

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Priscila Mendes de Oliveira

**ENFRENTAMENTO DA CENTRALIZAÇÃO MÉDICA CONTEMPORÂNEA EM
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE UMA CIDADE DE MINAS GERAIS**

Governador Valadares

2020

Priscila Mendes de Oliveira

**ENFRENTAMENTO DA CENTRALIZAÇÃO MÉDICA CONTEMPORÂNEA NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE UMA CIDADE DE MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
Gestão do Cuidado em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas
Gerais, como requisito parcial para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Doutor Alisson
Araújo

Governador Valadares

2020

Priscila Mendes de Oliveira

**ENFRENTAMENTO DA CENTRALIZAÇÃO MÉDICA CONTEMPORÂNEA NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE UMA CIDADE DE MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Doutor Alisson Araújo

Banca examinadora

Professor Dr. Alisson Araújo, Universidade Federal de São João Del Rei

Professora Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 28 de março de 2020

DEDICO

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde que enfrentam a mesma problemática em seus campos de trabalho referentes à atenção primária, de forma a transmitir uma reflexão, bem como instigar uma modificação neste quadro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha equipe da UBS Iaiá Perpétuo pelo apoio em todas as formas de enfrentamento das problemáticas identificadas na unidade e pelo espírito de equipe para a prática de intervenção.

Os vários determinantes influenciam a saúde de diferentes formas, pelo que nem todos são igualmente importantes (CAMPOS; SATURNO; CARNEIRO,2010).

RESUMO

O sistema de saúde do município de Peçanha, em Minas Gerais, tem fortes características medicalocêntricas (alta centralidade de demanda e exigência de atendimentos médicos). O atendimento médico é mais direcionado às condições agudas, pois a atenção que devia ser destinada às crônicas são prejudicadas devido ao grande número de atendimentos de demanda espontânea a qual sobrecarrega a rotina de atendimentos. Não apenas isto, o atendimento de demanda espontânea (geralmente casos não urgentes) tem sido muito encaminhado para as unidades básicas de saúde, uma vez que o acesso a um médico nessas unidades é mais facilitado do que na unidade de pronto atendimento, assim sendo o paciente tem visado apenas o diagnóstico, receita médica, encaminhamentos para outras especialidades e avaliação de exames complementares. Desta forma, é certo que tal perfil de atendimento à população é oposto aos princípios da atenção básica, em que o tratamento de doenças e agravos não deveria demandar tanto na agenda de trabalho. A prevenção e a promoção à saúde deveriam ser metodologias de aplicabilidade permanente, ocupando maior espaço na agenda. Esse trabalho teve como objetivo elaborar um plano de intervenção para melhorar o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família Taquaral do município de Peçanha / Minas Gerais. Foi realizada uma descrição geral do município, do sistema de saúde municipal, da Unidade Básica de Saúde Iaiá Perpétuo e da Estratégia de Saúde da Família Taquaral assim como alguns aspectos da comunidade adstrita. Em seguida foi elaborada uma breve revisão bibliográfica e um plano de ação baseado no planejamento estratégico situacional para intervir sobre a centralidade nos atendimentos médicos da Estratégia de Saúde da Família Taquaral. O Planejamento Estratégico Situacional foi utilizado para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário: atendimentos centralizados na figura do médico sem uma organização adequada e adaptada da agenda de trabalho para atender não somente as condições agudas, mas também as crônicas. Espera-se que o trabalho em conjunto da equipe, dos gestores e usuários para a adequação aos atendimentos de saúde possibilite uma agenda de trabalho que melhore a ênfase em prevenção de doenças/agravos e em promoção de saúde.

Palavras-chave: Medicalização Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Descentralização. Atendimento médico.

ABSTRACT

The health system in the municipality of Peçanha, in Minas Gerais, has strong medical-centered characteristics (high centrality demand and demand for medical care). Medical care is more directed to acute conditions, as the attention that should be devoted to chronic ones is impaired due to the large number of spontaneous demands which overload the care routine. Not only that, spontaneous demand care (usually non-urgent cases) has been widely referred to basic health units, since access to the doctor in these units is easier than in the emergency room, thus the patient it has only aimed at diagnosis, medical prescription, referrals to other specialties and evaluation of complementary exams. Thus, it is certain that such a profile of service to the population is opposed to the principles of primary care, in which the treatment of diseases and conditions should not be so demanding on the work agenda. Prevention and health promotion should be methodologies of permanent applicability, occupying more space on the agenda. This work aimed to develop an intervention plan to improve the work process in the Family Health Strategy Taquaral in the city of Peçanha / Minas Gerais. A general description of the municipality, the municipal health system, the Basic Health Unit *Unidade Básica de Saúde* Perpétuo and the Family Health Strategy Taquaral was carried out, as well as some aspects of the registered community. Then, a brief bibliographic review and an action plan were prepared to intervene on the centrality in the medical care provided by the Family Health Strategy Taquaral. Situational Strategic Planning was used to quickly estimate the problems observed and define the priority problem: care centered on the figure of the physician in an appropriate organization and adapted from the work agenda to meet not only acute conditions, but also chronic conditions. It is expected that the joint work of the team, managers and users to adapt to health care will enable a work agenda that improves the emphasis on disease / health prevention and health promotion.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Decentralization. Medical care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município	12
1.2 O sistema municipal de saúde	13
1.3 Aspectos da comunidade	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde Iaiá Perpétuo	15
1.5 A Equipe de Saúde da Família Taquaral, da Unidade Básica de Saúde Iaiá Perpétuo	16
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe UBS Iaiá Perpétuo	17
1.7 O dia a dia da equipe UBS Iaiá Perpétuo	18
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	
1.9 Priorizações dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	19
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivos gerais	21
3.2 Objetivos específicos	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	24
5.1 Atenção Primária à Saúde	23
5.2 Estratégia Saúde da Família	24
5.3 Medicalização e Centralização no médico	25
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	28
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	28
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	29

