda de serviço (RIZZOTO et al., 2014).

O Programa de Saúde da Família (PSF) é tido como uma verdadeira reforma dentro da política de saúde preventiva, seus objetivos estão voltados para a prevenção e assistência a saúde da população brasileira (SANTOS; BENEDETTI, 2012).

O programa saúde da família (PSF) é considerado um meio relativo de reforma na política sanitária de saúde e vem provocando grandes alterações na operação política do Brasil. O PSF, que foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, objetiva à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios para melhoria da qualidade de vida, em que o atendimento hospitalar era designado somente para cura de doença, o que destacava um modelo tradicional de assistência à saúde não existindo um foco específico para cada situação de emergência.

O objetivo da implantação do PSF foi reestruturar a prática assistencial em novos critérios e bases, estabelecendo um modelo baseado na família e na comunidade, procurando a prevenção e promoção da saúde (LIMA, 2003).

Buscando novos parâmetros para a saúde e nas leis, portarias e decretos presidenciais o governo federal foca todos os empreendimentos a partir de 2011 visando integrar a vigilância em saúde e na Atenção Básica, com isso tem-se as Estratégias de Saúde da Família (ESF) a qual funciona em sistema de tripartite por meio da Portaria MS/GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, tendo uma nova organização e a ação mais ativa e eficiente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2011).

A ESF visa acompanhar melhor a saúde por microrregiões, as equipes mantem a estrutura fixa e deverá acompanhar as famílias cadastradas em sua área de atuação ou território adstrito conforme se observa em suas normativas:

[...] cada equipe deverá ser constituída por no mínimo médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2011).

O objetivo da mesma é promover ações que visam a prevenção a doenças por meio das várias estratégias adotadas pelo gestor de saúde e pela equipe, haja vista que, cada região tem seu perfil e na maioria das vezes são realidades diferentes (GODIM, 2012).

Cada membro da equipe tem sua função específica e suas obrigações para com a ESF e para com seus pacientes/ clientes, desta forma, ficou definido as atividades competentes a cada um em busca de um trabalho em equipe eficiente e promissor conforme se observa na Figura 1.

Figura 1 – Cargos da ESF

<p>Iniciaremos comentando sobre as prerrogativas do enfermeiro (BRASIL, 2011), profissional que exerce privativamente a direção dos órgãos de enfermagem e integra a estrutura básica de instituições de saúde, pública ou privada, e a chefia de serviço de enfermagem, coordenando a atuação do auxiliar e do técnico.</p> <p>Ao enfermeiro cabe atender a saúde dos indivíduos e famílias cadastradas, realizando consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos, solicitar exames complementares, prescrever medicações e gerenciar insumos e encaminhar usuários a outros serviços. Cabem a ele também as atividades de educação permanente da equipe de enfermagem, bem como o gerenciamento e a avaliação das atividades da equipe, de maneira particular do agente comunitário de saúde (ACS), que ocupa na ESF papel fundamental para a manutenção do vínculo entre os usuários e a Unidade de Saúde.</p>
<p>O médico (BRASIL, 2011) é um profissional que se ocupa da saúde humana, promovendo saúde, prevenindo, diagnosticando e tratando doenças, com competência e resolutividade, responsabilizando-se pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário. Para que possa atender à demanda dos indivíduos sob sua responsabilidade, deve realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, de forma compartilhada, consultas clínicas e pequenos procedimentos cirúrgicos, quando indicado na Unidade de Saúde, no domicílio ou em espaços comunitários, responsabilizando-se pela internação hospitalar ou domiciliar e pelo acompanhamento do usuário.</p> <p>Além disso, o médico deve, em um trabalho conjunto com o enfermeiro, realizar e fazer parte das atividades de educação permanente dos membros da equipe e participar do gerenciamento dos insumos.</p>
<p>O agente comunitário de saúde (ACS) exerce o papel de “elo” entre a equipe e a comunidade, devendo residir na área de atuação da equipe, vivenciando o cotidiano das famílias/indivíduo/comunidade com mais intensidade em relação aos outros profissionais (FORTES; SPINETTI, 2004). É capacitado para reunir informações de saúde sobre a comunidade e deve ter condição de dedicar oito horas por dia ao seu trabalho. Realiza visitas domiciliares na área adscrita, produzindo dados capazes de dimensionar os principais problemas de saúde de sua comunidade. Estudos identificam que o ACS, no seu dia a dia, apresenta dificuldade de lidar com o tempo, o excesso de trabalho, a preservação do espaço familiar, o tempo de descanso, a desqualificação do seu trabalho e o cansaço físico (MARTINES; CHAVES, 2007). A esses profissionais cabe cadastrar todas as pessoas do território, mantendo esses cadastros sempre atualizados, orientando as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis. Devem acompanhá-las, por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas, buscando sempre a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS.</p> <p>Devem desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês ou, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, em número maior. A eles cabe “o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe” (BRASIL, 2011).</p> <p>O ACS também é responsável por cobrir toda a população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2011).</p>
<p>Ao técnico e auxiliar de enfermagem cabe, sob a supervisão do enfermeiro, realizar procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão tanto na Unidade de Saúde quanto em domicílio e outros espaços da comunidade, educação em saúde e educação permanente (BRASIL, 2011).</p>
<p>O cirurgião-dentista é o profissional de saúde capacitado na área de odontologia, devendo desenvolver com os demais membros da equipe atividades referentes à saúde bucal, integrando ações de saúde de forma multidisciplinar.</p> <p>A ele cabe, em ação conjunta com o técnico em saúde bucal (TSB), definir o perfil epidemiológico da população para o planejamento e a programação em saúde bucal, a fim de oferecer atenção individual e atenção coletiva voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, de forma integral e resolutiva. Sempre que necessário, deve realizar os procedimentos clínicos, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, além de realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea e ao controle de insumos (BRASIL, 2011).</p>
<p>É responsável ainda pela supervisão técnica do Técnico (TSB) e do Auxiliar (ASB) em Saúde Bucal e por participar com os demais profissionais da Unidade de Saúde do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2011).</p> <p>Ao técnico em saúde bucal (TSB) cabe, sob a supervisão do cirurgião-dentista, o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal, a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos, a remoção do biofilme e as fotografias e tomadas de uso odontológicos a limpeza e a antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, e as medidas de biossegurança de produtos e resíduos odontológicos.</p> <p>É importante que esse profissional integre ações de saúde de forma multidisciplinar, oferecendo apoio e educação permanente aos ASB, ACS e agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal.</p> <p>O auxiliar em saúde bucal (ASB) realiza procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão, como limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho, processa filme radiográfico, seleciona moldeiras, prepara modelos em gesso, além das demais atividades atribuídas ao TSB (BRASIL, 2011).</p>

