UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA/UFSM
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS/CESNORS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO BÁSICA NA REGIÃO DA 15ª E 19ª REGIONAIS DE SAÚDE DO RS.

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Darleia Konig Kuster

Constantina, RS, Brasil
2012

CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO BÁSICA NA REGIÃO DA 15ª E 19ª REGIONAIS DE SAÚDE DO RS.

Darleia Konig Kuster

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), Centro de Educação Superior Norte do RS (CESNORS), campus de Palmeira das Missões, RS, como requisito parcial para Obtenção do Grau de **Especialista em Gestão Pública de Saúde.**

Orientador: Profª Dra. Liane Beatriz Righi

Constantina, RS, Brasil

2012

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Educação Superior Norte do RS
Departamento de Enfermagem
Curso de Pós-graduação em Enfermagem

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho de Conclusão de Curso

Características da Atenção Básica na região da 15ª e 19ª Regionais de Saúde do RS

Elaborado por
Darleia Konig Kuster

como requisito parcial para obtenção do Grau de **Especialista em Gestão Pública de Saúde**

COMISSÃO EXAMINADORA:

Liane Beatriz Righi Dra. (UFSM/CESNORS)
(Presidente, Orientador)

Liamara Denise Ubessi Esp. (UFSM/CESNORS)

Ricardo Vianna Martins Dr. (UFSM/CESNORS)

Constantina, dezembro de 2012.

RESUMO
Universidade Federal de Santa Maria – UFSM
Centro de Educação Superior do Norte do RS – CESNORS
Curso de Especialização em Gestão da Organização Pública em Saúde- EAD
Polo de Constantina – RS

CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO BÁSICA NA REGIÃO DA 15ª E 19ª REGIONAIS DE SAÚDE DO RS.

Autora: Darleia Konig Küster
Orientadora: Professora Drª Liane Beatriz Righi
Data e Local da Defesa: *Palmeira das Missões, dezembro de 2012.*

Com a proposta de viabilizar o Hospital Público Regional (HPR) na região da 15ª e 19ª Coordenadorias Regionais de Saúde, vislumbrou-se a possibilidade de descrever a organização da atenção básica nestas duas regiões. A atenção primária tem como característica ser a porta de entrada dos usuários no sistema único de saúde e deve ser considerada o centro da comunicação nas redes de saúde, além de ser considerada a melhor opção de acompanhamento e tratamento da sua população, pois atua de acordo com a realidade na qual esta implementada. Como o levantamento para a construção do referido hospital ainda esta em andamento buscamos informações nas bases de dados do ministério da saúde, especificamente no departamento de atenção básica. De acordo com o estudo a região tem a possibilidade da construção de redes e de clínica ampliada nesta região, ainda por dispor de profissionais de diversos segmentos de saúde que atuam nas equipes. Para o SUS acontecer como politica publica é necessário que repensemos o mesmo e que nós como trabalhadores ou usuários do sistema o reconheçamos como mandatário da saúde no país e não somente como um atendimento complementar.

Palavras-chave: Atenção Básica; Redes; Saúde Pública.

ABSTRACT
Federal University of Santa Maria - UFSM
Centre for Higher Education of the North RS - CESNORS
Specialization in Management of Public Health Organization-EAD
Polo Constantina - RS

CHARACTERISTICS OF PRIMARY CARE IN THE REGION OF THE 15th AND 19th REGIONAL HEALTH OF RS.

Author: Darleia Konig Küster
Advisor: Professor Dr. Liane Beatriz Righi
Date and Local Defence: Palm Mission, December 2012.

With the proposal to enable the Regional Public Hospital (HPR) in the area of 15 th and 19 th Regional Health, glimpsed the possibility of describing the organization of primary care in these two regions. The primary feature is to be the gateway for users in the national health care system and should be considered the center of communication in health networks, and is considered the best option for monitoring and treatment of its people, as it acts in accordance with the reality in which it implemented. As the survey for the construction of the hospital is still in progress seek information in the databases of the ministry of health, specifically in the department of primary care. According to the study area has the possibility of building networks and extended clinic in this region have yet to professionals from various healthcare segments that work in teams. For the SUS happen as publishes policy is necessary to rethink the same and that we as workers or users of the system to recognize as agent of health in the country and not only as a complementary care.

Descriptors: Primary Care; Networks; Public Health.

INTRODUÇÃO

A proposta de viabilização do Hospital Público Regional na Região norte-noroeste do estado do Rio Grande do Sul partiu dos movimentos sociais apoiados pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e pelo Centro de Educação Superior Norte-RS (Cesnors) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). O Cesnors possui campus nos municípios de Palmeira das Missões e Frederico Westphalen, cidades que também deverão sediar as duas unidades do Hospital Público.

O projeto do Hospital Público Regional assume que sua área de abrangência é formada por 72 municípios das regiões norte e noroeste do estado do Rio Grande do Sul. A condução do processo de construção do Hospital Público Regional tem tornado público a proposta de um hospital “100% SUS e 100% REDE” como uma marca que assume os princípios e diretrizes do SUS e que se propõe a compor com a região em um trabalho de cooperação.

