



REVISTA DA UFG - Tema FAMÍLIA

Órgão de divulgação da Universidade Federal de Goiás - Ano VI, No. Especial, dezembro de 2004

SANTOS, I. F. S.; AZEVEDO, F. D. B.; BRANDÃO, A. C.; SILVA, E. P.; SOUSA, A. L. L. - Histórico da implantação do PSF no Estado do Tocantins. *Revista da UFG, Vol. 6, No. Especial, dez 2004 on line* (www.proec.ufg.br)

Sumário

HISTÓRICO DA IMPLANTAÇÃO DO PSF NO ESTADO DO TOCANTINS

Ivana Felícia Souza dos Santos¹, Francisco Dhant Barroso Azevedo¹,
Adelia de Castro Brandão¹, Edilaine Pereira da Silva¹, Ana Luiza Lima
Sousa²

Índice

Resumo: Este estudo pretende apresentar o histórico da implantação do Programa Saúde da Família no Estado do Tocantins e compara os dados epidemiológicos, numa tentativa de identificar possíveis impactos da implantação do programa.

O estudo será feito através de levantamento de documentos e registros oficiais, bem como o resgate da história através de entrevistas com os atores presentes nesta história.

Palavras-chave: Saúde da Família; história; políticas públicas.

Introdução

O Ministério da Saúde (MS), em 1994, apresenta ao país o projeto de implantação de uma nova estratégia de atendimento ao setor primário da saúde em nosso país. Surge, em meados de março, o Programa Saúde da Família – PSF, um modelo assistencial que prioriza o trabalho de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar junto à comunidade, visando substituir o, até então, modelo vigente. Este, com ações voltadas para o tratamento e cura de doenças, era mais oneroso para o Estado e mais sacrificante para o doente, para a família e para o profissional. O PSF surge como necessidade política e social, tem como essência os trabalhos de educação em saúde e profilaxia de doenças. Visa levar profissionais ao domicílio daquelas comunidades mais distantes do sistema da saúde, não só para levantar números para estatísticas, mas para oferecer saúde, serviços que garantam universalidade e equidade no atendimento (MS 2001).

Por volta de 1998, o PSF começou a ser inserido no Estado do Tocantins em cerca de 68 municípios, como parte integrante do esforço de melhorar as condições de vida e de saúde de uma região desprovida de tal acompanhamento, mostrando um novo perfil de saúde com prioridade pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, já existente em todo o Estado (Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins, 1998).

Problemática

No decorrer da nossa trajetória laboral no Estado do Tocantins, foi possível acompanhar parte do processo de implantação e implementação do PSF. Isso nos motivou a investigar como foram os primeiros passos deste programa, assim como a conhecer a evolução dos indicadores ao passar dos anos.

Segundo o Ministério da Saúde (2001), os municípios em que o PSF está adequadamente implantado, com profissionais capacitados e integrados ao sistema municipal

de saúde, têm condições de dar soluções efetivas a mais de 85% dos casos de saúde da população atendida. Ao analisar tal proposta, despertou-nos o interesse em avaliar os resultados desta nova estratégia no Estado do Tocantins.

Diante destes pontos abordados, é que nasceu a preocupação com o estudo em tela. A tentativa de conhecer com maior profundidade o processo de implantação do PSF nos instigou a buscar respostas para a seguinte indagação:

Qual a história do PSF no Tocantins?

Justificativa

Estudar e investigar a temática proposta é relevante para o conhecimento do processo que desencadeou a implantação do PSF no Estado do Tocantins, por estarmos inseridos neste contexto, e ainda por possibilitar subsídios para o melhor entendimento de nossa prática.

