

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



# Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361  
DOI: 10.9789/2175-5361

## PESQUISA

### Cobertura das estratégias de fortalecimento da atenção básica em saúde

Coverage of strategies for strengthening the basic health care

Cobertura de las estrategias de fortalecimiento de la atención básica de salud

Marciane Kessler<sup>1</sup>, Ediane Menegazzo<sup>2</sup>, Elise Berra<sup>3</sup>, Leticia de Lima Trindade<sup>4</sup>, Ivete Maroso Krauser<sup>5</sup>, Carine Vendruscolo<sup>6</sup>

### ABSTRACT

**Objectives:** Analyzing the coverage of strategies to strengthen Primary Care in the municipalities of the 4th Regional Health Management of Santa Catarina, Brazil. **Method:** A cross-sectional descriptive study conducted at the bank of indicators covering of Family Health teams (SF), Community Health Agents teams (ACS), National Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) Professional Enhancement Program of AB (PROVAB), Psychosocial Care Centers (CAPS) and Stork Network of 25 municipalities. **Results:** 88% of the municipalities are suitable for the quantity of SF teams; 100% of the population is covered by ACS; 95,5% of SF teams joined the PMAQ; 48% did not join the PROVAB; 64% do not have CAPS; 32% did not join the Stork Network. **Conclusion:** These findings suggest the search for qualification and solving teams and health services, but show difficulties in expansion and articulation of actions. **Descriptors:** Primary health care, Coverage of health services, Family health, Health promotion.

### RESUMO

**Objetivos:** Analisar a cobertura das estratégias para o fortalecimento da Atenção Básica nos municípios da 4a Gerência Regional de Saúde de Santa Catarina, Brasil. **Método:** Estudo transversal descritivo realizado no banco de indicadores de cobertura de equipes de Saúde da Família (SF), equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Programa de Valorização do Profissional da AB (PROVAB), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Rede Cegonha, de 25 municípios. **Resultados:** 88% dos municípios estão adequados em relação à quantidade de equipes de SF; 100% da população estão cobertas por ACS; 95,5% das equipes de SF aderiram ao PMAQ; 48% não aderiram ao PROVAB; 64% não possuem CAPS; 32% não aderiram à Rede Cegonha. **Conclusão:** Os achados sinalizam a busca pela qualificação e resolubilidade das equipes e serviços de saúde, mas revelam dificuldades na expansão e articulação das ações. **Descritores:** Atenção primária à saúde, Cobertura de serviços de saúde, Saúde da família, Promoção da saúde.

### RESUMEN

**Objetivos:** Analizar la cobertura de las estrategias para fortalecer la Atención Primaria en los municipios de la cuarta Gerencia Regional de Salud de Santa Catarina, Brasil. **Método:** Estudio transversal descriptivo realizado en el banco de indicadores de cobertura de equipos de Salud de la Familia (SF), equipos de Agentes Comunitarios de Salud (ACS), el Programa Nacional para el Mejoramiento del Acceso y Calidad de la Atención Primaria (PMAQ) Programa de Mejoramiento Profesional AB (PROVAB), los Centros de Atención Psicossocial (CAPS) y Red Cigüeña de 25 municipios. **Resultados:** el 88% de los municipios están adecuados en relación a la cantidad de equipos de SF; 100% de la población está cubierta por ACS; 95,5% de los equipos de SF se unió a la PMAQ; 48% no se unió a la PROVAB; 64% no tiene CAPS; 32% no se unió a la Red Cigüeña. **Conclusión:** Los resultados indican la búsqueda de calificación y resolución de los equipos y los servicios de salud, pero muestran dificultades en la expansión y articulación de acciones. **Descriptor:** Atención Primaria de Salud, La Cobertura de Servicios de Salud, La Salud de la Familia, Promoción de la Salud.

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista em Saúde Pública com ênfase em Estratégia de Saúde da Família. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM. E-mail: marciane.kessler@hotmail.com; <sup>2</sup>Enfermeira. Atualmente é Enfermeira da Gestão de Riscos no Hospital Materno Infantil Dr. Jeser Amarante Faria, Joinville, Santa Catarina (SC), Brasil. E-mail: ediane.m@hjaf.org.br; <sup>3</sup>Enfermeira. Residente Multiprofissional em Estratégia de Saúde da Família na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e Faculdades Pequeno Príncipe, Paraná (PR), Brasil. E-mail: elyseberra@yahoo.com.br; <sup>4</sup>Enfermeira. Doutora pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina (SC), Brasil. Docente do curso de Graduação em Enfermagem na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e do mestrado em Ciência da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECO), Chapecó, Santa Catarina (SC), Brasil. Líder do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (GESTRA/UDESC) e membro do grupo Práxis: trabalho, cidadania saúde e enfermagem da UFSC. E-mail: letrindade@hotmail.com; <sup>5</sup>Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Docente do curso de Graduação em Enfermagem na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó, Santa Catarina (SC), Brasil. Membro do GESTRA/UDESC e do Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem (NEGE/UFRGS). E-mail: ivetemaroso@hotmail.com; <sup>6</sup>Enfermeira. Doutora pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina (SC), Brasil. Docente do curso de Graduação em Enfermagem na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó, Santa Catarina (SC), Brasil. Membro do GESTRA/UDESC e dos grupos de pesquisa Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN/UFSC). E-mail: carine.vendruscolo@udesc.br