O levantamento para construção de um hospital público regional ainda está em andamento, portanto, as informações que subsidiaram a construção deste artigo foram obtidas através de bases de dados do ministério da saúde, as quais estão disponíveis no portal do departamento de atenção básica - DAB (BRASIL, 2006).

Entendemos que a Atenção Primária em Saúde, também denominada Atenção Básica a Saúde no Brasil, termo este adotado nos anos 90 em referência ao primeiro nível de atenção, pode ser definida como uma atenção baseada em métodos que são aceitos tanto científica como socialmente, e que se tornam acessíveis às famílias e indivíduos da comunidade com participação integral. Tem como principal objetivo o acompanhamento de pacientes e ser a porta de entrada do sistema.

A atenção primária se caracteriza por constituir a porta de entrada do serviço de saúde e o primeiro recurso a ser usado pelos indivíduos; pela continuidade do cuidado, de modo que, a pessoa mantem seu vínculo com a unidade no decorrer do tempo e quando surgir nova demanda esta é atendida de forma mais eficaz; atendimento integral, o serviço é responsável por todos os problemas de saúde do usuário, mesmo que parte destes seja encaminhada aos níveis secundários ou terciários (STARFIELD, 2012).

Esta definição de atenção primária também é adotada pelo Ministério da Saúde (MS), que afirma que a atenção básica tem como característica um conjunto de ações em saúde, em esfera coletiva e individual, envolvendo a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, além da diminuição de danos e manutenção da saúde objetivando ações integrais que gerem impactos na condição de saúde dos indivíduos (BRASIL, 2011).

Ainda, conforme o MS, a atenção básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção a Saúde e desenvolver o acompanhamento dos pacientes na Rede (BRASIL, 2011).

As redes conforme diz o MS, são compostas por um conjunto de equipamentos, serviços dispostos em determinado território geográfico e podendo este ser um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. Estes diferentes serviços são considerados como nós de uma rede, um hospital, uma unidade de saúde, conselhos de saúde, entre outros. Contudo construir redes implica muito mais do que apenas ofertas de serviços num mesmo território (BRASIL, 2009).

De acordo com Righi 2012, as redes estão sempre em formação e indica relações mais horizontais, podendo deste modo lidar melhor com diversidades e complexidades. Com o passar do tempo às redes se adaptam de acordo com as variações e mudanças que acontecem no decorrer do tempo.

As redes são propostas para administrar políticas e projetos onde os recursos são escassos e os problemas complexos, onde há interação entre agentes públicos e privados, centrais e locais. A gestão eficaz das redes implica: trabalhar rotineiramente na produção de consensos; operar com situações em que todos os atores ganhem; harmonizar os decisores políticos e administrativos; negociar soluções; e monitorar e avaliar permanentemente os processos (MENDES, 2011).

De acordo com o DAB, a expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (BRASIL, 2006).

Pode-se dizer que a atenção básica se caracteriza como a melhor opção de atendimento as populações, pois produz melhores resultados, haja vista que trabalha com a realidade do território que abrange e conhece os problemas e agravos do mesmo. Assim sendo, viabiliza formas de atendimento e prevenção condizentes com a realidade em que a população vive, desta forma a sensibilização da mesma e a intervenção da equipe se torna mais eficaz, produzindo melhores resultados em saúde.

Mesmo tomando espaço central na nova agenda federal, de forma abrangente, ainda existem numerosos desafios a ser enfrentados. Entre estes, pode-se destacar a formação das redes regionalizadas e a superação de um modelo de atenção à saúde fragmentado e segmentado, onde o setor privado participa significativamente e se caracteriza por ofertar serviços diversificados e especializados. É valido citar que a continuação deste modelo é em parte beneficiada devido aos subsídios públicos ao sistema de saúde privada. Ainda, com o aumento a resolutividade da Atenção Primária em Saúde esta se torna uma questão importante a fim de consolidar este, como porta de entrada do sistema e do serviço de busca regular, como defendida pela política nacional (PEREIRA et al, 2012).

Enfrentar estes desafios é imprescindível para que aconteça a concretização da atenção primária da saúde como uma estratégia estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo quando se refere a efetivar seu papel ordenando o cuidado e coordenando a Rede de Atenção à Saúde.

Diante deste desenho, iremos descrever o modo como a Atenção Primária dos municípios abrangidos está estruturada, tais como programa de agentes comunitários de saúde e respectiva cobertura populacional, além de números referentes à cobertura das equipes de saúde da família.

As informações apresentadas neste texto foram organizadas a partir dos bancos oficiais e, para análise, agregaram-se algumas informações de um levantamento realizado em 2012, pelo Grupo Coordenador da Comissão de Implantação do HPR.

A partir destes dados, selecionou-se o estado do Rio Grande do Sul, com as informações a respeito do número de Equipes de Saúde da Família (ESF) e de como estas estão divididas, o número de famílias cadastradas em cada município, população e cobertura de ESF. Estes dados são referentes ao mês de outubro de

2012. Com estes dados foram construídas duas *tabelas-mãe* com os municípios das 15 e 19ª CRS (BRASIL, 2006).

Um olhar mais amplo é relevante para que possamos aprender e entender as características dos 54 municípios que estão mais próximos das duas unidades do Hospital Público Regional, projetadas para as cidades de Palmeira das Missões e Frederico Westphalen. Estes 54 municípios são denominados de território do entorno, levando em consideração que serão mais afetados com a construção do novo hospital.