O Tocantins possuía um sistema de saúde deficiente, não só no aspecto conjuntural, mas nas peculiaridades inerentes à formação do Estado, este criado pela divisão de Goiás. A área norte, antes isolada, ficou destinada à constituição do novo Estado do Tocantins. A região geralmente ficava fora dos planos de investimento em saúde, e acumulava uma rede de serviços deficiente e insuficiente para a necessidade de uma parcela relevante da população do Estado de Goiás. Com essa divisão, o Tocantins teve que caminhar sozinho, com estruturas antiquadas e de pouca resolutividade, herdadas do antigo Estado.

Com esta pesquisa, esperamos contribuir de forma a fornecer mais uma fonte de referência ao histórico desta nova estratégia de saúde em nosso Estado, como também sensibilizar os profissionais de saúde quanto à importância de seu papel nesta esfera.

Objetivos

– Geral:

Pesquisar e descrever a história da implantação do PSF no Estado do Tocantins.

– Específicos:

- Descrever e documentar o processo histórico do PSF no país e Estado do Tocantins;
- Demonstrar a evolução dos indicadores da atenção básica no Tocantins;
- Identificar as dificuldades e limitações durante a implantação e implementação do PSF no Tocantins;

Metodologia

Tivemos como fonte de pesquisa, inicialmente, documentos de arquivos e relatórios anuais da Secretaria Estadual de Saúde nos anos de 1994 a 2002.

Na tentativa de obtermos mais informações de uma história que ainda está sendo construída, realizamos entrevistas com alguns atores deste processo e que ainda estão entre nós, tais como o ex-secretário de saúde do Estado do Tocantins, Dr. Eduardo Medrado e a então Coordenadora Estadual do PACS/PSF, hoje Coordenadora Estadual da Atenção Básica, Linvalda Rodrigues M. de Araújo, os quais participaram de todas as etapas do processo de implantação do PSF no Estado.

Foram realizadas também consultas a *sites da Web* e artigos publicados em revistas de saúde

pública, que revelaram as fases de implantação do PSF no Brasil.

Realizamos a análise do tipo documental, em que as reflexões e discussões foram construídas com base nas bibliografias específicas sobre a implantação do Saúde da Família em nosso Estado, consultada ao longo da pesquisa.

O Programa Saúde da Família no Brasil

A organização dos serviços de saúde, mesmo após a promulgação da Constituição de 1988, apresenta uma face ainda voltada para a atenção ao público doente, nas unidades de saúde. Isso faz parte de um sistema desigual, distante das reais necessidades de saúde da população, e profundamente discriminatório e injusto. Esse modelo de organização de saúde, aliado à necessidade de se dar mais atenção à prevenção que à cura, fez com que o Ministério da Saúde do Brasil se voltasse para o Estado do Ceará, presenciasse a bem sucedida experiência daquela região, e criasse o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), embasado no programa cearense criado em 1997. Diante disso, o Ministério da Saúde deparou-se com uma alternativa para a reformulação daquele modelo organizacional de saúde, e em 1991 implanta o PNAS, inicialmente na Região Nordeste e, em seguida, na Região Norte, com o objetivo de contribuir para a redução da taxa de mortalidade infantil e mortalidade materna (Viana e Dal Poz, 1998, p. 19). Em 1992, denominado PACS, custeado por meio de convênio entre a FUNASA/MS e Secretarias Estaduais de Saúde, passou a ter a família como unidade de ação programática, e não mais o indivíduo, e introduziu a noção de área de cobertura (por família).

Segundo Ministério da Saúde (2002), no início de 1992, o PACS se estendeu em caráter de emergência para os Estados do norte do país, como estratégia de combate à epidemia de cólera que ameaçava a região. Porém essa expansão ficou suspensa por alguns meses e sua continuidade só foi garantida naquele momento em função da referida epidemia que acometia o país. A cada mudança política era retomado o debate quanto à sua continuidade, devido à falta de consenso, e ainda à inexistência de fontes e mecanismos de financiamento que garantissem a sustentabilidade ao programa.