## INTRODUÇÃO

A construção do Sistema único de Saúde (SUS) tem avançado de forma significativa nos últimos anos e resgatado a evidência da importância que o serviço de Atenção Básica a Saúde (ABS) tem neste processo. Pode-se definir ABS como uma forma de organização dos serviços de saúde, que integra todos os aspectos, e tem como objetivo atender as necessidades de saúde da população.<sup>1</sup>

A ABS deve constituir-se como a principal porta de entrada ao Sistema de Saúde, sendo um conjunto de ações, no âmbito individual ou coletivo, que abrangem a promoção, proteção à saúde, prevenção dos agravos, o diagnóstico, tratamento e a reabilitação, bem como redução de danos e a manutenção da saúde. A ABS tem como objetivo desenvolver uma atenção integral, que impacte positivamente na situação de saúde, na promoção da autonomia dos indivíduos e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.<sup>2</sup>

No Brasil, a ABS organiza-se por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, a qual restabelece uma revisão das diretrizes e normas para sua organização, apoiada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Essa Política articula tais estratégias, fundamentais para corresponder as diretrizes do SUS, voltadas para a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde.<sup>3</sup>

Com o passar dos anos, as necessidades e dificuldades que emergem no cotidiano das equipes de saúde, fazem com que o Ministério da Saúde (MS) pense e execute ações, estratégias e programas de acordo com as necessidades em saúde da população para as diferentes populações, contemplando suas diversidades e especificidades. Assim, busca-se ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e a melhoria da qualidade da assistência, priorizando uma assistência integral e equânime.

Uma estratégia utilizada para a reorganização da Atenção Básica foi a criação do PACS, no início da década de 90 e efetivamente implantado e regulamentado desde o ano de 1997 e que, atualmente trabalha articulado à ESF. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) possui um papel importante no processo de trabalho da ESF, pois atua como elo entre a comunidade e os demais membros da equipe de Saúde da Família, permanecendo em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe.<sup>4</sup>

Em consonância ao PACS, surge o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente transformada em ESF e que objetiva uma assistência holística, integral e preventiva, voltada para família e sua singularidade e aspectos socioculturais. Assim, a PNAB tem a ESF como uma estratégia prioritária para a expansão, qualificação e consolidação da ABS e sua reorganização. Essa Política prevê a reorientação do processo de trabalho com maior potencial para aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos do SUS, ampliando assim a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo/efetividade.<sup>3</sup>

Na mesma perspectiva do fortalecimento da ABS, emerge em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), este procura induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da rede básica de saúde, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à ABS em todo o Brasil. O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB (Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização).<sup>5</sup>

Nesse contexto, também propõe-se o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), aprovado pela portaria 2.087 de 2011, que tem por objetivo promover a valorização dos profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas) que atuam na ABS. O Programa compromete-se com a qualificação das ações do SUS a partir do estímulo à formação de seus profissionais, bem como incentivando que permaneçam nas localidades com maior carência de profissionais e serviços de saúde.<sup>6</sup>

Outra vertente da ABS que vem ganhando força se visualiza nos investimentos relacionado à saúde dos indivíduos portadores de sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool ou outras drogas. A principal estratégia nesse âmbito foi a implantação e desenvolvimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).<sup>7</sup>

O CAPS se divide nas seguintes categorias de serviços de atenção psicossocial: CAPS I, capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II, capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III, capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes; CAPS Álcool e Drogas (AD), atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000; e CAPS Infantil (I), atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes.<sup>7</sup>

Vale ainda lembrar, como estratégia de aprimoramento e fortalecimento da ABS, a Rede Cegonha, instituída no âmbito do SUS por meio da portaria 1.459 de junho de 2011. Consistindo em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.<sup>8</sup>

Em conjunto e individualmente, essas estratégias têm sido as principais ações de orientação da ABS e captam grande parte dos recursos financeiros, técnicos e organizações para o fortalecimento do SUS e mudança do cenário assistencial em saúde no Brasil.

Frente a essas perspectivas, este estudo buscou analisar a cobertura das equipes da ESF, PACS, adesão ao PMAQ, PROVAB, CAPS e à Rede Cegonha, pelos municípios que recebem assessoria pela 4ª Regional de Saúde (GERSA) do Oeste de Santa Catarina (SC) em relação aos programas de saúde da Atenção Básica.



## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com base em dados compilados pela coordenação da Secretaria de Saúde do Estado de SC sobre a cobertura das estratégias para fortalecimento da Atenção Básica em municípios atendidos pela 4ª Gerência de Saúde da Região Oeste de Santa Catarina. Foram analisadas a cobertura da ESF, PACS, adesão ao PMAQ, ao PROVAB, aos CAPS, e à Rede Cegonha, destes municípios, registrada em 2012.