No ano de 2012, a Res. N° 555/12, alterou significativamente a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e instituiu as respectivas Comissões Intergestores Regionais – CIR. De acordo com esta nova configuração, os municípios das duas CRS estão assim distribuídos: Região 15, 40 municípios (o que significa todos os municípios desta região, sendo 14 da 15ª. CRS e 26 da 19ª. CRS); Região 16, 02 municípios (19ª. CRS); Região 20, 13 municípios (todos da 15ª. CRS) (BRASIL, 2012).

Frederico Westphalen e Palmeira das Missões, também são sede de coordenadorias regionais da SES/RS. Contudo, o desenho das Regiões de Saúde altera a gestão da saúde na região. Mesmo com este novo desenho ou configuração das novas regiões de saúde, optou-se neste estudo somente caracterizar os municípios da 15ª e 19ª CRS, pelo fato de que estas duas coordenadorias abrigar ou ter em seu território as duas unidades do hospital público regional.

Os municípios das coordenadorias regionais de saúde, das 15 e 19ª CRS podem ser classificados em âmbito geral da seguinte forma conforme tabela 1.

Dos 54 municípios que compõe a 15ª CRS e a 19ª CRS, 19 tem menos de 3 mil habitantes, 11 tem população entre 3 e 5 mil habitantes, 8 tem população entre 5 a 7,5 mil habitantes, municípios com população entre 7,5 e 10 mil são 6, de 10 a 15 mil habitantes também são 6 e municípios com população entre 20 e 30 mil são apenas 3, e município com população entre 30 e 40 mil apenas um.

Com estes dados podemos perceber claramente que mais de 50% dos municípios que fazem parte das 15 e 19 CRS é composta por pequenas cidades que tem população inferior a cinco mil habitantes.

Para que possamos entender o desenho real da atenção básica destes municípios foram construídas tabelas, uma relatando os municípios pertencentes a

15ª CRS e os municípios pertencentes a 19ª CRS, as quais mostram a forma de organização destes, conforme mostra a Tabela 2.

Com as mudanças nas regiões de saúde os municípios da 15ª CRS ficaram divididos em duas regiões, 12 municípios ficaram na região 20 e 14 municípios pertence à região 15.

Nesta regional, estão cadastradas duas equipes de saúde da família, 46 equipes de saúde da família com saúde bucal na modalidade I, uma equipe de saúde da família com saúde bucal modalidade II, duas equipes de agentes comunitários de saúde e podemos perceber ainda que nesta regional de saúde existem as equipes de atenção básica em área indígena, que totalizam quatro unidades. Nesta regional estão cadastradas 40.348 famílias, num total de 161.176 pessoas.

Os municípios que fazem parte da 19ª CRS também foram divididos embora em número menor, com as novas regiões de saúde estabelecidas no estado, como mostra a Tabela 3.

Desta coordenadoria apenas dois municípios foram listados em outra região de saúde a região 16. Nesta, existem oito equipes de saúde da família, 47 equipes de saúde da família com saúde bucal modalidade I, três equipes de agentes comunitários de saúde, uma (1) equipe de atenção à saúde de sistema penitenciário, duas equipes do núcleo de apoio à saúde da família e uma equipe de agentes comunitários de saúde com saúde bucal mista. Ainda, está cadastrado nesta regional de saúde um total de 46.392 famílias, totalizando 201.007 pessoas.

Com o intuito de detalhar mais precisamente a atenção básica, optamos por utilizar tabelas que descrevam mais detalhadamente as equipes de agentes comunitários, equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal dos municípios que pertencem a 15 e a19ª CRS.

A Tabela 4 descreve as equipes de agentes comunitários de saúde dos municípios que pertencem a 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), os quais estão caracterizados pelo SIAB.

Nesta, percebemos que dos 26 municípios que pertencem à regional 15, apenas quatro municípios não tem cobertura de 100% do trabalho de agentes comunitários de saúde, sendo que dois destes tem população acima de 20 mil habitantes e dois com população inferior a cinco mil habitantes.

Já em relação às equipes de saúde da família estas estão caracterizadas da seguinte maneira, de acordo com a Tabela 5. Apenas 5 municípios não tem cobertura de 100% de atenção básica pelas equipes, um destes com cobertura inferior a 50%, os demais tem cobertura entre 60 a 80 %. Nesta tabela podemos visualizar que dos 26 municípios da 15ª CRS, 21 tem cobertura de 100% de equipes de saúde da família.

As equipes de saúde bucal, que estão cadastradas na 15ª CRS podem ser classificadas e/ou definidas do seguinte modo:

Pode-se perceber que em relação as equipes de saúde bucal, existe apenas um município com equipe de modalidade II, e os demais com equipes modalidade I.

Em relação à implantação e cobertura do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) a região da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde, se caracteriza da seguinte maneira de acordo com o SIAB. Tabela 7.