O ano de 1993 foi decisivo quanto à permanência do PACS em nosso país. As diversas experiências acumuladas pelo programa em diferentes municípios do país (diminuição da mortalidade infantil, aumento do aleitamento materno exclusivo, melhoria dos indicadores de nutrição das crianças e aumento das taxas de cobertura vacinal), juntamente com as medidas gerenciais tomadas, em parceria com as secretarias estaduais de saúde, permitiram um redirecionamento do programa com o propósito de corrigir problemas e valorizar suas potencialidades.

No final de 1993, o PACS abrangia 13 Estados das Regiões Norte e Nordeste, com 29 mil ACS atuando em 761 Municípios (MS, 2002). Este período foi marcado pelo fortalecimento do processo de municipalização dos serviços de saúde, em que foi publicada a Norma Operacional Básica (NOB-SUS/93), que estabelece novos critérios para a responsabilização dos municípios na gestão municipal em saúde.

Com esse propósito, iniciou-se a formulação das diretrizes do Programa Saúde da Família (PSF), lançado em março de 1994. Era apresentado como a estratégia capaz de provocar mudança no modelo assistencial, rompendo com os comportamentos passivos das unidades básicas de saúde e estendendo suas ações para (e junto com) a comunidade.

Nesse período, o PSF não representava uma proposta de substituição do PACS, e sua implantação privilegiava áreas de maior risco social – inicialmente, população residente nas localidades delimitadas no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, e posteriormente, municípios inseridos no programa Comunidade Solidária ou no programa de redução da Mortalidade Infantil (Ministério da Saúde, 2002).

A estratégia PSF surgiu como forma de reorganizar a atenção básica em saúde, priorizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua. Não com a pretensão de resolver todos os problemas de saúde, mas com intuito de tratar com desigualdade os desiguais, levando a saúde para mais perto da família, e, com isso, melhorar a qualidade de vida, reafirmando os princípios básicos do SUS: Universalidade, Descentralização, Integralidade e participação da comunidade. As Unidades de Saúde da Família - USF passariam a atuar através de uma equipe multiprofissional, composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários. Assim foi assumido o desafio do trabalho em equipe, multidisciplinar, com responsabilização sobre um território, onde vivem ou trabalham em torno de 4.500 pessoas ou 1.000 famílias.

Em 1995, PACS e PSF foram transferidos para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), onde permaneceram até meados de 1999, quando novamente os programas mudaram de localização institucional para a Coordenação de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS). Esses programas passaram a ser considerados, pelo então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso, projetos prioritários do Governo Federal. A atuação de seu Ministro da Saúde, Adib Jatene, contribuiu muito para firmar essa decisão.

No ano de 1998 o PSF foi definido como estratégia para a organização do sistema de saúde. Foi criado o Departamento de Atenção Básica com a determinação de consolidar a estratégia de Saúde da Família, sendo estruturado o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) para acompanhar a implementação e monitorar os resultados do PSF. Este sistema é utilizado para coletar dados e orientar a avaliação e supervisão das atividades desenvolvidas.

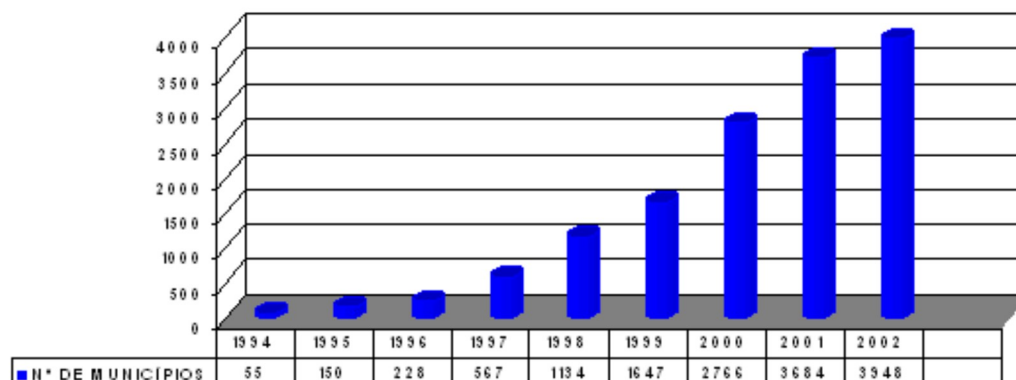
Ao longo de 1999, o Ministério da Saúde diagnosticou que o sucesso da implantação do PSF, em grande número de municípios, encobria a baixa cobertura de suas populações.