Os municípios alvos deste estudo pertencem às seguintes Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDR): 4ª SDR de Chapecó, 29ª SDR de Palmitos e 32ª SDR de Quilombo, que juntos formam a Comissão Intergestores Regional do Oeste (CIR OESTE). No entanto, quando diz respeito às questões relacionadas a saúde, estes municípios recebem suporte da Regional de Saúde da 4ª SDR.

Juntos são compostos por 25 municípios, com uma população de referência de 322.741 habitantes. Estes municípios se localizam na Região Oeste do Estado de SC, e sua população correspondeu a 5% do total da população do Estado.<sup>9</sup>

O Estado de SC localiza-se na Região Sul do país e possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,831, considerado elevado e maior que a média nacional. Com relação ao IDH o Estado alcançou 0,840, sendo a segunda melhor colocação do Brasil.<sup>10</sup>

Os dados sobre a cobertura destes programas foram disponibilizados pela coordenação da Secretaria de Saúde do Estado de SC após solicitação das acadêmicas de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina que desenvolviam o estágio final do curso na 4ª GERSA. Estes dados são atualizados no mês de dezembro de cada ano pela Secretaria de Saúde do Estado.

A análise dos dados sobre a cobertura das estratégias de fortalecimento da Atenção Básica dos 25 municípios atendidos pela 4ª GERSA, realizou-se no mês de maio de 2013 através de informações já condensadas em forma de tabela emitidos pela Secretaria de Saúde do Estado, em março de 2013. A partir destes dados realizaram-se cálculos de percentual para conhecimento da situação geral e específica de cada município. Estes dados são de domínio público, o que dispensa a avaliação da proposta por um Comitê de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar a cobertura das Estratégias para fortalecimento da ABS dos municípios atendidos pela 4ª GERSA em relação às questões de saúde, constatou-se que 88% dos

municípios estão adequados quanto a Portaria 2488/11<sup>2</sup> em relação à quantidade de equipes de ESF implantadas. No entanto, 8% destes municípios, apesar de cumprirem com a legislação, não cobrem 100% de sua população. Dessa forma, somados aos municípios que não se adequaram a Portaria, são 20% os que não possuem uma cobertura total, perfazendo uma média de 14,7% de população desassistida pela ESF, o que requer conforme as exigências do MS, a implantação de mais 15 equipes de Saúde da Família na CIR Oeste, distribuídas em cinco municípios fragilizados nesse aspecto.

Em relação ao número de ACS, segundo a população estimada de cada município, constatou-se uma quantidade suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, conforme exigido pela Portaria 2488/11.<sup>2</sup>

Quanto à adesão PMAQ, das 89 equipes de Saúde da Família da CIR Oeste, 95,5% aderiram ao Programa. As equipes que não aderiram, concentram-se em sua totalidade num município polo e mais populoso da CIR Oeste.

Analisando a adesão dos municípios da CIR Oeste ao PROVAB conforme a Portaria 2.087/11<sup>6</sup> verificou-se que 48% dos municípios não aderiram a este programa de incentivo.

Em relação à implantação dos CAPS, quatro municípios da CIR Oeste foram contemplados com um serviço dessa modalidade. Entre estes constam dois CAPS I que abrangem 13,4% da população da CIR Oeste; um CAPS II, um CAPS infantil-juvenil (CAPSi) e um CAPS álcool e drogas (CAPSad) que assistem a 57,7% desta população. Assim sendo, 64% dos municípios da CIR Oeste estão sem cobertura do CAPS, o que corresponde a 28,9% da população desta Regional que permanece desassistida em relação aos serviços especializados de atenção psicossocial.

Por fim, procurou-se analisar a adesão dos municípios ao Programa da Rede Cegonha. Constatou-se que 32% ainda não haviam aderido a esta estratégia de saúde até final do ano de 2012.

A partir da análise realizada das informações emitidas pela Secretaria de Saúde do Estado de SC, percebe-se que esta segue parcialmente as normativas instituídas pelo próprio Estado. A Deliberação 457 da Comissão Intergestores Bipartite (CIR) de 2012<sup>11</sup>, estabelece uma nova configuração e denominação das 16 Regiões de Saúde do Estado de SC.

Neste sentido, a tabela de dados fornecida pela Secretaria de Saúde do Estado dispõe para a Região CIR Oeste municípios que não confere com o que propõe a Deliberação 457/CIR/12. Percebe-se que a mesma não segue a nova configuração da CIR Oeste.