Na tabela que descreve os municípios da região 19, observamos que apenas um dos municípios não tem cobertura de 100% de equipes de agentes comunitários de saúde, e um deles tem cobertura 0 %, de acordo com os dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), talvez por não ter implantado em seu território este tipo de programa ou por existir algum tipo de falha na alimentação do programa no período que os mesmos foram coletados.

Em relação às equipes de saúde da família, estas estão distribuídas da seguinte maneira, conforme mostra a Tabela 8.

Em relação à implantação das equipes de saúde da família (ESF), podemos observar que nesta região dos 28 municípios, existem oito (8) que não tem cobertura de 100% de ESF. Destes um deles tem cobertura igual à zero, podemos supor que o mesmo não aderiu e/ou implantou estas equipes em seu território, ou ainda que houve algum tipo de falha na alimentação do programa. Dois destes tem cobertura inferior a 50% e os outros cinco tem cobertura entre 76 a 99% em seu território.

As equipes de saúde bucal estão distribuídas do seguinte modo na região da 19ª CRS, como mostra a Tabela 9.

Em relação a equipes de saúde bucal, temos um município que não possui nenhuma das modalidades implementadas. Os demais municípios possuem equipes de saúde bucal na modalidade I. Apenas dois municípios não possuem em funcionamento a quantidade total das equipes cadastradas.

Ao concluir as tabelas com os dados de ambas as regionais de saúde estudadas, podemos afirmar que praticamente a totalidade dos municípios têm implementadas as equipes de saúde da família e oferecem atendimento primário a sua população. Em alguns casos observamos a ausência ou a não cobertura de 100% da população com o programa.

Diante do exposto podemos considerar a real possibilidade da construção de redes e de clínica ampliada nesta região, ainda por dispor de profissionais de diversos segmentos de saúde que atuam nas equipes. Podemos pensar que a consolidação de uma região de saúde, que abrace desde a educação continuada com uma equipe multidisciplinar dentro de uma equipe de saúde da família que tem como principais objetivos a prevenção e detecção precoce de doenças e agravos torna-se cada vez mais concreta.

O trabalho em equipe é considerado um pressuposto guia, para reorganização do método de trabalho em serviços de saúde, visando transformações nas formas de agir diante dos fatores que interferem no processo saúde-doença da população, partindo de uma maior interação entre os profissionais e as ações que desempenham (COSTA, RKS; ENDERS, BC; MENEZES, RMP;. 2008).

O trabalho em equipe na saúde solicita a abrangência das várias disciplinas a fim de trabalhar com a complexidade, tomando a saúde nos vários contextos, desta forma a traz a intersetorialidade como parceira para resolutividade dos problemas de saúde (ALVES, 2005).

Torna-se necessário destacar, que a forma dos diferentes tipos e finalidades, modos de organizar e operacionalizar o trabalho na equipe de saúde está se tornando objeto de estudo e discussão, além de assumir maior destaque dos problemas que se relacionam a articulação entre as mais diferentes ações e a interação entre os profissionais da equipe de saúde no cotidiano de seu trabalho (COSTA, RKS; ENDERS, BC; MENEZES, RMP;. 2008).

Devemos considerar que a competência de cada profissional de forma isolada não consegue dar conta do atendimento das necessidades de saúde em suas diversas complexidades. Assim sendo, deve haver flexibilidade nos limites das competências para proporcionar uma ação integral (ALVES, 2005).

A educação deve desempenhar um duplo papel: por um lado, responder pela geração e apropriação de conteúdos específicos no contexto de ação e por outro

colocar-se a serviço de uma indispensável e imprescindível interação e integração entre pesquisa-prática-política. Assim sendo, além de ser disciplinar, a educação deve instigar o movimento transversal e a conversação entre saberes e práticas (GUIMARÃES, 20??).

CONDIRERAÇÕES FINAIS

De acordo com o que foi colocado anteriormente, visualizamos que grande parte dos municípios que pertencem a estas duas regiões as quais são contempladas com a construção de um Hospital Público Regional, são de pequeno porte, ou seja, com menos de cinco mil habitantes e estes em sua totalidade possui cobertura de 100% de equipes de saúde da família.

Observou-se ainda, que cada regional de saúde possui algumas peculiaridades, ou seja, a presença de equipes de atenção básica indígena, penitenciária e alguns onde há somente o trabalho das equipes de agentes comunitários de saúde em conjunto com saúde bucal.

Dos 54 municípios que compõe as duas coordenadorias regionais de saúde, apenas 13 não tem cobertura de equipes de saúde da família em 100% do território, e apenas um deles não implementou nenhuma das modalidades de estratégia de saúde da família, de acordo com os dados disponibilizados pelo departamento de atenção básica (DAB).

Diante da singularidade de cada um dos municípios, tanto em sua composição como em sua localização geográfica, podemos afirmar que a atenção primária deve ser realizada ou adaptada em cada município de acordo com a realidade do mesmo. Não se pode admitir que um pequeno município, tenha que aderir a determinado programa o qual não é compatível com sua realidade.

Com os dados obtidos durante este estudo, pode-se pensar em estudos mais detalhados nestas regionais de saúde, considerando indicadores, qualidade de assistência, entre outros, a fim de ter um conhecimento mais ampliado e aprofundado da realidade destes municípios.