"Diante do risco de pulverização do programa e da criação de aspectos privilegiados de assistência, sem, no entanto, incorporando-se ao sistema como estratégia substitutiva, e, em consequência, com baixa capacidade de provocar impacto nos indicadores municipais..."

O Ministério da Saúde, a partir de novembro de 1999, reajustou então os valores dos repasses e introduziu uma nova modalidade, para cálculo dos incentivos financeiros do PAB, variável referente ao PSF, remunerando melhor os municípios com maior cobertura populacional das ESF. Em dezembro do mesmo ano, o PSF existia em 3.090 municípios e estavam constituídas 10.473 ESF, com uma cobertura de 22% da população brasileira e 145.299 ACS's atuavam em 4.610 municípios, envolvendo cerca de 51% da população no país (Sousa et al., 2000, p. 11).

Se analisarmos a evolução do número de equipes instaladas no Brasil de 1994 a 2000, veremos um grande aumento do número de Equipes de Saúde da Família no país, e principalmente nos Estados das Regiões Norte e Nordeste do país. Temos um aumento considerável de 1994 até 2000. No primeiro ano, tínhamos apenas 55 equipes em todo o país, sendo que em 2000 alcançamos um surpreendente número de 3.948 equipes instaladas, como demonstra o gráfico 01:

GRÁFICO 1 – Número de municípios com Equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil de 1994 a maio de 2002



FONTE: Revista Brasileira de Saúde da Família, 2002

O PSF no Estado do Tocantins

O Tocantins

O Tocantins é o mais novo Estado da Federação Brasileira, com apenas 14 anos de criação. Localizado a sudeste da região norte, com uma área de 286.706 km², tem como fronteiras os Estados de Maranhão, Piauí, Bahia, Goiás, Mato Grosso e Pará, o que resulta num fluxo migratório intenso, de todas as regiões do país.

Com 139 municípios, sua população é de aproximadamente 1.157.098 habitantes (IBGE 2000). Apresenta um clima predominantemente tropical.

A economia é baseada no comércio, agricultura (arroz, milho, feijão, soja) e pecuária de corte. O sistema de transporte é formado principalmente pela rodovia Belém-Brasília (BR-153), que corta o Estado e dá origem a várias estradas secundárias e terciárias.

No Estado, o sistema de saúde era estruturado com base no antigo, e até hoje parcialmente existente, modelo assistencial “hospitalocêntrico”, embasado na atenção secundária, que via o indivíduo como um agravo e trabalhava em prol da cura e do tratamento das patologias.

Tocantins, por ser um Estado novo e parte desmembrada de Goiás, não possuía estrutura para executar até mesmo pequenos procedimentos; os municípios não eram responsáveis pela assistência primária, que na época era de obrigação estatal. As cidades, em sua maior parte, não dispunham de profissionais médicos e enfermeiros; as consultas eram realizadas, na maioria dos casos, em tempo curto, somente para tratar de doenças isoladas. *“Um atendimento totalmente curativo, onde o Estado tinha que estar fazendo as campanhas de vacina”* (Linvalda Rodrigues). Logo, esta região que compreende o Tocantins hoje, era totalmente esquecida e desprovida de atenção, tanto curativa quanto preventiva.

Histórico do PSF no Tocantins

As articulações para implantação do PACS/PSF no Tocantins foram iniciadas em 1994, com a elaboração do Plano Diretor Regional, no período de outubro a dezembro do referido ano, pelo Secretário Estadual de Saúde da época, o médico Eduardo Novaes de Medrado. Para serem reconhecidas as reais necessidades no campo da saúde, foram convidados profissionais de todo o Estado para uma reunião em Araguaína, no Olintho’s Hotel. *“A finalidade da criação deste Plano Diretor foi a de obter uma saúde regionalizada e hierarquizada, com referência e contra-referência”* (EDUARDO MEDRADO, 2003). O alicerce desta estratégia seria a Atenção Básica, voltada para o todo, sem a linha divisória entre a saúde curativa e a preventiva, e a quebra do modelo “hospitalocêntrico”.

Parte deste planejamento começou a ser executado por meio da implantação do PACS no Estado, em 1994, onde então era apenas uma chama. Nesse primeiro ano, havia 280 ACS em cerca de 16 municípios, empenhados em alcançar os objetivos de promoção da saúde e proteção de doenças.

“Os Agentes Comunitários de Saúde, através de seus trabalhos, são as sentinelas que zelam e mantêm acesa a chama da saúde da comunidade. Através de suas pegadas vão sendo deixadas marcas de compromisso, dedicação, empenho e amor. Lutam pelo ideal, em defesa de uma vida melhor para o nosso povo tocantinense”, (SESAU / TO 1996).

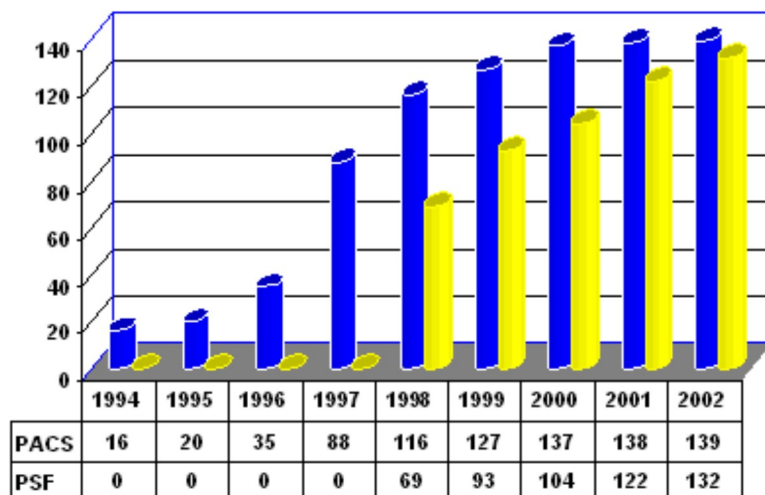
No decorrer dos anos o PACS foi se fortalecendo, melhorando sua estrutura, tanto em nível estadual quanto municipal, e ocupando seu espaço pela multiplicação dos ACS's em regiões antes desprovidas de assistência à saúde. O ano de 1997 encerrou com 827 ACS's em 88 municípios, ou seja, uma cobertura de 63% do Estado pelo PACS (SESAU 2002). As dificuldades foram inúmeras, mas com vontade política e apoio da instância federal, foi possível construir um alicerce firme, baseado na atenção primária e com vínculos entre comunidade e Unidade de Saúde.

Em julho de 1998, o Programa Saúde da Família começou, na íntegra, a ser implantado no Estado do Tocantins com a criação do Piso da Atenção Básica – PAB. O primeiro passo deste processo foi a habilitação dos municípios neste novo sistema de gestão, seguindo o perfil da Norma Operacional Básica/1996 (NOB/96), a qual modificou o financiamento das atividades de saúde em todo o Brasil. O segundo passo foi a assistência técnica pelo MS quanto à capacitação dos profissionais da Secretaria Estadual de Saúde para serem agentes multiplicadores, buscando expandir os conhecimentos desta nova estratégia de atenção, deixando a semente de um modelo holístico de saúde.

Neste primeiro ano de PSF, segundo relatórios da SESAU - TO (Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins), foram introduzidas 90 Equipes de Saúde da Família (ESF) em 69 municípios. Três anos depois, o número havia chegado a 122 municípios (praticamente o dobro). Evolução semelhante aconteceu com o PACS, que tinha 116 municípios credenciados em 1998 e saltou para 139 em 2001, o que aumentou, conseqüentemente, o acompanhamento de famílias no Estado.

“A consolidação do PACS/PSF é parte integrante do esforço maior de melhorar as condições de vida e saúde da população. O Tocantins pouco a pouco vai mostrando um novo perfil de saúde com prioridades nas ações básicas de prevenção de doenças e promoção da saúde, desenvolvida pelo PACS, já com implantação em quase todo o Estado”, (RELATÓRIO DA COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PACS/PSF – 1998).

GRÁFICO 02 - Número de Municípios com PACS e PSF implantados no Tocantins, de 1994 a 2002.



FONTE: *Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins*

Durante a implantação e implementação das estratégias PACS/PSF no Estado, os envolvidos nesse processo enfrentaram algumas dificuldades, tais como:

- Falta de oferta do número de profissionais enfermeiros e médicos;
- Perfil inadequado dos profissionais engajados no programa;
- Estruturas físicas das Unidades de Saúde Primária em mau estado de conservação, as quais eram utilizadas somente para triagem dos Hospitais da época;
- Atraso do pagamento dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS’s;
- Falta de apoio logístico e financeiro às atividades de Enfermeiros e ACS’s.

O Pólo de Capacitação foi implantado no Tocantins em 2000 com recursos do MS. Sua finalidade é a de promover, apoiar, organizar e avaliar o desenvolvimento de ações técnico-políticas e pedagógicas, na formação de graduandos na área da saúde, e na capacitação permanente de profissionais inseridos nos serviços e equipes de saúde da família no Tocantins (POLO DE CAPACITAÇÃO, 2002). Segundo o Pólo de Capacitação do Estado do Tocantins, nos anos de 2001 e 2002 foram capacitados 497 profissionais de saúde no curso Introdutório em PSF, que, porém, não atenderam as expectativas esperadas pelas equipes. Posteriormente, foram promovidos cursos em AIDPI, Saúde Bucal e Formação de Gestores Municipais de Saúde, e ainda a primeira turma de Especialização em Saúde da Família, na tentativa de uma melhor qualificação dos profissionais médicos e enfermeiros das equipes de PSF de todo o Estado.