|

6.3 Seleções dos nós críticos (quinto passo)	29
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Peçanha é uma cidade localizada na região do leste de Minas Gerais e distante 306 km da capital do Estado. O censo ocorrido em 2010 contabilizou 17.260 habitantes e estimado para 2019, 17.541 habitantes (IBGE, 2019).

A zona urbana de Peçanha apresenta relevo acidentado, com declividades acentuadas. Uma escarpa coberta por mata virgem circunda o centro urbano. No topo há uma chapada de onde se tem uma ampla visão do horizonte em ângulo de praticamente 360°, sendo possível vislumbrar, à noite, os reflexos das luzes das cidades de menor altitude, tais como Belo Horizonte, a exatos 310 km de distância, e Governador Valadares, a 110 km. A cidade, por ter um formato parecido com uma 'panela', tem seus habitantes conhecidos carinhosamente como 'paneleiros' (PEÇANHA, 2019).

O município apresenta vegetação arbórea e herbácea nativa típica de clima tropical. Pastos formados para a alimentação de gado bovino e, mais recentemente, umas das maiores plantações de eucalipto para celulose do Estado de Minas Gerais tomaram considerável espaço da antiga floresta, a Mata do Peçanha, que ocupava 80% da área do município (PEÇANHA, 2019).

A base econômica do município é a agropecuária, o comércio e a indústria de transformação e beneficiamento de produtos agrícolas. Em Peçanha se produz, além de madeira de reflorestamento para variados fins, feijão, mandioca, milho, arroz, amendoim, batata-doce, café e cana-de-açúcar, bem como queijos do tipo Serro, entre outros (PEÇANHA, 2019).

O comércio da cidade tem como base lojas de vestuário, estabelecimentos alimentícios, lanchonetes e produtos agropecuários.

O desenvolvimento econômico de infraestrutura e social têm apresentado melhorias gradativas. Segundo o último censo do IBGE, a cidade movimenta economicamente cerca de 10.080 reais per capita, sabendo que a cidade vive basicamente da

agricultura (grãos de vários tipos), pecuária, serviços oferecidos pela prefeitura, carvoarias e serviços gerados pela empresa da Cenibra (IBGE, 2019).

A cidade sempre tenta manter suas tradições na área cultural, contudo é existente uma falta de engajamento das figuras representativas, dentre as quais não estimulam a busca pelo acervo histórico da cidade, que já foi ponto da estrada real durante a estadia da corte portuguesa, no início da colonização do país. Ainda é mantida a referência de festa cultural apenas a festa de Santo Antônio, padroeiro da cidade, embora toda organização parte da igreja católica, sendo desvinculada dos fins governamentais respeitando a ideia de Estado laico (PEÇANHA, 2019).

Em relação ao território e ambiente, Peçanha tem 32.8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 76.9% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 21.4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada, o seja, presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio (IBGE, 2019).

1.2 O sistema municipal de saúde

Na área de saúde, a cidade tem como referência o município de Governador Valadares para os serviços hospitalares e de apoio à atenção básica. Há cerca de oito anos o município adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a reorganização da atenção primária à saúde e conta hoje com quatro equipes de saúde da família, sendo uma delas alocada em um centro de saúde, o qual oferece atendimentos especializados à população.

Um grande problema no desenvolvimento da ESF é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos e enfermeiros, que por sua vez afeta o vínculo da equipe com os usuários e a comunidade.

Quanto às quatro equipes de saúde da família, no Barrio Alvorada tem uma equipe na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Raimundo Eusébio Leão e uma no Centro de Saúde Dr. José Pinto da Rocha Peçanha; no Bairro Taquaral temos uma equipe na UBS PSF “Iaiá Perpetuo”; e uma equipe no PSF Dr. Manuel Tomas Da Fonseca no Barrio Funda (CNES, 2019).

A atenção especializada acontece no Centro de Saúde Dr. José Pinto da Rocha Peçanha: tem atendimento de cardiologia, ortopedia e ginecologia.

Atenção hospitalar e de urgência e emergência ocorrem no Hospital Santo Antônio. O apoio diagnóstico é feito no laboratório bioanalises e a assistência farmacêutica é na farmácia popular. Tem-se, também, a Vigilância em Saúde que fica lotada na Secretaria Municipal de Saúde, coordenado por uma enfermeira.

Temos, ainda, no município, os seguintes programas: Programas de Imunização, para o controle do nível Imunitário da população; o Programa para o controle das Doenças Infectocontagiosas Transmissíveis (Dengue, Zika, Chicungunya), o Programa de Zoonoses, para o controle da imunização dos cães, e a vigilância das mordeduras, o Programa do Controle da Leptospiroses e da desratização, o Programa de Vigilância das doenças de transmissão sexual, o Controle das Doenças Crônicas Transmissíveis (Tuberculoses, Chagas, Hanseníases, etc), o Programa do controle da Doenças Crônica não Transmissíveis o Controle das Condições Médio-ambientais e serviços básico.

A rede de saúde realiza os encaminhamentos, quando necessário e mantém relação com outros municípios através de convênio entre prefeituras. Em relação à saúde bucal, as clínicas existentes são em sua maioria odontológicas, contando com sete independentes, e além disso existe atenção odontológica em todas as Unidades Básicas de Saúde, levando esta atenção aos pontos de atendimento rurais. Não existe Consórcio Municipal de Saúde.

1.3 Aspectos da comunidade

De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Básica à Saúde (ABS) constitui “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2006, p. 12).

O bairro Taquaral é uma comunidade de cerca de 4.617 habitantes (contando com área rural), localizada na parte superior da cidade de Peçanha, que se formou,

principalmente, a partir do êxodo rural e favelização da cidade, assim grande parte dos moradores fazem parte da população carente existente na cidade. Hoje, a população empregada vive basicamente do trabalho na empresa prefeitura, carvoaria e (Cenibra, outros são autônomos formando assim uma renda econômica informal. É também significativo o número de desempregados e subempregados no bairro.

A estrutura de saneamento básico na comunidade em alguns pontos deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo, sendo assim parte da população realiza a opção da queima do lixo. Além disso, parte da comunidade vive em moradias precárias. O analfabetismo é pequeno, sendo maior a taxa de analfabetismo funcional, sobretudo entre os maiores de 30 anos. A problemática da evasão escolar não é predominante, pois no município contamos com escolas tanto em âmbito rural quanto escolar. Nas últimas administrações, a comunidade tem recebido algum investimento público (escola, centro de saúde, creche, asilo etc.).

A população ainda conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular a festa de Santo Antônio que é padroeiro da cidade. Em Peçanha, trabalham quatro Equipes de Saúde da Família e quatro equipes de Saúde Bucal.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Iaiá Perpétuo

A Unidade de Saúde da família Iaiá Perpétuo de Peçanha abriga a Equipe do bairro Taquaral. A UBS foi inaugurada há cerca de sete anos e está situada na rua principal do bairro que faz a ligação com o centro da cidade. É um ambiente arquitetado para oferecer atendimentos, contudo alguns cômodos não atendem ao que é exigido por regulamento da RDC050, a qual regula as estruturas e planejamento dos estabelecimentos de saúde. Recentemente foi aprovada a modificação da unidade para uma base mista, assim sendo necessária na equipe a presença de mais um médico e um enfermeiro.

A área destinada à recepção é grande, razão pela qual, comporta bem a demanda de pacientes. É bem ventilada, existem longarinas para as pessoas acomodarem. As reuniões com a comunidade ou com os demais profissionais são realizadas na sala de reuniões já apropriada para receber tanto usuários quanto a própria equipe. Contudo, na unidade não são realizados os grupos, pois o serviço encontra-se em uma linha de atendimento centralizado ao médico, desta forma a população não tem conhecimento sobre o real papel da unidade de saúde da família.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Taquaral, da Unidade Básica de Saúde Iaiá Perpétuo

A equipe da unidade de saúde da família é composta por 21 funcionários sendo eles:

- Duas enfermeiras: uma que fica no Posto Taquaral e a outra é coordenadora da UBS Iaiá Perpétuo, trabalha na unidade desde o mês de novembro de 2018; uma Técnica de Enfermagem, duas Médicas: uma trabalha há 4 anos trabalha na unidade, tem vínculo com a população e realiza os atendimentos de maneira humanizada, e a outra iniciou trabalhos na unidade em dezembro de 2018, tenho apresentado flexibilidade dentro das restrições do serviço. Propõe mudanças à coordenação que tem acolhido sempre que possível; uma psicóloga que realiza os atendimentos todas às quintas feiras em período integral; duas cirurgiãs dentistas, dentista contratada pela prefeitura, cumpre a agenda de maneira responsável. Compõem, ainda a equipe de saúde, 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); uma Auxiliar de Consultório Odontológico, uma auxiliar administrativa,

No início do mês de novembro de 2018 foram incluídas à equipe uma das enfermeiras e uma das médicas, passando assim a unidade a ser composta por duas equipes, sendo que, a mais recente denominada ESF Taquaral ainda está em fase de adequações.

O trabalho dos integrantes da equipe é ainda muito focado nos agravos e problemas de saúde, apresentando assim dificuldades na implementação de atividades de promoção de saúde e prevenção de agravos.

Para essa alcançar essas atividades é preciso lembrar que a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, definiu saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Esta definição (mantida inalterada até a atualidade) pressupõe que a condição de saúde de um indivíduo é um conceito complexo, multidimensional e dinâmico. Para caracterizar-se, é necessário recolher informação sobre diferentes aspectos que, apesar de poderem ser considerados individualmente, apenas quando são alvo de uma análise em conjunto fornecem informação para descrever o estado de saúde de um indivíduo (PORTRAIT; LINDEBOOM; DEEG, 2001).

Logo, é certo afirmar que a unidade básica deve-se basear no acolhimento integral a família, de forma a basear-se aos determinantes de saúde, os quais abrangem todo cuidado ligado à promoção e prevenção a saúde. Por sua vez, os determinantes da saúde podem ser definidos como os fatores que influenciam, afetam e/ou determinam a saúde dos povos e cidadãos (CARVALHO, 2012)

Assim sendo, sem sombra de dúvidaso equilíbrio saúde-doença é determinado por uma multiplicidade de fatores de origem social, econômica, cultural, ambiental e biológico-genética. No entanto, apesar da relevância da influência destes fatores externos, nem sempre eles foram incluídos na formulação de políticas relacionadas com a saúde (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017)

1.6 O Funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Taquaral

A Unidade de Saúde funciona das 07h00min às 16h00min, a qual oferece o atendimento médico, de enfermagem, odontológico e psicológico. Os atendimentos acontecem, com a médica "C" nos dias de segunda e quarta, no período matutino e pela médica "D", entre os dias de terça a sexta feira, período matutino e vespertino.

São atendidas pela última médica "D" 30 fichas diárias divididas entre os dois turnos. A médica "C", por sua vez, realiza o atendimento das 30 fichas apenas no período da manhã, e também faz atendimento nas zonas rurais de São Mateus e Palha dos Venâncios, quinzenalmente. Nas quartas, a médica "D" realiza atendimento quinzenal na zona rural da Estiva (distrito do município) e uma quarta do mês na

zuna rural do Borrachudo, no período da tarde é feita a visita domiciliar acompanhada pela enfermeira e agente comunitário de saúde. A população e alguns membros da própria equipe sempre solicitam o aumento do número de atendimentos médicos, porém existe um falso entendimento do papel da atenção primária. A grande maioria dos funcionários e da população acredita que a unidade é para apenas prestação de serviços de casos agudos e ainda centralizados ao médico, o que causa grande conflito dentro da equipe.

1.7 O dia a dia da equipe Taquaral

A Estratégia Saúde da Família (centralização na família) significa a proposta de implementação de uma série de ações que, em acordo com os princípios do SUS, apontem para a reorientação do modelo de atenção, em que a ABS é a porta de entrada do sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, com a garantia dos direitos de acesso à informação e às ações de atenção integral, com referência e contra referências aos demais níveis do sistema (longitudinalidade) e com estímulo ao controle social (orientação comunitária) (FARIA *et al.*, 2017p 20).

Desta forma, a equipe divide o serviço entre o atendimento da agenda programada e os atendimentos da demanda espontânea. Nas segundas e sextas-feiras os atendimentos são divididos entre a médica “D” e “C”, uma vez que a médica “C” realiza as consultas de segunda a quarta pela manhã, além de atender a comunidade rural e urbana no turno vespertino. Isso vai de acordo com a agenda mensal já programada pela Enfermeira “A”. Assim sendo, na quarta-feira, a agenda se divide entre os atendimentos médicos, coletas citopatológicas realizadas pelas enfermeiras “A” e “B”, ao período da tarde a médica “D” realiza o atendimento domiciliar ou atendimento local, em comunidades rurais. Tudo isto também organizado pela equipe de enfermagem, que mantém esses atendimentos fora da unidade de maneira mensal e quinzenal.

Os projetos e atendimentos em grupos operativos ainda estão em processo de adequação, uma vez que, ainda vivenciamos a problemática da centralização ao atendimento médico, problemática esta que é abordada nesse trabalho. Não apenas isto, os agentes comunitários de saúde exercem o papel de visitas mensais em cada microárea de suas respectivas responsabilidades, sendo realizados ajustes e coleta da produção nas reuniões quinzenais com as enfermeiras. Os dentistas se revezam entre turnos para atendimento na unidade, sendo que a técnica auxiliar em saúde

bucal cumpre carga horária de 40 horas semanais sendo ela responsável pelos dois atendimentos. Assim como, a técnica e a recepcionistas cumprem a carga horária de 40 horas semanais. A psicóloga cumpre a carga horário sendo seu trabalho efetuado cada dia em uma unidade de saúde.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

- ✓ A demagogia política por muitas vezes centraliza o serviço nas mãos de pessoas não capacitadas profissionalmente para o desenvolvimento do serviço.
- ✓ Secretaria de saúde possui o cargo de gestão ocupado por uma indicação política, cujo indivíduo não vivencia os problemas enfrentados pelos profissionais sendo pouco engajado.
- ✓ Atendimento nas unidades básicas está centralizado no atendimento médico, sem uma organização da agenda adequade prestação de serviços. (tornando-se um centro de atendimentos em sua maioria, para casos agudos)
- ✓ Existem falhas ao atendimento as famílias de cada área de abrangência, devido a não centralidade a atenção primária.

1.9 Priorizações dos problemas a seleção do problema para plano de intervenção(segundo passo)

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Taquaral, Unidade Básica de Saúde Iaiá Perpétuo, município de Peçanha, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Atendimento centralizado no médico	Alta	7	Parcial	1
Cargo de gestão indevido	Média	3	Fora	4
Falhas no atendimento.	Média	5	Parcial	3
Servidores sem capacitação	Média	4	Fora	4

Fonte: Unidade de Saúde Iaiá Perpétuo

2JUSTIFICATIVA

O problema a ser abordado (atendimento centralizado no médico) foi escolhido de forma unânime pela equipe, uma vez que ele prejudica como um todo o desenvolvimento dos pilares da atenção primária. A promoção de saúde e a prevenção de doenças e outros agravos são cruciais para o alcance de melhores resultados de saúde de uma comunidade.

Para alcançar esses melhores resultados de saúde a população assistida e os membros da equipe são de extrema importância. Muitas vezes, a percepção dos usuários é deturpada, pois eles foram durante longos anos moldados a utilizarem a unidade básica de saúde dessa forma. Isso pode ocorrer até mesmo com alguns membros da equipe, por serem moradores da comunidade abrangida. Assim, sua opinião pode afetar tanto positivamente quanto negativamente a modificação de qualquer parte do atendimento. Não apenas isto, ao ser proposta uma estratégia de médio e longo prazo, é necessário o comprometimento de todos, inclusive da gestão (secretaria de saúde).

Com as primeiras mudanças, embora seja aberto ao diálogo por parte dos profissionais, ainda pode-se enfrentar reclamações infundadas da população à gestão. Assim, talvez por demagogia política, pode-se até gerar algum impedimento no sentido de impedir a realização de todas as mudanças necessárias para atingir o sucesso oferecido pela atenção primária, pois ainda existe o clientelismo político que atinge o trabalho em saúde.

Portanto, é importante ressaltar o envolvimento de toda a equipe, usuários e gestão nesse processo. Para Faria *et al.* (2017), os homens são os agentes de todos os processos de trabalho em que se realiza a transformação de objetos ou condições para se atingir fins previamente estabelecidos, ou seja, todos devem estar inseridos no dado plano de intervenção.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos geral

Elaborar um plano de intervenção para melhorar o processo de trabalho, com ênfase em promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, na Estratégia de Saúde da Família Taquaral do município de Peçanha / Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Propor uma agenda de trabalho programada para a equipe com atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos e doenças;

Realizar grupos educativos quinzenais com a população sobre temas que são geradores de demanda espontânea e ainda sobre assuntos que envolvam a promoção de saúde e prevenção de doenças;

Desenvolver reuniões quinzenais com os agentes para que os mesmos ao realizarem as visitas mensais reforcem a necessidade da adequação dos atendimentos na unidade básica;

Instituir reuniões mensais com o gestor em saúde para a identificação e apresentação dos problemas de saúde da comunidade.

4 METODOLOGIA

A priori, foi realizado levantamento dos dados do município e da unidade de saúde abordada. Por meio do diagnóstico situacional foi possível explicar todas as problemáticas e suas respectivas prioridades, bem como, se seria possível resolver tais problemas com o trabalho em equipe. Desta forma, foi escolhido como problema a ser enfrentado a descentralização do atendimento médico na unidade básica, já que é um gargalo que reverbera em várias outras vertentes de atendimento.

Assim sendo, a problemática escolhida para este trabalho foi classificada e sua forma de intervenção seria de curto/ médio prazo, pois apesar de sua urgência as formas interventivas gastariam um determinado tempo para finalização e recepção dos resultados. Isso se prende ao fato de a intervenção envolve um processo educativo permanente de todos os usuários da equipe que já estão acostumados a uma determinada forma de atendimento.

Para a fundamentação teórica deste plano de intervenção, foi utilizado o referencial disponível na Biblioteca Virtual em Saúde. Foram realizadas buscas de produções científicas sobre a organização da atenção primária a saúde para complementar o trabalho e documentos de órgãos públicos como Ministério da Saúde. Para o levantamento do material, foram utilizados os Descritores em Ciência da Saúde: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família e Medicalização.

O plano de intervenção se baseou no método simplificado de Planejamento Estratégico Situacional (PES) de acordo com Faria, Campos e Santos(2018). O PES possui 10 passos: o primeiro é descrever os problemas de saúde do território e da comunidade, segundo é a priorização dos problemas, selecionar o problema para plano de intervenção, terceiro descrever o problema, quarto explicar o problema, quinto selecionar os nós críticos do problema e por último o sexto passo que é o desenho das operações. Os outros passos dizem respeito aos recursos, responsáveis pelas ações, estratégias e monitoramento dessas.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Primária à Saúde

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978), Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS) é a atenção essencial à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de auto responsabilidade e autodeterminação (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1978).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é representada como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para atender de forma regionalizada, contínua e sistematizada as necessidades da população, sendo um misto de ações de cunho preventivo e curativas, bem como a abrangência de indivíduos e sua comunidade. (SUMAR; FAUSTO, 2014).

Neste sentido, além de afirmar a APS como “parte integral do sistema nacional de saúde”, conclui-se que esta seja o “primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.”, que inclui prevenção, promoção, cura e reabilitação⁵. Atualmente, a APS abrangente, cunhada nos termos de Alma Ata e aprimorada por diversos autores, ganha destaque nos estudos de Bárbara Starfield, que aponta quatro atributos fundamentais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Além de dois atributos indiretos: cuidado centrado na família e orientado para comunidade. (SUMAR; FAUSTO, 2014, p.203)

Segundo Barbara Starfield (2002), estudiosa da atenção primária à saúde na atualidade, a APS é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, que só refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada. A APS coordena, ainda, os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção. Starfield sugere os seguintes atributos para as práticas da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Em revisão bibliográfica conduzida por Mendes, esses atributos são assim interpretados:

O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família. A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante. (MENDES, 2009, p. 57-58).

5.2Estratégia Saúde da Família

Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017).

Desta forma, é certo afirmar que a unidade de saúde tem a missão de abordar uma nova visão a cerca do cuidado, saindo do processo centralizado ao médico. Uma vez que cada unidade apresenta uma gama de profissionais inseridos no processo de promoção a saúde, o qual infelizmente ainda é desconhecido pela maioria da população, já que a perpetuação do clientelismo em saúde tem prejudicado e muito na prática das ações que devem ser desenvolvidas na unidade básica(BRASIL, 2017).

O primeiro aceno concreto, embora tímido, em direção à estruturação da Atenção Primária foi dado a partir do Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1982, depois com a proposição do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), finalmente culminando com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS),

devidamente inserido na Constituição Brasileira de 1988, fruto do movimento da chamada Reforma Sanitária Brasileira. O SUS vem tentando desenvolver-se apesar das políticas restritivas aos investimentos nas áreas sociais e, somente em 1994, emerge algum alento no nível da atenção básica, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF).

Esse programa foi caracterizado, inicialmente, como mais um projeto de extensão de cobertura, instalado principalmente na região Nordeste e em alguns municípios do Sudeste. Mas, hoje, configura-se como o maior programa assistencial desenvolvido em escala em todo o Brasil, carregando enorme potencial para estruturar, de forma consistente, a Atenção Primária à Saúde em nosso País.(ALEIXO, 2002).

A composição da estratégia de saúde, composição mínima: médico, enfermeiro ,auxiliar e/ou técnico de Enfermagem; agente comunitário de saúde e a composição complementar: cirurgião dentista. (PNAB,2017). Sendo de responsabilidade o atendimento da população em suas respectivas funções;

5.3 Medicalização e Centralização no médico

A medicalização refere-se ao controle médico sobre a vida das pessoas. Nesse sentido, faz uso da prescrição de medicamentos como única terapêutica possível de responder às situações da vida diária das pessoas ,apreendidas como doenças psíquicas. Daí que a angústia, mal-estar ou dificuldades entendidas como parte integrante do ser humano, constituem-se, na atualidade, doenças ou transtornos diagnosticáveis e, portanto, “medicalizados”, com o intuito de proporcionar cura (BEZERRA *et al.*,2014).

O Sistema Único de Saúde investiu, na atualidade, tanto na rede básica quanto no (PSF) o que elevou, sobremaneira, o número de profissionais de saúde e, Programa de Saúde da Família conseguinte, maior aproximação com a população adscrita . “Dessa forma,aumentou o acesso da comunidade à unidade e maior atenção à saúde biomédica.” Este fato torna a questão da medicalização social um tema candente e urgente para a Saúde Coletiva, para a educação permanente dos profissionais de saúde e para sua atuação cotidiana, particularmente para as equipes de PSF (e de toda a rede básica)”(TESSER, 2006, p.62).

A medicalização social é um processo sociocultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, e que envolviam interpretações e técnicas de cuidado autóctones. A medicalização acentua a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e muitas vezes até danosos aos usuários. (TESSER; POLI NETO; CAMPOS,2010, p.3616).

Destaca-se que profissionais médicos definem o que são “as dores ou doenças autênticas, as imaginadas ou simuladas”(TESSER, 2006, p.65).

Essas definições têm origem na formação dos médicos, uma vez que a terminologia empregada pelo médico-professor, ao expor para os alunos a natureza da dor, o faz pautado em precisão objetiva. Não há qualquer alusão subjetividade do paciente , ocorrendo vazios de significados quando o paciente busca entender e dar sentido as suas dores/sofrimentos. “A dor objetiva pode vir a ser sofrimento apenas através do olhar de uma pessoa, mas atualmente é o olhar profissional que mais determina a relação do paciente com a sua experiência”(TESSER, 2006, p.65).

Entretanto, para que a Atenção Primária possa exercer seu potencial resolutivo, deve-se, de início, considerar o primeiro atributo essencial que caracteriza este nível de cuidados, isto é, a Atenção Primária é a *porta de entrada* do sistema de saúde. Dificuldades relacionadas ao acesso à APS existem no mundo todo. No Brasil acontece da mesma forma. Em todos os âmbitos de discussão quer seja na gestão, academia, controle social, sociedades de especialistas e grupos virtuais, o debate é acerca da ampliação de acesso e utilização da escala de risco de Manchester na Atenção Primária do estado de Minas Gerais. (MINAS GERAIS, 2010 *apud* LANDSBERG *et al.*,2012).

A robustez nas práticas assistenciais sinaliza o quanto elas ampliam o escopo do cuidado, na perspectiva de práticas integrais, ou seja, o quanto as ações das ESF dão conta de acolher a demanda organizada, permanecendo aberta a demanda espontânea, produzindo atividades clínicas direcionadas às pessoas em diferentes fases da vida e com distintas necessidades de saúde, comportando ações individuais e coletivas, não restritas à unidade de saúde da família (USF), compartilhando o cuidado entre os diferentes membros da equipe, além de envolver-se com questões de planejamento, gestão e educação permanente. (SANTOS *et al.*,2012, p.2687).

Starfield (2002) relata que apenas 50% de todos os motivos que levam a pessoa à consulta com médicos de família nos Estados Unidos são problemas de saúde. E

Landsberget *al.*, (2012) alertam que é imprescindível identificar os motivos de consultas que levam os usuários à unidade de saúde de acordo com gênero e idade o que possibilita a equipe se organizar para adequar seu atendimento conforme demanda e equipe pode se organizar melhor e atender as necessidades de saúde da população, principalmente, quando se trata de consultas de demanda espontânea.