Ainda para que aconteçam as redes, são necessárias pactuações regionais que construam um serviço de redes e de referência e contra referência de acordo

com as necessidades de determinada região. Nesta perspectiva, a construção e implementação deste hospital é de suma importância, com vistas ao fortalecimento da atenção básica e da construção de redes de saúde.

Ainda, devemos ter em mente que para o SUS acontecer como politica pública é necessário que repensemos o mesmo, e que como trabalhadores e/ou usuários do sistema o reconheçamos como mandatário da saúde no país e não somente como um atendimento complementar.

REFERENCIAS:

ALVES, Vania Sampaio**.** Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 56 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de **Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Resolução N° 555/12** – Comissão Intergestores Bipartite/RS. Disponível em: www.saude.rs.gov.br/upload/1348591506_cibr555_12.pdf. Acessado em 25 de novembro de 2012.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. **Linha de Cuidado:** a imagem da mandala na gestão de rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: **Gestão de redes:** práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Roseni Pinheiro; Rubem Araújo de Mattos, organizadores. rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

COSTA, Roberta Kaliny de Souza; ENDERS, Bertha Cruz; MENEZES, Rejane Maria Paiva de. Trabalho em Equipe de Saúde: uma análise contextual. **Cienc Cuid Saude** 2008 Out/Dez; 7(4):530-536. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6670/3920.

GUIMARÃES, Maria Cristina Soares. **Educação para Saúde**: Uma perspectiva a partir da informação científica e tecnológica. Disponível em: www.icml9.org/.../Maria%20Cristina%20Soares%20Guimaraes-105456.doc.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; et al. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. **Saúde em Debate**: Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 482-499, jul./set. 2012.

RIGHI, Liane Beatriz. Redes de Saúde: Uma Reflexão sobre Formas de Gestão e o Fortalecimento da Atenção Básica. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 256 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 2). Diponivel em: bvsms.saude.gov.br/bvs/.../cadernos_humanizasus_atencao_basica.pd..acesso em 20 de novembro de 2012.

STARFIELD, Barbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia/ Barbara Starfield. – Brasília, UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. 726p.

ANEXOS

Tabela 1: Municípios e População, 2012.

POPULAÇÃO	TOTAL	MUNICIPIOS
Menos de 3.000 habitantes	19	Barra Funda, Boa Vista das Missões, Cerro Grande, Dois Irmãos das Missões, Engenho Velho, Gramado dos Loureiros, Lajeado do Bugre, Novo Xingu, Nova Boa Vista, Sagrada Família, São José das Missões, São Pedro das Missões, Vista Alegre, Vista Gaúcha, Taquaruçu do Sul, Cristal do Sul, Bom Progresso, Pinhal, Novo Tiradentes
3.000 a 5.000	11	Três Palmeiras, Novo Barreiro, Jaboticaba, Miraguaí, Braga, Barra do Guarita, Caiçara, Derrubadas, Esperança do Sul, Pinheirinho do Vale, Rio dos Índios
5.000 a 7.500	8	Rondinha, Trindade do Sul, Ametista do Sul, Liberato Salzano, Palmitinho, Vicente Dutra, Tiradentes do Sul, Rodeio Bonito
7.500 a 10.000	6	Chapada, Constantina, Coronel Bicaco, Alpestre, Iraí, Erval Seco
10.000 a 15.000	6	Nonoai, Seberi, Planalto, Tenente Portela, Redentora, Ronda Alta
15.000 a 20.000	0	
20.000 a 30.000	3	Sarandi, Frederico Westphalen, Três Passos
30.000 a 40.000	1	Palmeira das Missões

Fonte: Dados HPR

Tabela 2: Municípios 15ª CRS

Município	Região de saúde	Pop.	Esf-equipe de saúde da família	Eqp.de saude da família c/saúde bucal modalid.I	Eqp. saúde da família c/saúde bucal modalid.II	Equipe de agentes comunitários de saúde	Emsi – eq. Multidisc. At. básica saúde indígena	Famílias cadastradas
Boa Vista das Missões	15	2.103		1				688
Braga	15	3.628		2				1.238
Cerro Grande	15	2.390		1				813
Coronel Bicaco	15	7.645		3				2.396
Dois Irmãos das Missões	15	2.126		1				721
Jaboticaba	15	4.032		2				1.349
Lajeado do Bugre	15	2.491		1				818
Miraguaí	15	4.828		2				1.665
Novo Barreiro	15	3.995		2				1.368
Palmeira das Missões	15	34.016	1	5		1		3.808
Redentora	15	10.430		2				1.994
Sagrada Família	15	2.587		1				803
São José das Missões	15	2.678		1				866
São Pedro das Missões	15	1.900		1				643
Barra Funda	20	2.388		1				726
Chapada	20	9.322		4				3.197
Constantina	20	9.742	1	2			1	2.758
Engenho Velho	20	1.436		1			1	351
Gramado dos Loureiros	20	2.228		1				857
Nova Boa Vista	20	1.921		1				694
Novo Xingu	20	1.744			1			579
Ronda Alta	20	10.247		2			1	3.138
Rondinha	20	5.430		2				1.653
Sarandi	20	21.757		3		1		3.786
Três Palmeiras	20	4.345		1			1	1.361
Trindade do Sul	20	5.767		3				2.078
TOTAL		**161.176**	**2**	**46**	**1**	**2**	**4**	**40.348**