Fonte: Brasil, (2011).

Os cuidados dispensados as famílias cadastradas na ESF são complexas pois visa acompanhamento individual e coletivo, mantendo a vigilância em saúde e estratégias que buscam a promoção da saúde em tempo integral, os cuidados para com as várias faixas etárias presentes da região adscrita, pois inicia no acolhimento e acompanha o cidadão enquanto ele estiver residindo na mesma (BRITO et al., 2018).

O Ministério da Saúde lançou em 2011 um programa para avaliar os serviços prestados pelas equipes da ESF visando qualidade nos atendimentos

e resultados, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011 ampliou o acesso a saúde, bem como conseguiu manter a qualidade nos atendimentos e serviços prestados. Seu objetivo é de avaliar a adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa dentro da ESF conforme se observa na Figura 2, que apresenta uma síntese de como ocorre a avaliação do PMAQ.

Figura 2 – Síntese PMAQ

1	Na primeira fase do PMAQ ocorre a adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de Atenção Básica e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, num processo que envolve a participação do controle social. Os municípios receberão inicialmente, no momento da adesão ao PMAQ-AB, 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável por equipe contratualizada.
2	Na segunda fase será desenvolvido um conjunto de ações pelas equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover mudanças da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, a fim de produzir a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Está organizada em quatro dimensões: Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente; e Apoio Institucional.
3	Na terceira fase ocorre a avaliação externa, quando são averiguadas as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da Atenção Básica, participantes do programa.
4	Finalmente, a quarta fase é constituída por um processo de pactuação das equipes e dos municípios, estabelecendo-se novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados nas fases 2 e 3 do PMAQ.

Fonte: UMA-SUS, (2014).

A ESF trabalha em forma codependente, ou seja, faz parte da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que é um conjunto de serviços, equipe multidisciplinar e equipamentos que ficam disponíveis não somente para uma determinada unidade ou município, mas para atender um público maior, ampliando o espaço geográfico ampliando a rede de cuidados e favorecendo os resultados em busca de um melhor acompanhamento a saúde (BRITO et al., 2018).

3 METODOLOGIA

3.1 Classificação do estudo

O presente estudo se caracteriza como um estudo de caso descritivo, buscando responder sobre a implantação do Programa Saúde da Família no município de Campos Gerais, MG.

Gil (2008, p. 50) apresenta a pesquisa descritiva como sendo propícia a “descrever características de determinadas populações ou fenômeno, buscando as informações por meio de busca ativa dos dados por meio de observações e questionários”.

Segundo Mendes et al., (2008) ao abordar sobre PSF e ESF poderá utilizar-se também de uma revisão de literatura e documentos de maneira integrativa visando identificar, bem como analisar os dados para então sintetizar os resultados colhidos durante o estudo. Por isso esse estudo também se classifica como documental.

Quanto à natureza da pesquisa se classifica como qualitativa, com foco científico conforme esclarece Minayo (1993, p. 23) “Pesquisar, significa, de forma bem simples, procurar respostas para indagações propostas”.

No momento seguinte verificou-se quais são os limites e desafios enfrentados pelos atuais gestores por meio de documentos já publicados pela imprensa da Prefeitura Municipal de Campos Gerais, MG.