Na Constituição Federal brasileira, que institucionalizou o SUS, inscreveram-se determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, reconhecendo, portanto, que saúde não se aprimora somente com a atenção à doença. Com base nessa definição, responder às necessidades de saúde deveria significar implementar ações que incidissem nos determinantes e não só na doença, que já é o resultado do desgaste expresso no corpo biopsíquico individual. Pode-se, então, afirmar que a concepção de saúde-doença expressa no SUS sanciona necessidades de saúde ampliadas. Logo, as respostas deveriam ser mais complexas, para além das ações curativas (CAMPOS; BATAIERO, 2007 *apud* COSTA *et al.*, 2012, p.58).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Para a proposição deste plano de intervenção no município de Peçanha/ Minas Gerais, aspectos do desenvolvimento social e em saúde são valiosos para a resolução do problema eleito. Essa proposta refere-se ao problema priorizado “a centralização do atendimento médico”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS 2018).

Não apenas isto, no objetivo deste trabalho está incorporada a redução das consultas médicas desnecessárias, bem como o redirecionamento dos pacientes aos outros serviços prestados pela UBS, diminuindo a sobrecarga da figura do médico, otimizando as potencialidades da equipe de saúde como um todo. Para isto, na metodologia utilizamos como eixos os nós críticos e formas de enfrentamento de acordo com sua prioridade.

Logo, definições mais abrangentes contemplam, para além das circunstâncias já mencionadas, um elemento interventivo, ao considerarem que esses determinantes têm potencial para serem alterados por meio de ações baseadas em informação. A economia, a política no geral e as políticas sociais em particular desempenham poderoso papel enquanto forças com capacidade para moldar tais ações (KRIEGER, 2001). Logo, é possível afirmar que a descentralização do atendimento médico na unidade de saúde é algo que não só envolve a equipe, mas sim toda uma gama de vértices que desembocam do acesso à saúde. Sem sombra de dúvidas as políticas também são responsáveis na comunicação e nesse processo tão necessário de educação permanente.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O problema escolhido tem frequência diária, abordando todo o contingente de cerca de 4.000 pessoas que residem na área de abrangência. Os riscos identificados constituem a mecanização do processo de trabalho em saúde, assim sendo fator de anulação e prejuízo para a atenção primária. A equipe apresentou-se receptiva para

as mudanças e engajada no processo de reeducação, o feedback de controle e cobertura seriam realizados por meio da planilha de atendimentos gerada pelo sistema e-SUS, o qual identifica todos atendimentos registrados em prontuários. Por fim, um equipamento capaz de identificar essa progressão seria do Data-SUS, por ser capaz de acompanhar gradativamente a redução de internações de média e alta complexidade, pois a promoção e prevenção em saúde seriam reforçadas.

6.2 Explicação do problema selecionado(quarto passo)

A problemática da centralização do atendimento médico tem origem cultural, pois logo após a instituição dos hospitais brasileiros iniciou-se um processo de diagnóstico e medicalização, não sendo priorizados os processos de prevenção. Além disto, em pequenos municípios, a política, em geral, ainda existe baseada no clientelismo. Desta forma, as unidades básicas passaram a ser um curral eleitoral, sendo dificultado o real trabalho do profissional de saúde, uma vez que, às vezes nos falta o apoio necessário para o trabalho que deveria ser realizado. Esses dois impasses estão correlacionados de forma a reforçar o conceito errado em serviços da saúde.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

1. Aceitação do gestor para a nova forma de atendimentos na unidade
2. Educação permanente da população para a aceitação do novo processo de atendimentos.
3. Auxílio dos agentes comunitários de saúde neste processo de redirecionamento à prevenção de doenças e promoção da saúde.
4. Realização da agenda programada livre de conflitos., Uma vez que, existe dificuldade na implementação da agenda, pois existem interferências políticas, mediadas por funcionários que ali estão.

6.4 Desenho das operações(sexto passo)

Nos quadros 2, 3, 4 e 5 encontram-se apresentadas as operações e respectivos elementos que as materializam.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “centralização do atendimento médico”, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS Iaiá Perpétuo, do município Peçanha, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Aceitação do gestor para a nova forma de atendimentos na unidade
6º passo: operação	<i>Gestão centralizada</i>
6º passo: projeto	Reuniões mensais com o gestor em saúde para a identificação e apresentação dos recursos em saúde e financeiros. Planilha de acompanhamento dos atendimentos realizados semanalmente, assim sendo listadas as práticas pelos profissionais e queixas principais dos pacientes.
6º passo: resultados esperados	Visualização do conceito em saúde mantido pela população e o quanto isso é prejudicial ao sistema em saúde.
6º passo: Produtos esperados	Reuniões quinzenais para manutenção do projeto implementado.
6º passo: Recursos necessários	Cognitivo: discussão acerca da temática para capacitação de todos da equipe Político: presença de gestores e administração.
7º passo: Viabilidade do plano - recursos críticos	Organizacional: espaço para reuniões Político: Adesão do gestor
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	A motivação a priori, da gestão local é contrária a intervenção. Grupos operativos ou palestras rápidas e contínuas na sala de acolhimento.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Enfermeiros e médicos 1 ano a 2 anos
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Por meio de planilhas geradas pelo sistema E-SUS, dentre as quais apresentaram o nível de andamento da intervenção por dados quantitativos.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “centralização do atendimento médico”, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS Iaiá Perpétuo, do município Peçanha, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Auxílio dos agentes comunitários de saúde neste processo de redirecionamento à prevenção e promoção da saúde.
6º passo: operação	<i>Resgate do trabalho do agente comunitário de saúde.</i>
6º passo: projeto	Capacitação dos agentes de saúde. Reuniões quinzenais com os agentes para que eles ao realizarem as visitas mensais reforcem a necessidade da adequação dos atendimentos na unidade básica.
6º passo: resultados esperados	Cooperação ativa dos agentes comunitários neste processo.
6º passo: Produtos esperados	Aceitação da população com reduzida resistência as mudanças.
6º passo: Recursos necessários	Organizacional: sala de reunião. Cognitivo: presença de médicos e enfermeiros Político: apoio da gestão
7º passo: Viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Adesão do gestor Financeiro: nenhum
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	A motivação a priori, da gestão local é contrária a intervenção. Grupos operativos ou palestras rápidas e contínuas na sala de acolhimento.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Enfermeiros e médicos 1 ano a 2 anos
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Por meio de planilhas geradas pelo sistema E-SUS, dentre as quais apresentaram o nível de andamento da intervenção por dados quantitativos.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3 ” relacionado ao problema “centralização do atendimento médico”, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS Iaiá Perpétuo, do município Peçanha, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Auxílio dos agentes comunitários de saúde neste processo de redirecionamento a prevenção e promoção da saúde.
6º passo: operação	Usuários em foco
6º passo: projeto	Grupos operativos quinzenais com a população sobre temas que envolvam a promoção e prevenção a saúde.
6º passo: resultados esperados	Aceitação progressiva da população ao novo sistema de acolhimento e atendimento na unidade.
6º passo: Produtos esperados	Redução de pedidos de exame, encaminhamentos ao serviço especializado a pedido do paciente.
6º passo: Recursos necessários	Organizacional: Espaços na Unidade de saúde. Cognitivo: orientações aos ACS e comunidade a respeito da promoção e prevenção da saúde. Político: apoio da gestão
7º passo: Viabilidade do plano - recursos críticos	Organizacional: Espaços na Unidade de saúde Político: Adesão do gestor Financeiro: nenhum
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	A motivação a priori, da gestão local é contrária a intervenção. Grupos educativos ou palestras rápidas e contínuas na sala de acolhimento.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Enfermeiros e médicos 1 ano a 2 anos
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Por meio de planilhas geradas pelo sistema E-SUS, dentre as quais apresentaram o nível de andamento da intervenção por dados quantitativos.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4 ” relacionado ao problema “centralização do atendimento médico”, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS Iaiá Perpétuo, do município Peçanha, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Realização da agenda programada livre de conflitos.
6º passo: operação	<i>Agenda programada</i>
6º passo: projeto	Confecção da agenda programada.
6º passo: resultados esperados	Aceitação progressiva da população ao novo sistema de acolhimento e atendimento na unidade.
6º passo: Produtos esperados	Redução de pedidos de exame, encaminhamentos ao serviço especializado a pedido do paciente, bem como, no atendimento do HIPERDIA, com redução da demanda espontânea sem necessidade.
6º passo: Recursos necessários	Organizacional : Espaço na Unidade de saúde. Financeiro: nenhum Político: apoio da gestão
7º passo: Viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Adesão do gestor Financeiro: nenhum
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	A motivação a priori, da gestão local é contrária a intervenção. Grupos operativos ou palestras rápidas e contínuas na sala de acolhimento.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Enfermeiros e médicos 1 ano a 2 anos
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Por meio de planilhas geradas pelo sistema E-SUS, dentre as quais apresentaram o nível de andamento da intervenção por dados quantitativos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A correlação entre os nós críticos apresenta, claramente, a necessidade da junção e trabalho em conjunto para a adequação aos atendimentos de saúde, que até o momento têm se encontrado centralizados ao médico para fins de encaminhamentos especializados, receitas e pedidos de exame possivelmente desnecessários.

Assim, a reeducação da população atendida será crucial para o adequado funcionamento da atenção primária à saúde.

REFERENCIAS

ALEIXO, J. L. M. A atenção primária à saúde e o programa de saúde da família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Rev Min Saúde Pública [internet]**, v. 1, n. 1, p. 02-16, 2002.

BEZERRA, I. C. et al. " Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des) caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em 11 jun. 2019

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.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. [Links]

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 26, n. 3, p. 676-689, set. 2017 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>

COSTA, M. C. G. et al . As ações do serviço de saúde voltadas para o âmbito individual e pouco coletivo. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 1, supl. 1, p. 57-63, Mar. 2012

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

FARIA H.P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. Nescon/UFMG – 2 ed. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Processo_de_trabalho_em_sau_de_2/3. Acesso em:

KRIEGER, N.A glossary for social epidemiology. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 55, n. 10, p. 693-700, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades** Brasília, [online], 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 10 DE JUNHO DE 2019.

LANDSBERG, G. A.P. et al . Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3025-3036, Nov. 2012

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde** Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

PEÇANHA. Prefeitura Municipal de Peçanha. **História**. Disponível em: <http://www.pecanha.mg.gov.br>

PORTRAIT, F.; LINDEBOOM, M.; DEEG, D. Life expectancies in specific health states: results from a joint model of health status and mortality of older persons. **Demography**, New York, v. 38, n. 4, p. 525-536, 2001.[[Links](#)]

SANTOS, A. M. et al . Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 10, p. 2687-2702, Oct. 2012

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio** entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **JMPHC| J ManagPrimHealth Care**. v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014.

TESSER, C.D.; POLI NETO, P; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, Nov. 2010

TESSER, C.D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 61-76, June 2006