## Discussão

### Cobertura de equipes da estratégia saúde da família

Com as diversas mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, que produziram alterações significativas para a vida em sociedade, levando ao processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários<sup>12</sup>, emerge um novo modelo de reorganização do sistema assistencial de saúde, a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para a atenção primária em saúde ou atenção básica.<sup>11</sup>

A Atenção Básica em Saúde (ABS) têm como estratégia prioritária a Saúde da Família para a reestruturação do setor da saúde, e organização da atenção básica, contribuindo ainda, para o reordenamento dos demais níveis de complexidade que contempla o SUS, de acordo com as necessidades de saúde da população.<sup>3</sup>

Desta forma, analisando a adesão à ESF e sua cobertura nos municípios da Regional de Saúde do Oeste de SC, os dados nos mostram que esta se desenvolve de forma satisfatória gerando uma avaliação positiva quanto ao quantitativo de equipes. Percebe-se que a maioria dos municípios cumpre com o que propõe a legislação 2.488/11, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, respeitando o limite máximo de pessoas abrangidas por cada equipe de ESF.<sup>2</sup>

Conforme a portaria 2.488/11 está entre os itens necessários para a implantação da Estratégia Saúde da Família.<sup>(2:17)</sup>

cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

No entanto, verificou-se que mesmo os municípios que cumprem com as recomendações do MS quanto a quantidade de pessoas que devem ser abrangidas por ESF, alguns deles não cobrem o total de sua população.

Conforme autores<sup>14:18</sup>, “a ESF tem papel de destaque como instrumento que permite a construção de pressupostos que ultrapassam a clínica tradicional, pautada no modelo curativista”. Esta se constitui como verdadeira porta de entrada para os serviços de saúde e tem diminuído o número de internações hospitalares, fortalecimento das ações preventivas e da promoção da saúde, acompanhamento e monitorização do processo saúde/doença individual e coletivo, mostrando-se uma estratégia fundamental na melhoria dos indicadores de saúde da população.<sup>14</sup>

Contudo, várias dificuldades perpassam a implantação e consolidação da ESF, uma estratégia capaz de reorientar as ações de saúde, colaborando com a substituição do modelo assistencial hegemônico.<sup>13</sup> Há limitações à sua operacionalização devido a insuficiência de recursos humanos financeiros.<sup>13,15</sup> Segundo Nascimento et al.<sup>16</sup> existem problemas relativos ao espaço físico para acomodar a estrutura de uma unidade de saúde o que muitas vezes inviabiliza a sua localização estratégica na comunidade, especialmente em espaços urbanos.

Destaca-se que, as condições deficitárias de trabalho dos profissionais, a falta de articulação entre a rede básica e os demais setores ligados à saúde, o distanciamento da relação equipe/paciente, a pouca participação da comunidade são obstáculos importantes para o funcionamento da ESF conforme preconizado. Dificuldades ligadas à falta de entendimento sobre a função da Estratégia, à cobertura e à falta de sensibilização dos profissionais que compõem as equipes, também são fatores a serem considerados.<sup>17</sup>



Percebe-se ainda como desafios a serem superados o reduzido apoio de gestores municipais na qualificação dos profissionais. Verifica-se que na condução da ESF muitos gestores tem se pautado em manter a quantidade de equipes. Tais posturas indicam não apenas a possível compreensão da proposta da ESF, mas também um descompromisso que acaba repercutindo na ausência de ampliação dos serviços e na falta de investimentos na integralidade da atenção.<sup>13</sup>

Assim, pode-se pensar que a avaliação do funcionamento da implantação e estruturação da ESF torna-se uma medida interessante para superar estas lacunas e alcançar a sua implementação de forma efetiva.

A ESF como política de Estado e estratégia priorizada pelo MS para organizar a ABS no Brasil, vem se expandindo desde a sua criação. Até o final do ano de 2012 estava presente em 98,3% dos municípios do estado de SC e 95,2% dos municípios brasileiros. Porém, a proporção de cobertura populacional estimada pela ESF no estado de SC foi de 69,9% e no Brasil foi de 54,8% em dezembro de 2012.<sup>18</sup> Estes dados demonstram que os índices de população assistida pela ESF no Estado e País permanecem abaixo do índice de cobertura da CIR Oeste de SC.

Estes dados mostram um perfil diferenciado, sendo que esta estratégia tem avançado no processo de implantação, estruturação e cobertura na Região estudada em comparação ao Estado e País. Contudo, são muitos os obstáculos a serem superados para o alcance de uma estratégia de saúde efetiva que atenda a todos os princípios do SUS.

#### Abrangência do programa dos agentes comunitários de saúde

Quanto à cobertura do número de ACS pode-se perceber que os municípios da Regional investigada em sua totalidade atendem a estas exigências, constatando-se uma quantidade suficiente de ACS em cada município, cobrindo a totalidade da população cadastrada.