3.2 Localidade do Estudo

A cidade de Campos Gerais se caracteriza por ser uma cidade de médio porte, com uma população estimada em 28.842 pessoas conforme aponta o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021). Sua economia é baseada no agronegócio e na produção de pequenos produtores de café, leite e milho.

O município possui oito unidades de ESF para atendimento ao PSF, sendo seis unidades na zona urbana, uma unidade itinerante que atende a zona rural e uma unidade no distrito de Córrego do Ouro.

3.3 Coleta e Análise de dados

Inicialmente foi realizado o contato com a Secretaria Municipal de Saúde apresentando a proposta e solicitado materiais para o início da pesquisa ao qual foi cedido e apresentado a forma de como foi elaborada a pesquisa e qual a finalidade das mesmas. Os relatórios apresentaram informações estatísticas das UBS do município de Campos Gerais, MG.

Também foram colhidos dados secundários da Secretaria de Saúde municipal como quantidade de UBS ativas no município, bem como o distrito de Córrego do Ouro, verificou-se também o quantitativo de profissionais envolvidos e como é a estrutura de trabalho e os serviços prestados.

Foi apresentado pela atual secretária municipal de saúde que com a implantação do PSF rural o município passou a ter 100% de cobertura da atenção básica com atendimentos e acompanhamentos semanais. Em Campos Gerais há 29.987 registros pelo SUS na Atenção Básica à Saúde, os nascituros já são cadastrados nos PSF assim que os pais já detêm a certidão de nascimento para então tomar as primeiras vacinas obrigatórias e já inicia o acompanhamento da puérpera e da criança. As crianças em fases escolares também são acompanhadas e tem seu cartão do SUS atualizado, principalmente dados como endereço e contato, da mesma forma são utilizados os acompanhamentos aos trabalhadores, pacientes crônicos, domiciliados, acamados, idosos, mulheres e os que recebem mensalmente a visita dos agentes de saúde que buscam sempre cadastrar e atualizar todos os residentes de sua área de trabalho.

Foi realizado uma entrevista semiestruturada informal com a atual secretária de saúde visando obter mais informações para a coleta de dados sobre como é a visão e gestão da Atenção Básica à Saúde e a gerência das UBS e como são trabalhadas as sugestões e críticas, haja vista que, já fazem pesquisa de qualidade do atendimento e dos serviços prestados, sendo estas as perguntas apresentadas.

Para Marconi e Lakatos (2007, p. 33) a entrevista é “um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações sobre determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional” cujo principal objetivo é tratar um problema social, buscando os mais variados diagnósticos por meio de um roteiro de perguntas.

O processo de análise de dados é definido por Kerlinger (1980, p. 353) como “a categorização, ordenação, manipulação e sumarização de dados” e tem por objetivo reduzir grandes quantidades de dados brutos a uma forma interpretável e mensurável (ZANELLA, 2009, p. 127).

Para análise dos dados coletados na pesquisa foi utilizada a técnica qualitativa de análise de conteúdo. Conforme indica Zanella (2009, p. 129), esta técnica “é constituída de três fases: a pré-análise; a análise do material, também chamada de descrição analítica; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”. Para a autora, esta é uma técnica bastante utilizada em estudos administrativos. Segundo ela,

A análise de conteúdo trabalha com materiais textuais escritos, tanto textos que são resultados do processo de pesquisa como as transcrições de entrevista e os registros das observações, como textos que foram produzidos fora do ambiente de pesquisa como jornais, livros e documentos internos e externos das organizações (ZANELLA, 2009, p. 128).

Para tal, foram utilizados documentos e registros das pesquisas já trabalhados pela Secretaria Municipal de Saúde sobre a avaliação dos serviços prestados nos PSFs.

Desta forma apresenta-se de maneira visual a forma de coleta e análise dos dados conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 – Percurso Metodológico

Objetivo	Método de Coleta	Método de análise
Coleta de dados e documentos na secretaria municipal de saúde	Relatórios e dados sobre atual situação	Interpretação de dados
Entrevista com secretária de saúde	Entrevista semiestruturada	Construção de relatório
Levantamento bibliográfico	Seleção de materiais	Artigos e publicações relacionadas à saúde básica e saúde da família

Fonte: Elaborado pela autora, (2021).

O levantamento de dados ocorreu entre outubro de 2019 a abril de 2020.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Campos Gerais conta com um setor específico para a saúde primária e atenção básica a saúde ao qual tem-se uma coordenadora de Estratégia de Saúde da Família e duas assistentes, três pessoas responsáveis pelos agendamentos de exames complexos e de alto custo para a saúde primária ao qual são realizados nas clínicas conveniadas e pelo consórcio de saúde ao qual o município participa (CAMPOS GERAIS, 2021).