Fonte: www.datasus.gov.br

Tabela 3: Municípios da 19ª CRS

Município	Reg. de saúde	Pop.	Esf-equipe de saúde da família	Eqp.de saúde da família c/saúde bucal modalid.I	Equipe de agentes comunitários de saúde	Equipe de atenção a saúde sistema penitenciário	Enasf1-eqp.do núcleo de apoio a saúde da famil.	Equipe de agentes comun. c/saúde bucal - mi	Famílias cadastradas
Alpestre	15	7.689	2	1					2.755
Ametista do Sul	15	7.310	1	2					986
Barra do Guarita	15	3.105		1					
Bom Progresso	15	2.253		1					432
Caiçara	15	4.995		2					
Cristal do Sul	15	2.819		1					954
Derrubadas	15	3.111		1					1.050
Erval Seco	15	7.682		2	1				2.761
Esperança do Sul	15	3.200	1	1					1.137
Frederico Westphalen	15	29.158	2	2	1				
Iraí	15	7.902		3					2.935
Liberato Salzano	15	5.661		2					2.022
Novo Tiradentes	15	2.257		1					688
Palmitinho	15	6.917		2					2.173
Pinhal	15	2.515		1					788
Pinheirinho do Vale	15	4.545		1					1.382
Planalto	15	10.407							
Rodeio Bonito	15	5.742		2					1.958
Seberi	15	10.829	1	2					2.673
Taquaruçu do Sul	15	2.973		1					932
Tenente Portela	15	13.625	1	3			1		3.715
Tiradentes do Sul	15	6.305		2					2.143
Três Passos	15	23.861		8		1	1		8.618
Vicente Dutra	15	5.158		**2**					
Vista Alegre	15	2.808		**1**					774
Vista Gaúcha	15	2.765		**1**					935
Nonoai	16	11.962		1	1			1	3.440
Rio dos Índios	16	3.453							1.141
TOTAL		**201.007**	**8**	**47**	**3**	**1**	**2**	**1**	**46.392**

Fonte: www.datasus.gov.br

Tabela 4: ACS na 15 regional

Município	Pop.	Agentes Comunitários de Saúde					
		Teto	Credenciado pelo MS	Cadastrado no sistema	Implantados	Estimativa de pop. coberta	Proporção de cobertura pop. estimada
BARRA FUNDA	2.378	6	5	5	5	2.378	100
BOA VISTA DAS MISSÕES	2.109	5	5	6	5	2.109	100
BRAGA	3.664	9	10	10	10	3.664	100
CERRO GRANDE	2.403	6	7	7	7	2.403	100
CHAPADA	9.349	23	24	24	24	9.349	100
CONSTANTINA	9.747	24	17	17	17	9.747	100
CORONEL BICACO	7.696	19	15	16	15	7.696	100
DOIS IRMÃOS DAS MISSÕES	2.142	5	6	6	6	2.142	100
ENGENHO VELHO	1.481	4	4	2	2	1.150	77,65
GRAMADO DOS LOUREIROS	2.248	6	6	6	6	2.248	100
JABOTICABA	4.065	10	10	10	10	4.065	100
LAJEADO DO BUGRE	2.489	6	6	6	6	2.489	100
MIRAGUAÍ	4.842	12	12	12	12	4.842	100
NOVA BOA VISTA	1.940	5	6	6	6	1.940	100
NOVO BARREIRO	3.987	10	8	8	8	3.987	100
NOVO XINGU	1.751	4	5	5	5	1.751	100
PALMEIRA DAS MISSÕES	34.170	85	58	37	37	21.275	62,26
REDENTORA	10.328	26	20	20	20	10.328	100
RONDA ALTA	10.235	26	24	21	21	10.235	100
RONDINHA	5.473	14	14	14	14	5.473	100
SAGRADA FAMÍLIA	2.591	6	6	6	6	2.591	100
SARANDI	21.525	54	31	29	29	16.675	77,47
SÃO JOSÉ DAS MISSÕES	2.699	7	7	7	7	2.699	100
SÃO PEDRO DAS MISSÕES	1.894	5	5	5	5	1.894	100
TRINDADE DO SUL	5.777	14	14	15	14	5.777	100
TRÊS PALMEIRAS	4.363	11	11	11	5	2.875	65,9