No estado de SC, em dezembro de 2012, 98,9% dos municípios possuíam ACS, porém a proporção de cobertura populacional estimada pela estratégia de ACS foi de 73,3%. No Brasil, 97,5% dos municípios possuíam ACS neste período, no entanto somente 65% da população brasileira são acompanhadas por equipes de ACS.<sup>18</sup>

O ACS tem um papel relevante na comunidade em que atua, desempenhando ações educativas na prevenção de doenças e promoção da saúde, buscando solucionar os problemas, através das visitas à comunidade. Ao se integrar na ESF, o ACS se torna um elo entre a comunidade e a unidade de saúde, atuando junto a uma equipe multiprofissional. Este deve conhecer os problemas enfrentados pela comunidade, as demandas e necessidades peculiares de cada morador na comunidade.<sup>19</sup>

No ano de 2000 a cobertura populacional estimada pela ESF era de 9,2%, com aumento de sua expansão de 44,9% até o ano de 2012. A cobertura populacional estimada pelo PACS foi de 34,4% no ano de 2000, aumentando em 30,6% até o ano de 2012.<sup>18</sup>

A expansão desta proposta como prática reorganizadora dos cuidados primários de saúde, varia de um local para outro, tornando-se essencial discutir questões relacionadas à qualificação e resolubilidade das equipes de saúde, bem como, a criação de instrumentos de

avaliação que estimulem e orientem para o alcance da melhoria dos serviços e ações de saúde desenvolvidas pelas equipes.<sup>20</sup>

Vale ressaltar, que também é fundamental que todo processo de gestão e cuidado desenvolvido pela equipe multiprofissional, possa ser avaliado com o objetivo de aprimoramento da ESF.<sup>21</sup> Ferramentas avaliativas adequadas são importantes para conhecimento dos alcances e limites da Estratégia<sup>20</sup>, as lacunas existentes, e as metas a serem alcançadas em consonância com os princípios do SUS.

#### Programas de qualificação dos profissionais de saúde: iniciativas governamentais

Com o intuito de avaliar e qualificar a ABS, o Ministério da Saúde lançou em 2011 o PMAQ<sup>22</sup>. Com a sua criação foi estabelecido que, para a adesão em 2011 o teto de Equipes de Atenção Básica (EAB) por município seria de 50% do número de equipes da ESF.<sup>5</sup>

Neste sentido, percebe-se neste estudo, que os dados extrapolam as exigências mínimas do MS, com a adesão de 95,4% das equipes de Saúde da Família da CIR Oeste ao PMAQ até o final do ano de 2012. Esta realidade pode apontar um comprometimento dos municípios com a sua população quanto ao acesso e a melhoria da qualidade da assistência básica.

O PMAQ visa a contínua melhoria de resultados no âmbito da Estratégia de Saúde da Família que promove melhor acesso aos serviços de saúde, maior resolubilidade e atenção humanizada, uma vez que esses propósitos devem ser almejados por gestores, profissionais da saúde e demais atores envolvidos neste processo.<sup>23</sup>

Vale ressaltar que, as equipes que não aderiram ao PMAQ pertencem ao município que apresenta o maior índice de população desassistida pela ESF, o que demonstra lacunas e fragilidades quanto ao cumprimento das diretrizes do SUS.

Alguns desafios em relação ao PMAQ podem ser percebidos, como o curto prazo para adesão; dificuldade de entendimento minucioso sobre todo o programa; falta de clareza sobre a forma de aplicação do recurso financeiro do PMAQ; e falta de cultura de gestão por contratualização, avaliação de impacto, satisfação do usuário, desempenho, e negociação.<sup>24</sup>

Porém, esta avaliação se faz importante uma vez que abre possibilidades de construção de soluções fundamentadas na identificação de problemas, por ser uma ferramenta de caráter reflexivo e problematizador. Possibilita verificar a realidade da saúde local, identificando as fragilidades e as potencialidades da rede de Atenção Básica, conduzindo a planejamentos de intervenção para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços.<sup>25</sup>

Dentre as fragilidades da AB pode-se considerar a escassez de número de profissionais e pouca qualificação dos mesmos para atuação nestes serviços de saúde. Segundo Ministério da Saúde, o Brasil apresenta uma média de 1,8 médicos a cada mil habitantes, uma média relativamente baixa, quando comparada a países desenvolvidos como a Espanha que apresenta uma média de 4,0 e o Portugal com 3,9 médicos a cada mil habitantes. Além da falta de profissionais, o país sofre com uma distribuição desigual, sendo que, 22 estados possuem número de médicos abaixo da média nacional e cinco deles com menos de 1 médico por mil habitantes.<sup>26</sup>



Com objetivo de qualificar os profissionais da atenção básica e suprir a falta dos mesmos, o que tem uma estreita relação com a qualidade de atendimento, o MS instituiu PROVAB, no mesmo ano do PMAQ, que tem como principal objetivo qualificar e fixar profissionais da saúde na atenção básica em regiões de carência dos mesmos com intuito de aumentar a cobertura da população.<sup>27</sup>

Segundo o primeiro balanço do PROVAB apresentado pelo MS em 2013<sup>28</sup>, o Programa apresentou dificuldades no seu primeiro ano de implantação, em que a meta do MS, era contratar cerca de sete mil médicos em 2012, porém apenas 381 médicos aderiram ao Programa. O que reflete também a realidade encontrada neste estudo, em que no ano de 2012 48% dos municípios da CIR Oeste de SC não aderiram ao PROVAB.