Os dados são oriundos do Portal e-SUS AB para a atenção básica e o e-SUS SB para as equipes de saúde bucal que é de acesso restrito a colaborador cadastrado. A estrutura dos programas inicia-se com o preenchimento e a digitação das fichas de cadastro domiciliar e cadastro dos indivíduos no sistema CDS. Em agosto de 2017, todas as UBS deixaram de utilizar o CDS *offline* (onde os arquivos de transmissão ao SISAB com as informações geradas eram agrupados manualmente via *pendrive*) e passaram a acessar o CDS *online* via navegador de internet através do PEC Centralizador (que agrupa e transmite as informações geradas nas UBS) instalado na Secretaria Municipal de Saúde (CAMPOS GERAIS, 2021).

Considerando que o lançamento (digitação) e a transmissão sistemática da produção realizada diariamente pelas ESF acontecem desde o início da transição, ou seja, existe um cenário de implantação e operacionalização ativo, a ideia inicial se deu na verificação da estrutura física e tecnológica das UBS e do cartão nacional de saúde dos usuários e dos profissionais das equipes de saúde, considerando a importância da higienização deste banco de dados junto à funcionalidade do e-SUS AB.

São sete unidades básicas de saúde na zona urbana, uma unidade de saúde no distrito do Córrego do Ouro e uma equipe de PSF Rural que atende as famílias residentes nas comunidades rurais com um total de oito médicos, oito enfermeiros coordenadores, oito técnicos de enfermagem, cinco dentistas, cinco auxiliares de dentista, quarenta agentes comunitários de saúde, oito auxiliares de limpeza, oito atendentes e quatro motoristas com dois carros a disposição.

A saúde primária ainda conta com a equipe de apoio da Policlínica que conta com cinco médicos especialistas para atendimento aos cadastrados nas

UBS, quatro técnicos de enfermagem, duas enfermeiras, três atendentes, duas profissionais de limpeza. A policlínica trabalha com horário estendido devido a cultura do café no município, ao qual boa parte da população trabalha e chega tarde, desta forma o atendimento na referida unidade de saúde tem sido das 7h às 22h.

As UBS trabalham uma vez ao mês com horário semelhante para atendimento dos seus pacientes cadastrados e previamente agendados, com horário das 7h às 20h. As visitas domiciliares que ocorrem durante o dia também ocorrem a noite visando encontrar os que trabalham o dia todo fora de casa.

A média de atendimento médico realizados nas UBS chegam a 12 consultas clínicas por unidade chegando a 100 atendimentos por dia e na Policlínica são realizados em torno de 140 atendimento ao dia (CAMPOS GERAIS, 2021).

A equipe de enfermagem apresenta produção de aferir pressão artéria e glicemia em torno de 110 atendimentos ao dia com cerca de 60 curativos nas unidades e visitas domiciliares para curativos (CAMPOS GERAIS, 2021).

As UBS dispõem de nutricionistas que atendem em média 15 pessoas por dia (cada dia estão em uma unidade) e psicólogo que segue a mesma sequência de atendimento que a nutricionista com a mesma escala de trabalho. O serviço de fisioterapia é ofertado com profissionais terceirizados de clínicas conveniadas (CAMPOS GERAIS, 2021).

As coletas de exames clínicos são realizadas nas UBS com média de 30 vagas semanais, os exames complexos são realizados nos laboratórios conveniados em uma média de 40 vagas por semana.

A equipe de ACS realiza em média 350 a 400 visitas por dia buscando atender toda a área urbana e rural do município e distrito, fazendo o trabalho de prevenção e cuidados paliativos para com cada membro cadastrado (CAMPOS GERAIS, 2021).

São trabalhadas metas de atendimentos e de atenção à saúde, desta forma os ACS estão em constantes visitas, acompanhando os pacientes, orientando quanto a exames, consultas, tratamentos, encaminhamento a consultas ou avaliações com os profissionais conveniados.

Em 2020 a rotina dos atendimentos e visitas tem sido alteradas devido a Pandemia Covid 19, uma vez que houve redução no tempo de atendimento das

visitas domiciliares, ao qual os ACS não entram mais na casa dos pacientes, o que outrora era comum para conferir medicações, condições do ambiente principalmente dos pacientes domiciliados e acamados. As visitas médicas também foram reduzidas somente para casos de necessidade médica, outrora havia as visitas preventivas principalmente a idosos, acamados e domiciliados. Tais ações visam evitar o contágio dos pacientes de risco como hipertensos, cardiopatas, diabéticos, pacientes com doenças crônicas entre outros além de assegurar a saúde dos ACS e demais membros das equipes (CAMPOS GERAIS, 2021).

Foi criada uma equipe de atenção básica com médicos e profissionais especializados em atendimentos de alto risco para realizar os atendimentos a suspeitos e casos de sintomáticos respiratórios e casos COVID 19 positivados. São realizados monitoramentos, acompanhamento médico e medicamentoso a todos os pacientes que procuram o ambulatório sintomático. São realizados em média 40 atendimentos ao dia (CAMPOS GERAIS, 2021).

Os atendimentos as consultas continuam normalizados, porém, os pacientes devem chegar no seu horário não podendo atrasar ou adiantar, a fim de evitar aglomerações. As equipes receberam Equipamentos de Proteção Individual (EPI) visando resguardar a saúde das equipes e evitar contágio.

Os exames de alto custo ou alta complexidade estão sendo novamente agendados pois desde abril de 2021 os municípios conveniados haviam suspenso os atendimentos e agendamentos devido a pandemia Covid 19. Os cuidados e orientações da Secretaria de Saúde e do Ministério da Saúde continuam sendo trabalhados até que o Estado de Minas Gerais saia do estado de calamidade pública.

4.1 Políticas Públicas para o Serviço de Atenção Primária a Saúde em Campos Gerais - MG

A secretaria municipal de saúde de Campos Gerais – MG conta com algumas políticas públicas para a promoção da saúde e atenção primária, para os setores de urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Essa composição forma as Redes de Atenção de Saúde (RAS) que segundo o Decreto nº

7.508/2011 trata-se de uma organização que visa garantir o acesso universal e igualitário a todo cidadão independentemente do nível de complexidade (BRASIL, 2011).

As ações políticas sobre a promoção da saúde e atenção primária ocorrem por meio de financiamentos conforme destaca a Lei Complementar nº 141/2012, cujos principais instrumentos tem-se o Plano de Saúde e Plano Diretor de Regionalização que ocorre a cada quatro anos, na mesma periodicidade ocorre o Plano Plurianual ao qual apresenta todas as ações a serem executadas a partir do segundo ano de gestão, anualmente tem-se a Lei de Diretrizes Orçamentárias, a Lei Orçamentária Anual vinculadas as leis e diretrizes, bem como a Programação Anual de Saúde que norteia as principais execuções e para findar-se tem o Relatório de Gestão que deve ser elaborado e aprovado pelo conselho de gestão municipal antes do dia 31 de maio para que possa tramitar para aprovação do ano em curso. Os recursos seguem prerrogativas da lei considerando a composição de 15% (quinze por cento) das arrecadações de impostos para os serviços públicos de saúde (BRASIL, 2012).

Na prestação de contas realizada no início do ano de 2020 pela secretaria municipal de saúde foram utilizados os 15% da arrecadação além de contrapartidas geradas pelo próprio município durante o ano de 2019 para manter as ações de redução das filas de espera.

Segundo Tapscott (2011) o SUS vive em constante desafio para se manter, e para que seus objetivos sejam atingidos é preciso muito mais do que os financiamentos disponíveis, uma vez que a demanda pelo acesso a saúde ainda é elevada e requer atenção.

4.2 Estrutura da Rede de Atenção Primária

A população de cobertura das UBS em 2019 chegou a 93% da população ofertando atendimento semanal na zona rural, a perspectiva da atual gestão é finalizar o ano de 2020 com 95% de cobertura de atendimentos. Os casos que não têm recebido cobertura referem-se a regiões rurais que estão mais próximas de outros municípios e a população local não faz uso dos serviços no município de Campos Gerais – MG. Essa é uma característica do município, um relevante e vasta área rural, chegando a ter comunidade com mais de 35 km para acesso

aos serviços de saúde. A Rede de Atenção à Saúde manteve uma estrutura vinculada à Secretaria Municipal de Saúde e é de lá que vem o controle para as ações desenvolvidas na saúde municipal conforme se observa na Figura 3.

Figura 4 – Rede de Atenção à Saúde em Campos Gerais, MG



Fonte: Mendes, (2011).

No que tange as visitas domiciliares em 2019 foram realizadas em média 10 visitas diárias por agentes das UBS, o município atualmente conta com horários de visitas noturnas as quais ocorrem uma vez ao mês, visando ampliar o contato com o cidadão. Há atendimentos noturnos também para a população que trabalha durante o período de atendimento convencional, desta forma o cidadão passou a receber mais atenção e houve segundo a secretária de saúde melhoria na prevenção a doenças.

A equipe de enfermagem também faz visitas para controle das condições clínicas de pacientes idosos, domiciliados e acamados, de forma que aferem a pressão arterial, glicemia capilar, curativos, visitas pós cirúrgicas, visitas neonatais e puérpera para as devidas orientações e dúvidas entre outras ações que possam levar a saúde a quem por algum motivo está impossibilitado de

visitar a UBS. Em 2019 foram realizadas em média 480 atendimentos externos por mês pelas equipes de enfermagem (CAMPOS GERAIS, 2021).

Para Mendes (2011) o acompanhamento as comorbidades como pressão arterial, diabetes, as visitas as pessoas com baixa mobilidade ou mesmo que estão acamados são relevantes pois evitam riscos de condições mais graves a saúde como infartos, acidente vascular cerebral (AVC) entre outras doenças que são prevenidas pelo controle e acompanhamento. Essa é a proposta inicial da saúde da família, a prevenção por meio de profissionais que orientam e assim reduz os índices de doenças letais ou que imobilizam as pessoas.