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

Tabela 5: ESF na 15 regional

Município	Pop.	Equipe de Saúde da Família					
		Teto	Credenciado pelo MS	Cadastrado no Sistema	Implantado	Estimativa da Pop. coberta	Proporção de cobertura pop. estimada
BARRA FUNDA	2.378	1	1	1	1	2.378	100
BOA VISTA DAS MISSÕES	2.109	1	1	1	1	2.109	100
BRAGA	3.664	2	2	2	2	3.664	100
CERRO GRANDE	2.403	1	1	1	1	2.403	100
CHAPADA	9.349	4	4	4	4	9.349	100
CONSTANTINA	9.747	4	3	3	3	9.747	100
CORONEL BICACO	7.696	3	3	3	3	7.696	100
DOIS IRMÃOS DAS MISSÕES	2.142	1	1	1	1	2.142	100
ENGENHO VELHO	1.481	1	1	1	1	1.481	100
GRAMADO DOS LOUREIROS	2.248	1	1	1	1	2.248	100
JABOTICABA	4.065	2	2	2	2	4.065	100
LAJEADO DO BUGRE	2.489	1	1	1	1	2.489	100
MIRAGUAÍ	4.842	2	2	2	2	4.842	100
NOVA BOA VISTA	1.940	1	1	1	1	1.940	100
NOVO BARREIRO	3.987	2	2	2	2	3.987	100
NOVO XINGU	1.751	1	1	1	1	1.751	100
PALMEIRA DAS MISSÕES	34.170	14	6	6	6	20.700	60,58
REDENTORA	10.328	4	2	2	2	6.900	66,81
RONDA ALTA	10.235	4	3	2	2	6.900	67,42
RONDINHA	5.473	2	2	2	2	5.473	100
SAGRADA FAMÍLIA	2.591	1	1	1	1	2.591	100
SARANDI	21.525	9	3	3	3	10.350	48,08
SÃO JOSÉ DAS MISSÕES	2.699	1	1	1	1	2.699	100
SÃO PEDRO DAS MISSÕES	1.894	1	1	1	1	1.894	100
TRINDADE DO SUL	5.777	2	2	3	2	5.777	100
TRÊS PALMEIRAS	4.363	2	2	2	1	3.450	79,07

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

Tabela 6: Equipe de saúde bucal 15ª CRS

Município	Pop.	Equipe de saúde bucal					
		Modalidade I			Modalidade II		
		Credenciadas pelo MS	Cadastrada no Sistema	Implantada	Credenciada pelo MS	Cadastrada no Sistema	Implantada
BARRA FUNDA	2.378	1	1	1	0	0	0
BOA VISTA DAS MISSÕES	2.109	1	1	1	0	0	0
BRAGA	3.664	2	2	2	0	0	0
CERRO GRANDE	2.403	1	1	1	0	0	0
CHAPADA	9.349	4	4	4	0	0	0
CONSTANTINA	9.747	1	1	1	0	0	0
CORONEL BICACO	7.696	3	3	3	0	0	0
DOIS IRMÃOS DAS MISSÕES	2.142	0	1	1	0	0	0
ENGENHO VELHO	1.481	1	1	1	0	0	0
GRAMADO DOS LOUREIROS	2.248	1	1	1	0	0	0
JABOTICABA	4.065	2	2	2	0	0	0
LAJEADO DO BUGRE	2.489	1	1	1	0	0	0
MIRAGUAÍ	4.842	2	2	2	0	0	0
NOVA BOA VISTA	1.940	1	1	1	0	0	0
NOVO BARREIRO	3.987	2	2	2	0	0	0
NOVO XINGU	1.751	0	0	0	1	1	1
PALMEIRA DAS MISSÕES	34.170	5	5	5	0	0	0
REDENTORA	10.328	2	2	2	0	0	0
RONDA ALTA	10.235	3	2	2	0	0	0
RONDINHA	5.473	2	2	2	0	0	0
SAGRADA FAMÍLIA	2.591	1	1	1	0	0	0
SARANDI	21.525	3	3	3	0	0	0
SÃO JOSÉ DAS MISSÕES	2.699	1	1	0	0	0	0
SÃO PEDRO DAS MISSÕES	1.894	1	1	1	0	0	0
TRINDADE DO SUL	5.777	2	3	2	0	0	0
TRÊS PALMEIRAS	4.363	2	2	1	0	0	0

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

Tabela 7: ACS na 19 regional

Município	Pop.	Agentes Comunitários de Saúde					
		Teto	Credenciado pelo MS	Cadastrado no sistema	Implantados	Estimativa de pop. coberta	Proporção de cobertura pop. estimada
ALPESTRE	7.856	20	25	19	19	7.856	100
AMETISTA DO SUL	7.317	18	18	18	18	7.317	100
BARRA DO GUARITA	3.097	8	8	8	8	3.097	100
BOM PROGRESSO	2.290	6	7	7	7	2.290	100
CAIÇARA	5.032	13	13	13	13	5.032	100
CRISTAL DO SUL	2.823	7	7	7	7	2.823	100
DERRUBADAS	3.150	8	8	9	8	3.150	100
ERVAL SECO	7.779	19	20	17	17	7.779	100
ESPERANÇA DO SUL	3.235	8	10	10	10	3.235	100
FREDERICO WESTPHALEN	29.003	73	39	36	36	20.700	71,37
IRAÍ	7.989	20	16	18	16	7.989	100
LIBERATO SALZANO	5.720	14	13	13	13	5.720	100
NONOAI	12.017	30	23	23	23	12.017	100
NOVO TIRADENTES	2.267	6	6	6	6	2.267	100
PALMITINHO	6.919	17	16	16	16	6.919	100
PINHAL	2.514	6	6	6	6	2.514	100
PINHEIRINHO DO VALE	4.522	11	10	9	9	4.522	100
PLANALTO	10.465	26	19	0	0	0	0
RIO DOS ÍNDIOS	3.533	9	11	11	11	3.533	100
RODEIO BONITO	5.743	14	14	14	14	5.743	100
SEBERI	10.863	27	25	25	25	10.863	100
TAQUARUÇU DO SUL	2.970	7	7	7	7	2.970	100
TENENTE PORTELA	13.672	34	33	32	32	13.672	100
TIRADENTES DO SUL	6.382	16	18	18	18	6.382	100
TRÊS PASSOS	23.912	60	48	48	48	23.912	100
VICENTE DUTRA	5.221	13	15	15	15	5.221	100
VISTA ALEGRE	2.820	7	7	7	7	2.820	100
VISTA GAÚCHA	2.762	7	7	7	7	2.762	100