O ano de 2013, por sua vez, apresenta números melhores, dos 2.867 municípios inscritos pelos secretários de saúde, 1.291 conseguiram médicos interessados. A região Sul recebeu 312 médicos em 152 cidades que foram divididos nos três estados. O estado do Rio Grande do Sul tem 123 participantes em 66 municípios, em SC são 110 médicos em 52 cidades, e no Paraná, 79 profissionais em 34 cidades. A região Nordeste do País é a que teve maior adesão ao PROVAB: 2.241 médicos em 645 cidades.<sup>28</sup>

Dentre os incentivos apresentados pelo MS inclui-se a remuneração em forma de uma bolsa mensal de R\$ 8 mil para os médicos participantes. Os profissionais devem cumprir 32 horas semanais de atividades práticas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e oito horas semanais de curso de pós-graduação em Saúde da Família, com duração de 12 meses. Os egressos que cumprirem as atividades estabelecidas e receberem nota mínima de sete na avaliação terão pontuação adicional de 10% nos exames de residência médica.<sup>28</sup>

Além dos avanços na adesão de profissionais médicos ao PROVAB, o Ministério da Saúde lançou o edital nº 58 na data de sete de novembro de 2013, chamando enfermeiros e dentistas a candidatarem-se ao programa para a segunda etapa, com início em 2014.<sup>29</sup> No entanto, existe uma carência de estudos sobre a avaliação deste programa e sua eficácia para os serviços de Atenção Básica em Saúde.

#### Cobertura do serviço de atenção psicossocial e da rede cegonha

Qualificar e estender a cobertura da ABS significa prestar serviços de saúde com qualidade a todo e qualquer indivíduo que dos mesmos necessite, nesta lógica surge a lei 10.216 de 2001 que instituiu os direitos e assistência dos usuários dos serviços de saúde mental, sendo reforçada pela portaria 3.088 de 2011 que instituiu a rede de atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.<sup>7</sup>

Em 2010 o Brasil contava com uma cobertura de 63% dos serviços de atenção psicossocial, sendo que o indicador utilizado previa um CAPS para cada 100 mil habitantes. Santa Catarina apresenta uma cobertura de 82% superando a cobertura nacional. Os dados encontrados neste estudo indicam que na CIR Oeste 64% dos municípios encontram-se descobertos pelo CAPS, apresentando uma cobertura de apenas 36% dos municípios, correspondendo a 71,1% da população, valor inferior a cobertura estadual.

As políticas públicas destinadas à saúde mental com vigência no país dispõem sobre os direitos do indivíduo e redirecionam o modelo assistencial em saúde mental. Os estados e municípios devem propor uma política de saúde mental equânime, inclusa, extra-hospitalar com base comunitária. Responsabilizando os gestores a possibilitar condições técnicas e políticas que garantam o direito ao tratamento, a organização de uma rede de atenção integral a saúde através de dispositivos sanitários e socioculturais que integram várias dimensões da vida do indivíduo. Seguindo esta lógica devem fazer com que os CAPS sejam dispositivos estratégicos, capazes de funcionar como centros articuladores das instâncias dos cuidados básicos de saúde, incluindo estratégia de saúde da família, a atenção Básica, rede de ambulatórios, atendimento terciário, atividades de cuidado e suporte social.<sup>30</sup>

Para complementar os programas da AB, visando a necessidade de melhorar o atendimento da população, em 2011 foi criado pelo Ministério da Saúde o programa Rede Cegonha, que é uma estratégia, baseada nos princípios de humanização e assistência para as mulheres, recém-nascidos e crianças. Esta estratégia visa implementar uma rede de cuidados que possa garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável.<sup>8</sup>

Segundo a Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011, são objetivos da Rede Cegonha<sup>8</sup> (Art. 3º):

- I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

A Rede Cegonha deve ser implantada em todo o território nacional até o ano de 2014. A implementação no Estado de SC, começou inicialmente pelas regiões do Planalto Norte, Nordeste e Grande Florianópolis<sup>31</sup>, Pode-se considerar que na região em estudo houve grandes avanços em relação a sua implantação nestes municípios, sendo que até final de 2012, 68% destes já haviam aderido ao programa.

O programa é bastante recente, mas já tem gerado controvérsias, especialmente com o paradigma feminista pois implica um retrocesso de trinta anos na luta das mulheres pela saúde e emancipação feminina, alegando que a iniciativa reitera a noção de que a saúde da mulher e a própria pessoa da mulher estariam orientadas para a maternidade apenas.<sup>32</sup> No entanto, autores alegam que não se trata de uma imposição moral ou biológica da maternidade, mas de uma política de saúde que tem se tornado prioridade de governo, sobretudo porque a gestação acontece de maneira alheia ao Estado, cabendo a ele, entretanto, oferecer acesso à saúde e uma assistência de qualidade.<sup>33</sup>

Tem se reconhecido o valor do programa para um país que apresenta: urgência da resolução da falta de infraestrutura das instituições hospitalares, das altas taxas de cesáreas, dos altos índices de mortalidade materno-infantil, e da qualidade da assistência prestada pelas equipes médicas e pelo próprio Estado.<sup>32</sup>