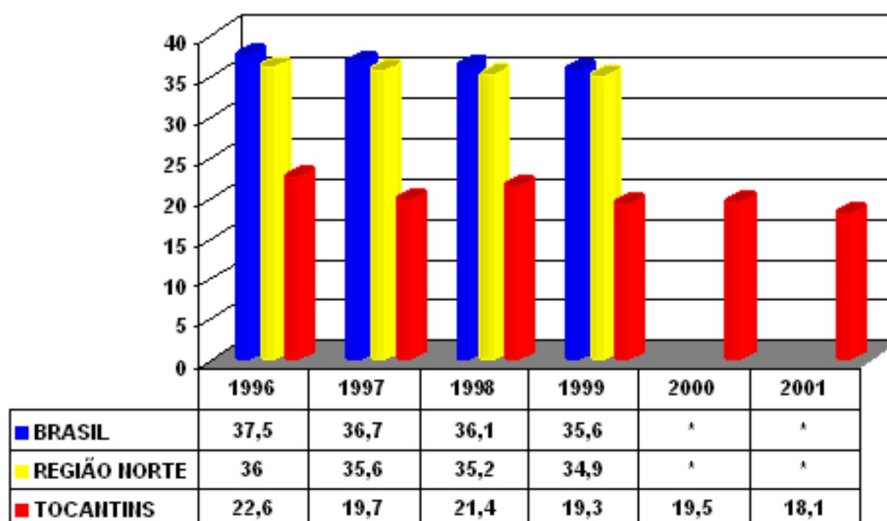
3.3 – Evolução dos indicadores

Para compreendermos a evolução da atenção básica à saúde no Tocantins, nada melhor do que fazermos um comparativo desses indicadores no decorrer dos anos de implantação e expansão do PSF no Estado. Podemos, inicialmente, exemplificar, com a evolução do coeficiente de mortalidade infantil no Brasil, região norte e Tocantins, demonstrada no gráfico abaixo, em que podemos observar uma redução considerável neste indicador. Confirmando o que diz o Ministério da Saúde, 2002:

“O impacto das ações e serviços oferecidos pelas equipes pode ser observado no acompanhamento, em especial, de gestantes e crianças menores de um ano. A redução da taxa de mortalidade infantil geral é contínua, bem como a taxa de mortalidade infantil por causas específicas, destacando-se as infecções respiratórias e as diarreias. O decréscimo de óbitos para os anos 1999 e 2001 foi de 31% nas áreas cobertas pelo PSF no Estado do

Tocantins, enquanto que no país foi de 3,58% para o mesmo período”.

GRÁFICO 03 - Comparativo do Coeficiente de Mortalidade Infantil – Brasil, região norte e Tocantins nos anos de 1996 a 2001.

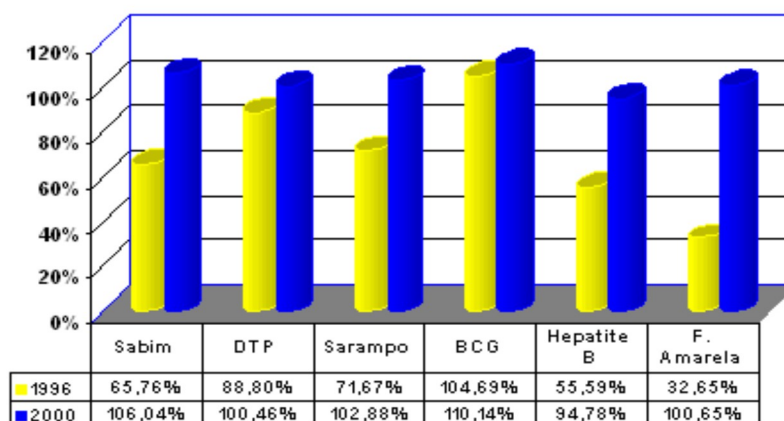


* Ano sem Informações.

FONTE: Relatório Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, 2002

Outro indicador indispensável à análise das ações do novo modelo assistencial adotado pelo Ministério da Saúde em 1994, e implantado no Estado do Tocantins em 1998, o PSF, se refere ao número de crianças imunizadas no decorrer dos anos no Estado, demonstrado no gráfico 04, apresentado a seguir:

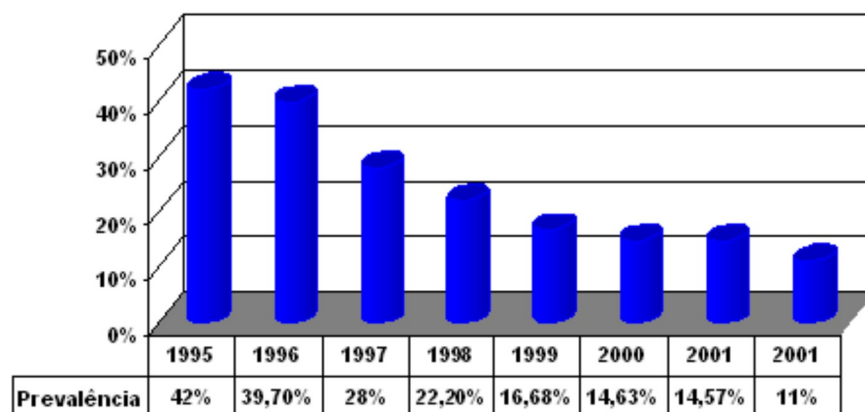
GRÁFICO 04 - Cobertura vacinal no Estado do Tocantins, 1996 e 2000.



FONTE: Programa Nacional de Imunizações, MS 2003.

Veremos na apresentação a seguir uma evidente redução no número de crianças desnutridas no Estado do Tocantins, desde 1995, com a expansão do PACS, e posteriormente com a incorporação do PSF na Atenção Básica. Isto se deve ao aumento da proporção de aleitamento materno em menores de 4 meses, acompanhamento e monitoração do peso das crianças, uso de multimistura, dentre outras ações desta nova estratégia de atuação na saúde pública.

GRÁFICO 05 – Prevalência de Desnutrição em menores de 05 anos, segundo Cartão da Criança no Tocantins – 1995 à 2002.



FONTE: Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN).

4 – Considerações Finais

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no Tocantins vem contribuindo para a reversão dos modelos de saúde, por meio de ações voltadas para o preventivo e o promocional. Isto trouxe consideráveis avanços, especialmente na atenção primária, pela capacidade que esta tem de atuar de forma precisa nos problemas de saúde. Prova de tal progresso foi evidenciada pela evolução dos indicadores de saúde no decorrer dos anos de implementação desta nova estratégia de atuação a nível primário.

O PSF não veio com o intuito de criar em nosso Estado novas unidades que substituam os antigos centros de saúde, mas de substituir as práticas convencionais de assistência por um novo processo de assistência ao indivíduo, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde, e por uma nova mentalidade, que promova um verdadeiro acompanhamento dos pacientes e de suas necessidades básicas.

Os resultados obtidos até o presente momento têm sido positivos, visto que os dados dos sistemas de informação representam a prova concreta do impacto após a adesão do Estado aos programas do PACS e PSF.

Viana; Dal Poz (1998) acreditam que o PSF tenha papel fundamental na reestruturação do sistema público de saúde, primeiramente porque evidencia as fragilidades e limitações do modelo tradicional. Segundo eles, o programa foi uma alavanca para a organização dos sistemas locais de saúde, à medida que impôs uma série de pré-requisitos para a assinatura dos convênios (funcionamento do fundo e do conselho municipal de saúde); funcionou também como mecanismo de pressão no processo de descentralização, através da exigência de enquadramento na NOB-93, com vistas ao recebimento dos recursos. Atuou ainda sobre a mudança dos critérios de pagamento do sistema, o que resultou na institucionalização, através da NOB-96 (sobre transferência per capita). O papel do programa no avanço das formas organizativas da população é evidente: incentiva mais organização e institucionalidade dos mecanismos de representação da comunidade, aumentando, portanto, as possibilidades de participação e controle desta sobre as ações públicas.

Atualmente, o Tocantins vem investindo cada vez mais na ampliação do número de equipes, na qualificação dos profissionais, assim como ampliando o acesso da imensa demanda, antes desassistida pelos estabelecimentos públicos de saúde, propiciando, assim, a reorganização da Atenção Básica e a diminuição dos indicadores de morbi-mortalidade no Estado.

Das dificuldades antes encontradas, muitas já foram superadas, agora são novos os desafios a transpor, porém menores se comparados aos de cinco anos atrás.

Autores

¹ Especialistas em Saúde da Família pela Universidade Federal de Goiás – UFG.

² Professora Doutora Faculdade de Enfermagem – UFG – Orientadora

Referências Bibliográficas

VIANA, A.L. & DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família, **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, vol. 8, n.02, p. 19, Rio de Janeiro, 1.998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Revista brasileira de saúde da família/ departamento de atenção básica nº 5, edição especial, 2002.