Houve um aumento de 47% nos atendimentos laboratoriais, ao qual os médicos das UBS têm investido nas investigações de forma que o paciente consegue fazer 91% dos exames pelo SUS (40% deles são realizados em laboratórios conveniados pela secretaria de saúde). No que tange aos exames de imagens especializados são realizados pelo convênio intermunicipal ao qual dispõe de 150 vagas mensais.

São realizadas ações para redução das filas de esperas por meio de mutirões com profissionais especializados como oftalmologista, mastologista, neurologista, fonoaudióloga e outras especialidades em que se encontram com filas de espera com mais de 90 dias. Os profissionais advêm do convênio intermunicipal ao qual a secretaria de saúde sempre mantém ativo com suas vagas.

Quanto as ações preventivas são realizadas em média 500 exames citopatológicos e 500 mamografias mensalmente encaminhados pelas UBS. Há um controle de forma que todas as mulheres em idade ativa (40 a 60 anos) realizem uma vez ao ano os exames de prevenção ao câncer de mama e colo uterino.

No que tange a vacinação a cobertura de atendimento para com crianças com menos de 5 anos chega a 98,6%, uma vez que o Centro de Vacinação trabalha em parceria integral com as equipes de UBS que vão fazendo a busca ativa e mantendo as vacinas em dia. Esse é um dos indicadores da saúde materno infantil, de forma que é bem monitorada no município, haja vista que as vacinas em dia reduzem as internações e possíveis complicações na saúde da criança.

O acompanhamento gestacional e puérpero chega a 89,9% para gestantes em geral e 100% para as gestantes que optam fazer o tratamento pelo SUS. São realizadas seis consultas pré-natal nas UBS com total acompanhamento das equipes envolvendo o médico da família, enfermagem, acompanhamento domiciliar pelo ACS, atendimento nutricional, odontológico e psicológico (principalmente para os casos de gestação não desejada ou cuja mãe já fazia acompanhamento psicológico/ou medicação psicológica) posteriormente. Ao finalizar a fase de atendimento na UBS a gestante é encaminhada para finalizar os atendimentos na Policlínica ao qual serão consultas com maior frequência pelo ginecologista e obstetra. O acompanhamento do ACS continua e a atualização do prontuário de acompanhamento é atualizado semanalmente na UBS (CAMPOS GERAIS, 2021).

Após o parto a puérpera e o bebê recebem as visitas da equipe de enfermagem e ACS para iniciar as orientações de cadastros, vacinações, recuperação, orientações sobre o aleitamento, sobre as condutas com o bebê, o cuidado para com ambos, mãe e bebê entre outras ações que viabilizem a chegada de um novo membro na família e que possa garantir segurança e atenção.

Para os pacientes acamados são realizadas semanalmente consultas domiciliares, nesta modalidade o médico desloca-se a residência de pessoas com baixa mobilidade ou que estão acamadas para iniciar o acompanhamento *in loco*. Todos os procedimentos solicitados pelo médico ocorrem na residência da pessoa como coletas de materiais para análises clínicas, fisioterapias, consulta nutricional, consulta psicológica, procedimentos de curativos e injetáveis entre outros. A média de visitas semanais em 2019 foram de 102 consultas.

4.3 Avanços nos Serviços de Saúde em Campos Gerais – MG

A secretaria municipal de saúde buscou por meio dos programas e ações disponíveis pelo Ministério da Saúde implantar formas de atuar compatível com a população de aproximadamente 30 mil habitantes. Desta forma conta-se com equipes de profissionais que atuam dentro e fora das unidades de saúde. Uma

das medidas implantadas para dispor do acesso a saúde foi a criação das academias de saúde.

O município conta com quatro unidades de academias que atendem em média 100 pessoas por encontro, são realizados cerca de dois encontros semanais com duração de 60 min. São profissionais de Educação Física, Fisioterapia e enfermagem que acompanham o cidadão que deseja participar das atividades físicas monitoradas. As estruturas físicas são adaptáveis a todo o biotipo e o estímulo as práticas saudáveis se dão por meio das visitas dos ACSs ou pela rádio local.

Outra medida que a gestão municipal de saúde tomou foi vincular o cadastro escolar a caderneta de vacinação, ou seja, somente poderá matricular os filhos em Centro Municipal de Educação Infantil (CEMEI) se as vacinas estiverem em dia e a verificação é realizada duas vezes ao ano. As equipes da UBS juntamente com a equipe do centro de vacinação visitam as escolas e avaliam as cadernetas de vacinação a cada trimestre. O objetivo é chegar aos 100% de cobertura e manter o indicador.

Essa ação é conhecida como Programa Saúde na escola a qual a secretaria de saúde também disponibiliza a visita e acompanhamento nutricional e da enfermagem para acompanhar as condições clínicas dos alunos.

Há também a formação de grupo de tabagismo que visa acompanhamento clínico e psicológico visando a conduta de deixar o vício. Os medicamentos e tratamentos são todos ofertados pelo SUS por meio da farmácia municipal aos pacientes cadastrados no programa. São avaliados clinicamente a cada 30 dias e toda semana são acompanhados pela psicóloga em sessões de 3 horas. O programa é realizado em 10 encontros com 10 participantes cada.