Atualmente, SC tem um índice de mortalidade materna e infantil mais baixa do que a média brasileira. Em 2011, morreram 11 crianças em cada mil nascidos vivos, no Estado, e no país a proporção de mortos era de 13,5 crianças para cada mil. A redução da mortalidade infantil foi possível devido à adoção de medidas como aumento da cobertura vacinal, aumento da cobertura pré-natal, promoção do aleitamento materno e ampliação dos serviços de saúde com a Estratégia Saúde da Família (ESF). No entanto os óbitos destas crianças ainda estão ligados a problemas no nascimento ou nos primeiros dias de vida, por isso a importância de implementação da Rede Cegonha.<sup>31</sup>

## CONCLUSÃO

Através dos resultados obtidos nesta pesquisa pode-se perceber uma expansão da ESF que vem ocorrendo em intensidade diferente no País, Estado e Região de Saúde do Oeste. Em relação à estratégia de ACS, se reconhece que sua cobertura é satisfatória, o que pode ser explicado pelo seu surgimento desde os anos 90, sendo a primeira tentativa de reorganização do modelo assistencial vigente na época. Ambos merecem investimentos para implantação e funcionamento por se tratar de programas históricos.

Constatou-se uma boa adesão das equipes de SF da Região estudada ao PMAQ, o que pode trazer resultados positivos quanto a melhoria da qualidade de acesso e no atendimento da atenção básica. A adesão dos municípios ao PROVAB, CAPS e a Rede Cegonha é significativo, mas precisa alcançar percentuais maiores, o que pode ser explicado por serem programas recentes, ainda em fase de consolidação. Investimentos financeiros são necessários para a qualificação dos serviços oferecidos e acesso da população aos mesmos.

As lacunas existentes quanto a cobertura das estratégias de fortalecimento da atenção básica pode estar relacionada à falta de capacitação dos profissionais de saúde da Atenção Básica, associado ainda ao pouco comprometimento e falta de conscientização de gestores municipais em relação a importância de sua implantação.

Existe a necessidade de sensibilização dos profissionais das equipes de Saúde da Família e dos gestores para que o novo modelo de atenção em saúde preconizado, voltado a saúde da família e comunidade, ocorra de forma efetiva, integral e com equidade.

Percebeu-se no decorrer desta pesquisa a carência de estudos voltados para a avaliação da cobertura e da efetividade destes programas. Faz-se importante a avaliação dos resultados e da gestão para o planejamento de ações e alcance das metas pactuadas. Sugerem-se estudos voltados a avaliação do impacto e resolubilidade da implantação dos programas instituídos pelo MS.



## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS; 2011.
2. Brasil. 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 2011; 24 out.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
5. Brasil. Ministério da Saúde (SM). Departamento da Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Ministério da Saúde [Internet]. [acessado 2013 ago]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/faq.php>
6. Brasil. Portaria Interministerial nº 2.087, 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil 2011; 2 set.
7. Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011. Ministério da Saúde [Internet]. 2011 dez 23 [acessado 2013 jun]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011. Ministério da Saúde [Internet]. 2011 jun 24 [acessado 2013 nov]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. População residente - Santa Catarina. DATASUS [Internet]. 2012 [acessado 2012 ago]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popsc.def>
10. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. IBGE [Internet]. 2010 [acessado 2012 set]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/calendario.shtm>
11. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde (SES). Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação 457/CIB/2012. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina [Internet]. 2012 nov 8 [acessado 2013 jun]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sc\\_16012013.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sc_16012013.pdf)
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Promoção da Saúde. Pactos pela Saúde 2006; 7:1-58.
13. Sousa MLB, Silveira SAS, Rodrigues NJGA, Silva ES. Estratégia Saúde da Família: dificuldades para a efetivação da proposta de reorganização do SUS. In: Anais V Jornada Internacional de Políticas Públicas [internet]. 2011 [acessado 2013 jul]; São Luiz/MA. p. 9. Disponível em: [http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA\\_EIXO\\_2011/IMPASSES\\_E\\_DESAFIOS\\_DAS\\_POLITICAS\\_DA\\_SEGURIDADE\\_SOCIAL/ESTRATEGIA\\_SAUDE\\_DA\\_FAMILIA\\_DIFICULDADES\\_PARA\\_A\\_EFETIVACAO\\_DA\\_PROPOSTA\\_DE\\_REORGANIZACAO\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_DIFICULDADES_PARA_A_EFETIVACAO_DA_PROPOSTA_DE_REORGANIZACAO_DO_SUS.pdf)
14. Oliveira AG, Morais IF, Azevêdo LMN, Valença CN, Sales LKO, Germano RM. O que mudou nos serviços de saúde com a estratégia saúde da família. Rev Rene [periódico internet]. 2012 [acessado 2013 jul]; 13(2):291-9. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/212/pdf>
15. Magalhães PL. Programa Saúde da Família: uma estratégia em construção [especialização]. Minas Gerais (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
16. Nascimento APS, Santos LF, Carnut L. Atenção primária à saúde via estratégia de saúde da família no Sistema Único de Saúde: introdução aos problemas inerentes à operacionalização de suas ações. J Manag Prim Health Care [periódico internet]. 2011 [acessado 2013 nov]; 2(1):18-24. Disponível em: <file:///C:/Users/marciane/Downloads/12-70-1-PB.pdf>

17. Coimbra LC, Pereira ACS. Cobertura da estratégia saúde da família no maranhão. In: Anais 2º Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde [Internet]. 2009 [acessado 2013 ago]; Manaus/AM. p.171-4. Disponível em: [http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd\\_anais/pdf/id177r0.pdf](http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id177r0.pdf)
18. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. DAB [Internet]. 2012 [acessado 2013 ago]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php)
19. Silva PR, Ribeiro GTF. ACS: Elo de ligação entre comunidade carente e a ESF. Vita et Sanitas [periódico internet]. 2009 [acessado 2014 fev]; (3). Disponível em: [http://fug.edu.br/revista\\_3/pdf/asc\\_elodeligacao.pdf](http://fug.edu.br/revista_3/pdf/asc_elodeligacao.pdf)
20. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. Cad Saúde Pública [periódico internet]. 2010 [acessado 2014 fev]; 26(6):1187-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/12.pdf>
21. Figueiredo EN. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS [especialização]. Brasil: Universidade Aberta do SUS; 2012.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: MS; 2011.
23. Lima RGM. PMAQ - implantação em um município do agreste setentrional de Pernambuco. In: Anais Congresso Sul-Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade [internet]. 2012 [acessado 2013 jun]; Gramado/RS. p.132. Disponível em: <file:///C:/Users/marciane/Downloads/125-226-1-SM.pdf>
24. Correa C, Bagatini C. Estratégia de Organização do Modelo de Cuidado da Atenção Básica no SUS. Rio Grande do Sul: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul/Coordenação estadual ESF; 2012. [acessado 2013 jul]. Disponível em: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FLDj5mLtW4gJ:www1.saude.rs.gov.br/dados/1329500917727Apresentacao\\_ESF\\_PMAQ\\_2012\\_1\\_crs\\_FINAL.ppt+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FLDj5mLtW4gJ:www1.saude.rs.gov.br/dados/1329500917727Apresentacao_ESF_PMAQ_2012_1_crs_FINAL.ppt+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)
25. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília: MS; 2012.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Gerenciamento de Programas. Programa Mais Médicos. Ministério da Saúde [Internet]. 2013 set [acessado 2013 dez]. Disponível em: <http://maismedicos.saude.gov.br/faq.php>
27. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Médicos. Ministério da Saúde [Internet]. [acessado 2013 Dez]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/provab\\_programa\\_valorizacao\\_profissional.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/provab_programa_valorizacao_profissional.pdf)
28. Com primeiro ano difícil, Provab avança em 2013. Jornal do Comércio [internet]. 2013 [acessado 2013 jun]; 21 mai. p.30. Disponível em: <http://jcrs.uol.com.br/site/noticia.php?codn=124523>
29. Conselho Federal de Enfermagem. Ministério da Saúde lança edital Provab 2 para Enfermeiros. Portal COFEN [Internet]. 2013 Nov [acessado 2013 Dez]. Disponível em: [http://novo.portalcofen.gov.br/ministerio-da-saude-lanca-edital-provab-2-para-enfermeiros\\_22422.html](http://novo.portalcofen.gov.br/ministerio-da-saude-lanca-edital-provab-2-para-enfermeiros_22422.html)
30. Heck RM, Bielemann VLM, Ceolin T, Kantorski LP, Wilhich JQ, Chiavagatti FG. Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. Texto Contexto Enferm [periódico internet]. 2008 [acessado 2013 set]; 17(4): 647-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/04.pdf>
31. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde (SES). Rede Cegonha começa a ser implantada em Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina [Internet]. [acessado 2013 Nov]. Disponível em: [http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2474&Itemid=258](http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2474&Itemid=258)
32. Carneiro RG. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. Interface (Botucatu) [periódico internet]. 2013 [acessado 2013 ago]; 17(44): 49-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/a05v17n44.pdf>
33. Ceccim R, Cavalcanti F. Rede Cegonha: práticas discursivas e redes de diálogo. Blog Saúde com Dilma [Internet]. 2011 mai [acessado 2014 jan]. Disponível em: <http://blogsaudedobrasil.com.br>

Recebido em: 16/07/2014  
Revisões requeridas: Não  
Aprovado em: 14/04/2015  
Publicado em: 01/07/2015

Endereço de contato dos autores:  
Marciane Kessler  
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Sala 1302 - Prédio 26 -  
Faixa de Camobi, Km 09, Santa Maria, RS - CEP: 97105-900.  
Email: [marciane.kessler@hotmail.com](mailto:marciane.kessler@hotmail.com)