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

Tabela 8: Equipes de Saúde da Família na 19CRS

Município	Pop.	Equipe de Saúde da Família					
		Teto	Credenciado pelo MS	Cadastrado no Sistema	Implantada	Estimativa da Pop. coberta	Proporção de cobertura pop. Estimada
ALPESTRE	7.856	3	4	3	3	7.856	100
AMETISTA DO SUL	7.317	3	3	3	3	7.317	100
BARRA DO GUARITA	3.097	1	1	1	1	3.097	100
BOM PROGRESSO	2.290	1	1	1	1	2.290	100
CAIÇARA	5.032	2	2	2	2	5.032	100
CRISTAL DO SUL	2.823	1	1	1	1	2.823	100
DERRUBADAS	3.150	1	1	1	1	3.150	100
ERVAL SECO	7.779	3	2	2	2	6.900	88,7
ESPERANÇA DO SUL	3.235	1	2	2	2	3.235	100
FREDERICO WESTPHALEN	29.003	12	4	4	4	13.800	47,58
IRAÍ	7.989	3	3	3	3	7.989	100
LIBERATO SALZANO	5.720	2	2	2	2	5.720	100
NONOAI	12.017	5	2	1	1	3.450	28,71
NOVO TIRADENTES	2.267	1	1	1	1	2.267	100
PALMITINHO	6.919	3	2	2	2	6.900	99,73
PINHAL	2.514	1	1	1	1	2.514	100
PINHEIRINHO DO VALE	4.522	2	1	1	1	3.450	76,29
PLANALTO	10.465	4	4	0	0	0	0
RIO DOS ÍNDIOS	3.533	1	1	1	1	3.450	97,65
RODEIO BONITO	5.743	2	2	2	2	5.743	100
SEBERI	10.863	5	3	3	3	10.350	95,28
TAQUARUÇU DO SUL	2.970	1	1	1	1	2.970	100
TENENTE PORTELA	13.672	6	4	4	4	13.672	100
TIRADENTES DO SUL	6.382	3	2	2	2	6.382	100
TRÊS PASSOS	23.912	10	8	8	8	23.912	100
VICENTE DUTRA	5.221	2	2	2	2	5.221	100
VISTA ALEGRE	2.820	1	1	1	1	2.820	100
VISTA GAÚCHA	2.762	1	1	1	1	2.762	100

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

Tabela 9: Equipes de Saúde Bucal na 19 CRS

Município	Pop.	Equipe de saúde bucal					
		Modalidade I			Modalidade II		
		Credenciada pelo MS	Cadastrada no Sistema	Implantada	Credenciada pelo MS	Cadastrada no Sistema	Implantada
ALPESTRE	7.856	4	1	1	0	0	0
AMETISTA DO SUL	7.317	2	2	2	0	0	0
BARRA DO GUARITA	3.097	1	1	1	0	0	0
BOM PROGRESSO	2.290	1	1	1	0	0	0
CAIÇARA	5.032	2	2	2	0	0	0
CRISTAL DO SUL	2.823	1	1	1	0	0	0
DERRUBADAS	3.150	1	1	1	0	0	0
ERVAL SECO	7.779	1	2	1	0	0	0
ESPERANÇA DO SUL	3.235	2	1	1	0	0	0
FREDERICO WESTPHALEN	29.003	2	2	2	0	0	0
IRAÍ	7.989	3	3	3	0	0	0
LIBERATO SALZANO	5.720	2	2	2	0	0	0
NONOAI	12.017	2	2	2	0	0	0
NOVO TIRADENTES	2.267	1	1	1	0	0	0
PALMITINHO	6.919	2	2	2	0	0	0
PINHAL	2.514	1	1	1	0	0	0
PINHEIRINHO DO VALE	4.522	1	1	1	0	0	0
PLANALTO	10.465	4	0	0	0	0	0
RIO DOS ÍNDIOS	3.533	1	1	1	0	0	0
RODEIO BONITO	5.743	2	2	2	0	0	0
SEBERI	10.863	2	2	2	0	0	0
TAQUARUÇU DO SUL	2.970	1	1	1	0	0	0
TENENTE PORTELA	13.672	3	3	3	0	0	0
TIRADENTES DO SUL	6.382	2	2	2	0	0	0
TRÊS PASSOS	23.912	8	8	8	0	0	0
VICENTE DUTRA	5.221	2	2	2	0	0	0
VISTA ALEGRE	2.820	1	1	1	0	0	0
VISTA GAÚCHA	2.762	1	1	1	0	0	0

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE