

Atenção Básica e Vigilância em Saúde: os desafios da prática no território

Primary Health Care and Health Surveillance: the challenges of the practice in the territory

Maria Gabriele de Almeida¹, Liliana Santos²

RESUMO Em 2009, a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador elaborou o Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica, porém, só em 2016, houve a possibilidade de implantação nos Distritos Sanitários. O objetivo deste trabalho foi analisar as ações propostas para integrar Vigilância em Saúde e Atenção Básica em um Distrito Sanitário em Salvador (BA), no que tange à efetiva integração presente nas ações. Trata-se de um relato de experiência que pretende descrever o caminho metodológico percorrido para a implantação do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica e uma reflexão acerca dessa integração no território. As ações propostas pelas equipes das unidades não se constituem como uma integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica de fato, todavia são de grande validade quando se pensa na reorganização dos serviços e enfrentamento da sífilis no território. Conclui-se que alcançar a integração das ações de Vigilância em Saúde e Atenção Básica ainda se constitui como um desafio, visto que é necessário um conjunto articulado de ações que estejam em sintonia e ocorrendo de maneira sistemática.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Vigilância em saúde pública. Planejamento em saúde.

ABSTRACT *In 2009, the Health Department of Salvador developed the Integration Plan between Health Surveillance and Primary Care, however only in 2016, there was the possibility of implementation on the Sanitary Districts. This study analyzes the actions proposed to integrate Health Surveillance and Primary Care in a Sanitary District in Salvador (BA), regarding the effective integration presented in the actions. It is an experience report that intends to describe the methodological path taken to implement the Integration Plan between Health Surveillance and Primary Care and to make a consideration on this integration in the territory. The actions proposed by the health unit teams do not constitute an integration between Health Surveillance and Primary Care, but they are of great value when thinking about the reorganization of services and combating syphilis in the territory. It is concluded that achieving the integration of Health Surveillance and Primary Care actions is still a challenge, since it an articulated set of actions that are in tune and occurring in a systematic way is necessary.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. mariia.gabriele@hotmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. lilianapsico@gmail.com

KEYWORDS *Primary Health Care. Public health surveillance. Health planning.*

Introdução

A Vigilância em Saúde (VS) é compreendida como um conjunto articulado de ações, incluindo a vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância em saúde ambiental e sistemas de informações, redefinindo as práticas de saúde a partir de um território delimitado, propondo intervenções eficazes dos problemas identificados na análise de situação de saúde, garantindo a integralidade do cuidado¹.

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, define a organização da Rede de Atenção à Saúde e a saúde da família como estratégia fundamental. Assim, a Atenção Básica (AB) se constitui como a principal porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), organizando a rede e o fluxo de serviços². A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo de reorganização da AB, centrada na família, no vínculo e na corresponsabilidade comunidade/profissionais de saúde³.

Nesse sentido, para pensar em um modelo de atenção levando em consideração o seu conceito ampliado, é necessário que as mudanças propostas sejam integradas e efetivas no contexto do SUS. A ESF emerge com o propósito de um novo modelo assistencial para o País⁴ e como forma prioritária para a reorganização da AB no Brasil⁵. Ela trabalha com o modelo de VS que tem como objetivo:

A análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde⁶.

Com o objetivo de fortalecer o Sistema de Vigilância em Saúde para reduzir a morbimortalidade de doenças transmissíveis e não transmissíveis, bem como a exposição a fatores de risco associados com a saúde e ampliar a

acessibilidade e melhorar a eficiência da saúde, serviços de água e saneamentos, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, com financiamento do Banco Mundial, em 2005, elaborou o Projeto Vigisus II. Este é dividido em três componentes (Componente A – Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde; Componente B – Saúde indígena; Componente C – Gerenciamento do projeto), em que o subcomponente 4.A, ‘Fortalecimento institucional da capacidade de gestão em Vigilância em Saúde dos estados e municípios’, define como indicador para os estados e municípios o Plano de Integração das Atividades de Atenção Básica e Vigilância em Saúde⁷.