A farmácia municipal que atende os pacientes das UBS também tem passado por melhorias, uma vez que a secretaria municipal de saúde ampliou a margem de medicações de alto custo, dando oportunidade para mais pessoas poderem acessar o tratamento cuja medicação torna-se onerosa para o paciente. A medicação de alto custo em 2019 chegou a representar um aumento de 27% comparado ao ano de 2018. Há medicações com valores de até R\$ 15mil (2% dos medicamentos disponíveis) reais que são ofertadas mensalmente a pacientes que comprovam não ter condição de mantê-los.

Dos demais medicamentos disponíveis 61,3% apresentam valores entre R\$ 500,00 a R\$ 4.980,00 o que torna inviável manter o tratamento para uma população assalariada e que tem que manter outros medicamentos. Há também os medicamentos que passam pela judicialização para a aquisição e estes chegam em média a R\$ 800,00 por mês.

Os medicamentos para pressão arterial, antibióticos, medicação hiperglicemiantes e afins, anti-inflamatórios e demais medicações para tratamento clínico são disponíveis para resgate por meio de prescrição médica.

Tapscott (2011) afirma que a organização para atender as demandas da população ainda é desafiadora, porém o que se tem percebido é que o acesso mais fácil para a redução dos custos com as ações de saúde ainda ocorre por meio a prevenção e desta forma, as equipes de ESF são essenciais para se cumprir as premissas do SUS e reduzir o gastos com tratamentos onerosos ou mesmo que agrave a qualidade de vida da pessoa, uma vez que a saúde é direito adquirido a todos de maneira indistintiva.

Para o ano de 2020 e enfrentamento da Pandemia COVID 19 as equipes de UBS continuam os atendimentos mantendo as devidas restrições, porém, por ser medicina preventiva mantém os acompanhamentos aos cidadãos, principalmente os acamados e domiciliados que sofrem com o isolamento social. Há todo um processo de cuidados e atenção durante este período. O controle de contágio conta com ações de orientações realizadas pelas equipes de UBS. Foram distribuídas máscaras, realizadas orientações pessoais, em carros, nos veículos de transportes, além de utilizar carro de som e os serviços de rádio disponíveis no município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção à saúde torna-se eficiente quando as ações visam evitar que a doença ocorra e caso haja casos que seja detectado no início em busca de tratamentos eficientes e um breve estabelecimento da mesma.

A ESF está estruturada para atender a população em geral e apresenta uma estrutura de atendimentos que vão desde a horários ampliados a atendimento no território rural, em busca de aumentar a cobertura (a proposta é se aproximar o máximo possível dos 100%). Possui um sistema de tratamento fora do domicílio que busca instituições de saúde conveniadas para os mais variados tratamentos, principalmente os mais específicos.

O serviço de saúde no município tem trabalhado em parceria com a Secretaria de Educação em busca de manter as vacinas em dia, além de outras parcerias que buscam uma melhor prestação de serviço para a população atendendo as prerrogativas constitucionais de que a saúde é direito de todos.

Sobre as políticas públicas praticadas na APS em Campos Gerais – MG verificou-se que tem sido trabalhados diversos seguimentos na área da saúde voltados para mulheres, crianças, homens, idosos e pessoas com comorbidades, limitações físicas e psíquicas e tratamentos nas mais variadas formas.

O que se observou durante a pesquisa é que a estrutura da ABS recebeu investimentos para proporcionar um fácil acesso além de dispor de variados serviços visando ofertar saúde preventiva e acompanhamentos, da mesma forma viu-se também que os avanços tem sido na ampliação dos serviços de diagnósticos e exames clínicos mais acessíveis para as famílias.

Em uma síntese sobre o serviço de saúde em Campos Gerais – MG verificou-se que a atenção à saúde primária tem cumprido seus objetivos, apesar das limitações que surgem, entretanto, verifica-se que houve aumento na cobertura e nas ações de exames e consultas com especialistas.

Como limitação do estudo, considera-se que há certa dificuldade em acessar os dados disponíveis no sistema, pois este acesso requer agendamento prévio. Isso pode dificultar a coleta de dados, pois pode gerar atrasos na mesma.

O presente estudo apresentou acesso as informações por meio de entrevistas, porém, os acessos aos dados de sistemas requerem agendamento,

pois são poucas pessoas com acesso, os demais dados obtiveram-se por meio das ferramentas de *accountability* (Portal Transparência).