Diante do exposto e da complexidade do município de Salvador, em 2009, foi disparada pela Coordenadoria de Saúde Ambiental/Subcoordenadoria de Vigilância Epidemiológica (Cosam/Viep) a elaboração do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica, construído com a participação da Coordenadoria de Recursos Humanos, Coordenadoria de Atenção e Promoção à Saúde, Assessoria Técnica, Distrito Sanitário (DS) Barra/Rio Vermelho, DS Brotas, DS Itapagipe e DS Liberdade, com a colaboração do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia⁷.

Para construção da proposta do plano, escolha da metodologia das oficinas, critérios de priorização dos DS, termos e referências e matrizes de trabalho, foram realizadas reuniões técnico-operacionais com atores envolvidos e comprometidos com o processo. O grupo optou por construir o plano de forma participativa, envolvendo o nível central da Secretária Municipal de Saúde (SMS) de Salvador e DS. Duas oficinas foram realizadas: a primeira nos dias 16 e 17 de junho de 2009, com integrantes da VS e AB do nível central; e a segunda com técnicos dos DS, ocorrida nos dias 14 e 15 de julho de 2009⁷.

Com a conclusão do plano, ainda em 2009, não foi possível a sua implantação. Compreendendo a importância de fortalecer

a integração dessas ações, em 2016, a SMS retomou a proposta de implantação do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica nos 12 DS, propondo a realização de um piloto a partir de um problema identificado no território.

No Distrito Sanitário Cabula/Beirú (DSCB), a proposta foi abraçada pela coordenação do Distrito e desenvolvida pelas residentes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em planejamento e gestão em saúde, que tinham como campo de prática a sede do DSCB. Contou com o apoio da equipe distrital e professoras do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

A experiência vivenciada como residente no DSCB estimulou o interesse em desenvolver o trabalho de conclusão de residência na área, acrescentando as situações expostas, reconhecendo-as como um nó crítico a ser enfrentado. Diante das considerações, a seguinte questão norteadora foi elaborada: as ações propostas pelas unidades de saúde do DSCB para integrar VS e AB, de fato, promovem essa integração? No intuito de responder a esse questionamento, buscou-se, objetivo geral, analisar as ações propostas para integrar VS e AB no DSCB no que tange à efetiva integração presente nas ações. Como objetivos específicos, pretendeu-se descrever o processo de construção do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica no DSCB e analisar as ações propostas pelo DSCB para integrar VS e AB.

Este trabalho assume relevância na área de planejamento e gestão em saúde na medida em que foram utilizadas metodologias de planejamento em saúde durante o processo de implantação. Além disso, oferece informações relevantes para os profissionais de saúde e subsidia a produção do conhecimento na perspectiva acadêmica.

Métodos

Trata-se de um relato de experiência que pretende descrever o caminho metodológico

percorrido para a implantação do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica no DSCB e uma reflexão das ações propostas para a integração no território.

Os estudos de caso como estratégias de pesquisa caracterizam-se como investigações a partir das experiências vividas, dentro de um contexto real bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar^{8,9}.

Optou-se por construir um processo participativo envolvendo a equipe distrital, gerentes e profissionais das unidades, com a realização de 4 grandes momentos ao longo do ano de 2016. Ainda como parte do processo, nos meses de setembro e outubro, foram realizadas oficinas em 18 unidades, sendo que 5 delas não foram contempladas devido à ausência e/ou ao afastamento médico da gerência no período e/ou por serem serviços de emergência.

Durante todas as etapas, utilizou-se como documento norteador o projeto elaborado pelo nível central da SMS.

Para analisar as ações propostas, serão utilizadas três categorias que foram definidas no Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica como diretrizes que visam facilitar o processo de integração entre VS e AB. São elas: a) planejamento, programação, monitoramento e avaliação; b) organização do processo de trabalho e integração dos territórios; c) formação e educação permanente em saúde e controle social.

Resultados e discussão

Vigilância em Saúde e Atenção Básica: traçando caminhos no DSCB

O primeiro passo para a realização do projeto deu-se com a apropriação do material enviado pelo nível central da SMS e, juntamente com a supervisora de campo da residência, com a discussão de conceitos-chave e compreensão da importância de integrar as duas áreas.

Optou-se por construir um processo participativo envolvendo a equipe distrital, gerentes e profissionais das unidades do DSCB, com a realização de quatro grandes momentos e visitas as unidades ao longo do ano de 2016.

O primeiro e o segundo momento ocorreram nos dias 19 e 26 de julho de 2016, no auditório da Escola Municipal Alto da Cachoeirinha Nelson Maleiro, localizada no bairro do Cabula VI. As oficinas contaram com a participação da equipe distrital (coordenação, subcoordenação, chefias e técnicos da vigilância epidemiológica e ações básicas, representantes da vigilância sanitária), tiveram como objetivo discutir o conceito de VS e sua articulação com a AB e traçar diretrizes para a implementação do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica no DSCB.

No dia 19 de julho, realizaram-se a leitura, em pequenos grupos, e a discussão da entrevista com José Carvalho de Noronha e Gerson Oliveira Penna, disponível no número 16, ano VIII, da 'Revista Brasileira de Saúde da Família'. O texto aborda conceitos sobre AB, VS e o que a diferencia da vigilância epidemiológica, no que consiste a integração entre VS e AB e quais os desafios a serem enfrentados. Vale ressaltar que os entrevistados eram, na época, respectivamente, o Secretário de Atenção à Saúde e o Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Após o momento de leitura e discussão da referência bibliográfica escolhida, foi realizada uma apresentação resgatando o histórico e a proposta do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica e analisada a viabilidade de a equipe do DSCB se envolver com o projeto. Também foram pactuados os objetivos para o próximo encontro.

O segundo momento ficou reservado para dar continuidade ao trabalho realizado no dia 19 de julho, pensando coletivamente que possíveis estratégias poderiam ser utilizadas para sensibilização e envolvimento dos profissionais da AB.

Foi realizada uma 'chuva de ideias' de

ações estratégicas para implantação do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica e envolvimento dos profissionais da AB no processo; em seguida, as ideias foram agrupadas por núcleos de sentido, e chegou-se ao consenso que três etapas eram necessárias: sensibilização das equipes; elaboração do problema a ser enfrentado e delineamento das ações. Também ficou estabelecida uma proposta de calendário das atividades a serem realizadas tanto com a equipe distrital quanto com profissionais das unidades de saúde do DS.

O terceiro momento ocorreu no dia 30 de agosto de 2016 no Auditório Anexo do Hospital Geral Roberto Santos. Além do público participante dos dois primeiros momentos, contou-se com a presença de representantes do Conselho Distrital de Saúde, gerentes e profissionais das unidades de saúde do território. Os objetivos foram: discutir o conceito de VS e sua articulação com a AB; apresentar a proposta do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica; priorizar o problema de saúde do DSCB para ser trabalhado ao longo do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica.

Para a escolha do problema de saúde a ser trabalhado na proposta da integração, utilizou-se a Matriz de Priorização de Problemas de Saúde da População que provém do método Cendes-OPS (Centro de Estudos do Desenvolvimento/Organización Panamericana de la Salud)¹⁰. Foi eleita a sífilis como o problema de saúde a ser trabalhado na proposta da integração das ações. Pactuou que, nos meses de setembro e outubro de 2016, as residentes realizassem visitas às unidades para escuta e planejamento das ações do maior número de pessoas da equipe.

O agendamento das visitas era realizado a partir do contato com a(o) gerente da unidade ou profissional de referência que teve participação ativa nas oficinas, solicitando que mobilizasse um maior número de profissionais de diversas categorias para contribuir para o momento.

Nessa etapa, foram agregadas novas pessoas ao projeto. Por esse motivo, era realizado o resgate do processo de construção do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica no DSCB. Após o esclarecimento de possíveis questionamentos sobre a proposta, era feito um levantamento e escuta das causas e consequências da sífilis no território de abrangência da unidade e, a partir daí, construída a matriz de ações que integrem a VS na AB para enfrentamento dessa Doença Sexualmente Transmissível com a ação propriamente dita, facilidades e dificuldades para realização e ação complementar, caso existisse. Durante essa etapa, foi estimulada a autonomia das equipes, sugerindo que ações propostas estivessem ao alcance de reais possibilidades de execução e que incorporassem no cotidiano das atividades já desenvolvidas.

Foram realizadas visitas a 18 unidades de saúde do DSCB. Vale destacar que não foram realizadas oficinas em cinco unidades do DS justificadas pela ausência e/ou afastamento médico da gerência no período e/ou por serem serviços de emergência.

No dia 21 de novembro de 2016, ocorreu o quarto momento no Auditório Anexo do Hospital Geral Roberto Santos, em que se contou com a participação da equipe distrital, representantes do Conselho Distrital de Saúde, gerentes e profissionais das unidades de saúde do território.

A programação do turno foi dividida em três partes. Na primeira, foi realizado um resgate do histórico do Plano de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica no DSCB; logo após, uma apresentação e discussão das causas e consequências da sífilis no território levantadas a partir das visitas as unidades e, por último, a socialização das ações propostas pelas equipes para enfrentamento do problema eleito.

As ações construídas com as equipes durante as visitas as unidades foram apresentadas para o público participante em três categorias que foram organizadas segundo

o seu núcleo de sentido. Esse momento permitiu que os participantes visualizassem as ações elaboradas por outras unidades do DS, permitindo que incorporassem ou aprimorassem a partir das experiências exitosas.

A categoria 'educação em saúde' contemplou ações, como: a realização de sala de espera abordando a temática da sífilis; a abordagem da temática da sífilis no Sábado do Homem com disponibilização de teste rápido; a realização de atividades educativas contínuas com adolescentes nas escolas; a elaboração de material educativo e distribuição com orientação; a disponibilização de preservativos nas unidades em local acessível para os usuários; a orientação sobre o uso adequado do preservativo; a realização do Dia D da Sífilis, Semana da Sífilis e Dia do Adolescente; a abordagem da temática da sífilis durante o planejamento familiar e nas reuniões de encaminhamento para laqueadura e abordagem da temática da doença no grupo de gestante.

Em relação ao 'processo de trabalho', as equipes definiram como ações prioritárias a sensibilização dos profissionais das unidades, para que, em todas as consultas, solicitem o exame de diagnóstico para sífilis; a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a doença; o treinamento e sensibilização da categoria médica sobre a doença; o treinamento de um número maior de profissionais para realização de teste rápido; a contratação de profissionais; a adaptação do instrumento de controle de dispensação da medicação/penicilina; a realização de relatório informando ao DS a dificuldade dos usuários vinculados à unidade da realização do exame confirmatório (VDRL – Venereal Disease Research Laboratory); a reestruturação das ações vinculadas ao Programa Saúde na Escola; e o estabelecimento de parcerias entre as unidades do território, em especial aos Centros de Atenção Psicossocial – Caps/Unidades.

Relacionadas com a 'prevenção do agravamento', as equipes definiram pela realização de teste rápido na área de abrangência da unidade

durante as ações na comunidade; solicitação de sorologias durante as consultas e realização da marcação da coleta de material para o VDRL no momento do resultado do teste rápido.

As equipes ainda consideraram importante divulgar a rede de apoio laboratorial para realização do VDRL e ampliar os postos de coleta para tal exame.

Refletindo sobre as ações desenvolvidas: os desafios da integração

Para alcançar a integração da VS com a AB, é necessário um conjunto de componentes que se integrem, permitindo a realização de análises da situação de saúde para orientar o desenvolvimento do trabalho.

Foram escolhidas três categorias que visam facilitar a integração, necessitando que ocorram de forma simultânea e integrada nos serviços de saúde.

O planejamento, programação, monitoramento e avaliação são ferramentas de extrema importância para que ocorra a integração entre VS e AB. Quando ocorrem de maneira sistemática e articulada, favorecem a reorganização do processo de trabalho, visando à melhoria da qualidade de vida da população¹¹. Dessa maneira, o alcance dos objetivos é potencializado e reduz possibilidade de ocorrer imprevistos.

Nos serviços, observa-se uma fragilidade nesses processos, não valorizando o potencial de melhoria que essas ferramentas apresentam, desde o processo de trabalho até a promoção da saúde da população. Reflexo da formação profissional cartorial e do modelo hegemônico ainda predominante.

Ter a AB, por meio da ESF, como estratégia de reorientação dos modelos assistenciais implica alterações no processo de trabalho em saúde. Existe uma necessidade de ruptura da lógica do trabalho biomédico, centrado na doença e no indivíduo, para pensar no trabalho de maneira integrada entre as diversas áreas técnicas e categorias profissionais.

Segundo Franco e Merhy¹², o trabalho em saúde é um trabalho vivo, pois o produto, que, nesse caso, é o processo de saúde/doença, ocorre no desenvolvimento do ato, estabelecendo um vínculo entre profissional/usuário.

Propor um processo de trabalho na AB é necessário para desenvolver com os trabalhadores a ideia de equipes interdisciplinares, com a valorização dos diversos saberes e práticas estimulando o desenvolvimento de ações que integrem o território com parcerias intersetoriais que possam favorecer a promoção da saúde da comunidade².

Segundo Ceccim¹³, a educação permanente em saúde é uma estratégia fundamental para a mudança nos processos de trabalho. No Brasil, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, promulgada em 20 de agosto de 2007, propõe a articulação da integração ensino/serviço/comunidade, considerando as especificidades regionais e os conhecimentos prévios adquiridos¹⁴. Assim, o controle social é inerente ao processo de formação profissional.

O fortalecimento das instâncias colegiadas de controle social na comunidade é de fundamental importância para o processo de consolidação do SUS. No que tange à temática da integração da VS e AB, a população é fundamental no processo de identificação do perfil epidemiológico para propor ações que realmente reflitam a realidade do território.

Conclusões

O trabalho apresentado, conforme já pontuado, é uma experiência vivida no campo durante a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Planejamento e Gestão em Saúde. Foram enfatizadas questões práticas e teóricas sobre a integração entre as ações desenvolvidas por VS e AB.

As ações propostas pelas equipes das unidades do DSCB não se constituem como, de fato, uma integração entre VS e AB. Pode-se caracterizá-las como atividades isoladas de

prevenção, educação em saúde e de mudanças no processo de trabalho, porém, na sua essência, não conseguem articular toda a equipe, envolver, de fato, a comunidade nos processos decisórios e pensar na lógica da VS. No entanto, são de grande validade quando se pensa na reorganização dos serviços e no enfrentamento da sífilis no território.

Alcançar a integração das ações de VS e AB ainda se constitui como um desafio para consolidação delas, visto que é necessário um conjunto articulado de ações que estejam em sintonia utilizando ferramentas de planejamento, programação, monitoramento e avaliação de forma sistemática e com atuação

do controle social nos processos decisórios, na organização do processo de trabalho bem como na formação e educação permanente em saúde como forma de articular o conhecimento tecnocientífico com as dimensões do cotidiano, foco e a integração do território como base para subsidiar as análises de situação de saúde e a promoção da saúde como uma ação transversal.

Por fim, para que ocorra a integração entre VS AB, é preciso muito mais do que alterações nos processos de trabalho das equipes da ESF, é necessário decisão política, esforço dos gestores do SUS e mudanças nos modos de pensar e propor saúde. ■

Referências

1. Vilasbôas ALQ, Teixeira AF. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. *Revista Brasileira de Saúde da Família* [internet]. 2007 out-dez [acesso em 2017 mar 28]; 8(16):63-67. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia16.pdf.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica; 2012.
3. Brasil Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde; 1997.
4. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-am Enfermagem* [internet]. 2005 nov-dez [acesso em 2018 jan 22]; 13(6): 1027-34. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2814/281421850016/>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. 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 União*. 24 out 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 dez 2009.
7. Salvador. Plano de integração entre vigilância em saúde e atenção básica. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde; 2009.
8. Yin RK. Introdução. In: Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2001. p. 19-35.
9. Ventura MM. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista SOCERJ* [internet]. 2007 set-out [acesso em 2017 mar 26]; 20(5):383-386. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf.
10. Teixeira C, Vilasbôas ALQ, Jesus WLA. Proposta metodológica para o planejamento no Sistema Único de Saúde. In: Teixeira C, organizadora. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA; 2010. p. 51-75.
11. Noronha JC, Penna GO. Entrevista. *Revista Brasileira Saúde da Família* [internet]. 2007 out-dez [acesso em 2017 mar 28]; 8(16):4-9. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia16.pdf.
12. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva* [internet]. 2012 [acesso em 2018 fev 19]. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>.
13. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2005 [acesso em 2018 fev 19]; 10(4): 975-986. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS. Brasília, DF: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2009.