Sugere-se para estudos futuros análise mais aprofundada das ações específicas da saúde da família uma vez que seu objetivo maior é a saúde preventiva à família, bem como o perfil dos profissionais que a compõe se são perfis para atuação nacional ou se cada município aponta seu perfil de trabalhador para a APS entendendo que o Ministério da Saúde pode ter sugerido determinado perfil de profissional, mas a cultura local requer outro tipo.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, L. S.; VIEIRA, J. M. W. Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades. **Revista Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 12, n. 2, p. 334 - 348, jul./dez. 2013.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. **Apoio social e redes: conectando solidariedade e Saúde**. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/grupos/fibromialgia/redes.sociais.pdf>> . Acesso em: 22 de set. de 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Artigo disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 05 de out. de 2019.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93, Brasília, 1993. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf> . Acesso em: 15 de out. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96**. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>> . Acesso em: 16 de out. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002**, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/arq_doc/noas_sus2002.pdf> . Acesso em: 16 de out. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p. : il. – (Série I. História da Saúde no Brasil)**.

_____. Ministério da saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Artigo disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 06 de novembro de 2019.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.

BRAVO, M. I. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 1996.

_____. **Política de saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 2006. Disponível em: <<http://www.servicosocialesaude.xpg.com.br/texto1-5.pdf>> . Acesso em: 20 de out. de 2019.

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. C. G.; SANTOS NETO, P. M. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Revista Intervace: Comunicação Saúde Educação**, 2018; 22(64):77-86

CARVALHO, R. N.; ALVES, C. S.; ARAÚJO, R. C. X. S. **Política de Saúde e Serviço Social**: Programa de Saúde da Família como elemento de debate para o assistente social. Artigo disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoA/9a87e13879691cab6133%20Rafae_I%20Nicolau_%20Carvalho.pdf>. Acesso em: 22 de out. de 2019.

CARVALHO, R.; IAMAMOTO, M. V. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: Esboços de uma interpretação histórico-metodológica. 21 ed. São Paulo: Cortez; Lima, Peru: CELATS, 2009.

COSTA, M. D. H. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sócias**. In: BRAVO, Maria Inês [et al.] Saúde e Serviço Social. 4. ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

CUNHA, C. L. N. **Serviço Social na saúde**: os desafios para a garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários. Trabalho de Conclusão de Curso. Revista da Graduação, v. 3, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/viewFile/7910/5594>> . Acesso em: 22 de out. de 2019.

FERNANDES, R. M. C. **Terceiro Setor**: polêmicas e perspectivas. In Requisições para o Trabalho dos Assistentes Sociais. MACIEL, Ana Lúcia Suárez. Porto Alegre: Graturck, 2009.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz: **Humanização**. [Internet, 2009]. Dicionário da educação profissional em saúde. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>> . Acesso em: 24 de out. de 2019.

_____. Fundação Oswaldo Cruz: **Cuidado em saúde**. [Internet, 2009b]. Dicionário da educação profissional em saúde. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>> . Acesso em 25 de out. de 2019.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2011. 200 p.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Territorialização em Saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, p. 32. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/25.pdf>>. Acesso em: 29 de março de 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Campos Gerais**. Artigo disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/campos-gerais/panorama>. Acesso em 05 de abril de 2021.

JUNQUEIRA, 2004, Apud NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais**. In MOTTA, A.E., et al. (Orgs.). Serviço social e saúde. 2. ed. São Paulo: OMS, 2007. Disponível em <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-6.pdf> , Acesso em: 28 de out. de 2019.

MARCONI, M. De A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2007.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. 2008; 17(4): 758-64.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.:il.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Coleção Temas Sociais, Editora Vozes: São Paulo, 1993, 21ª ed.

MUÑOZ SÁNCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. **Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?** Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2007, p. 319- 324.

PEREIRA, J.R. **Análise das demandas judiciais solicitando medicamentos encaminhados à diretoria de assistência farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004**. Florianópolis, UFSC, 2006. 132 p.

PEREIRA, P. A. P. **Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania**. In: BOSCHETTI, Ivanete e BEHRING, Elaine (org.). Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

PIERDONÁ, Z. L. **Contribuições para a Seguridade Social**. Porto Alegre, LTR, 2008. In: Material didático elaborado pelas professoras Berenice Rojas

Couto e Jane Prates, em agosto de 2009. Disciplina de Seguridade Social e Serviço Social.

PINHEIRO E MATOS, 2001, Apud NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais.** In MOTTA, A.E., et al. (Orgs.). Serviço social e saúde. 2. ed. São Paulo: OMS, 2007. Disponível em <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-6.pdf> , Acesso em: 29 de set. de 2016.

POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil.** Artigo disponível em: <http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto_de_apoio_3_-_HS-Historia_Saude_no_Brasil.pdf>. Acesso em: 25 de out. de 2019.

PORTELA, M.; LIMA, S. e outros. **Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil.** Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Disponível em Disponível em <www.scielosp.org.br>. Acesso em: 28 de set. de 2016.

SOARES, F. N. Implantação da Estratégia de Saúde da Família em município de Pequeno Porte no interior paulista. Artigo disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3202.pdf>>. Acesso em: 06 de nov. de 2019.

TAPSCOTT, D. A inteligência está na rede. São Paulo, **Revista Veja** nº 15, Edição 2.212:19-23, 2011.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração, UFSC, 2009.