

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**O PLANEJAMENTO EM SAÚDE EM BUSCA DA ORIENTAÇÃO DA  
COMUNIDADE SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em  
Atenção Básica em Saúde da Família,  
Universidade Federal do Triângulo  
Mineiro, para obtenção do Certificado de  
Especialista .

ALINE REIS

Uberaba/MG

2014

**ALINE REIS**

**O PLANEJAMENTO EM SAÚDE EM BUSCA DA ORIENTAÇÃO DA  
COMUNIDADE SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Tutor: Prof.<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup>NAZARÉ PELLIZZETTI SZYMANIAK

Uberaba/MG

2014

## **RESUMO**

No trabalho em questão, abordou-se a falta de orientações da população sobre o funcionamento de uma unidade básica de saúde no município de Canápolis-MG. Promoveu-se uma campanha de conscientização e informação sobre o significado e atuação da atenção primária em saúde utilizando para isso a melhoria no acesso e do acolhimento. Buscamos através do estabelecimento de vínculo com os usuários do sistema de saúde, melhorar a satisfação dos mesmos com o atendimento e, aumentar a demanda de frequência e procura da unidade para resolução da maior parte dos problemas de saúde da clientela adscrita.

**DESCRITORES:** atenção básica, planejamento, saúde.

**ABSTRACT**

The current study, presents the lack of guidelines for population on the a basic health unit in thecity of Canápolis-MG. Promoted a campaign of awareness and information about the meaning and role of primary health care using for this improved access and reception. We seek through the establishment of a connection with the users of the health system, improve their satisfaction with the service, increase the demand frequency and search the unit for resolution of most health problems enrolled clientele.

**KEYWORDS:** primary care, planning, health.

## SUMÁRIO

<b>1 – INTRODUÇÃO.....</b>	<b>05</b>
<b>2 – JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>11</b>
<b>3 – OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>4 – DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>14</b>
<b>5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>18</b>
<b>6 – REFERÊNCIAS.....</b>	<b>19</b>

## 1-INTRODUÇÃO:

A Atenção Primária à Saúde (APS) relaciona-se ao conjunto de ações de saúde que visa proporcionar uma atenção integral através de práticas de cuidado e gestão, participação e trabalho em equipe. Utilizam-se de tecnologias de trabalho complexas para manejar as principais demandas de saúde. Programar e implementar atividades de acordo com as necessidades da população é uma característica do processo de trabalho das equipes da Atenção Básica (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007).

A APS deve cumprir três funções principais (MENDES, 2002): resolver a maioria dos problemas de saúde da população, organizar os fluxos e os contra fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde e responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

A Equipe de Saúde da Família tem como objetivo maior a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da atenção básica, buscando ampliá-las e garantir-lhes maior efetividade (FARIA, 2008. p.34).

Dessa forma, a APS busca um balanço entre aprimorar a situação de saúde da população e promover igualdade na distribuição dos recursos. Essa forma de organização responde a maior parte das necessidades em saúde e por isso, diferencia-se dos demais níveis de atenção porque previne, cura, reabilita e promove a saúde.

Uma de suas características que será amplamente abordada neste trabalho resume-se na APS ser uma porta de entrada para o sistema de saúde, que se dá através do primeiro contato o qual deve ser entendido como o acesso e uso do serviço de saúde cada vez que o usuário necessitar dele. Esse acesso pode ser dividido em: geográfico, como o meio de transporte, o percurso, a distância a ser percorrida pelo paciente e; sócio-organizacional, incluindo todos os meios que dificultam ou auxiliam os usuários a serem recebidos pela equipe da unidade, assim

como, o modo de abordagem realizada aos pacientes, horário de funcionamento, marcação de consultas e de retornos, tempo de espera, ausência de informações visuais, o estabelecimento e as condições de atendimento, a atenção à demanda, a organização da agenda com visitas domiciliares, realização de grupos, oferta de equipe multidisciplinar ou de possibilidade de encaminhamento para outros setores quando necessário.

Nesse estudo será discutido com mais ênfase o acesso sócio-organizacional, principalmente no que diz respeito ao acolhimento que é atualmente um dos desafios na APS. Essa torna o atendimento humanizado e, constitui-se como fator essencial para promover a satisfação do usuário, criando vínculos e tornando-o mais presente na unidade, levando-o a adquirir conhecimento acerca do funcionamento e dos motivos que levam à existência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

A Atenção Básica é segundo MOROSINI:

“...o nicho do estabelecimento dos vínculos de ordem afetiva e técnica que permitem a construção de relações de responsabilidade e reciprocidade entre a população e os serviços de saúde, desde o encontro entre os sujeitos que demandam os serviços e os sujeitos trabalhadores dos serviços.” MOROSINI (2007, p.88)

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2006). Pode-se considerar que estão envolvidas na proposta do acolhimento “duas pernas” fundamentais: uma ética e política, em que se almeja melhorar a postura dos profissionais no contato com a clientela; e outra de gestão e de modelo assistencial, que visa reformular a tradição burocrática e rígida ao melhorar o acesso e o cardápio de ofertas do serviço, flexibilizar e ampliar a clínica, facilitar o cuidado interdisciplinar (TESSER, 2008).

Através de um breve histórico, podemos perceber que em Canápolis, onde o estudo foi realizado, que apesar dos vários anos de implantação das Unidades Básicas de Saúde, o sistema de saúde da cidade encontra-se muito cerceado ainda ao ambiente hospitalar. Isso nos faz questionar o motivo pelo qual após tanto tempo a população ainda não se aliou ao modelo contemporâneo de organização dos serviços de saúde em expansão, que é a atenção primária.

A cidade de Canápolis em Minas Gerais, foi fundada em 14 de julho de 1934 pelo fazendeiro José de Paula Gouveia, quem doou as terras. O novo povoado foi batizado com este nome devido à grande quantidade de plantações de cana-de-açúcar no município e, hoje é conhecida popularmente como a “Terra do abacaxi”. Ela faz parte da Microrregional de Uberlândia, com população estimada de 11.365 habitantes de acordo com o IBGE, área total de 839,737 km e concentração habitacional de 13,53hab/km.

De acordo com o Censo 2010, há um predomínio de adultos jovens na população sendo a maioria entre 25 a 29 anos de idade. Segundo informações concedidas pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), em julho de 2013 das 3502 famílias registradas: 3487 possuíam fornecimento de energia elétrica, 3187 eram abastecidas com água da rede pública, 3233 possuíam o lixo coletado e 457 pessoas possuíam plano privado de saúde.

A cidade apresenta 100% de cobertura em Atenção Primária. Conta com 4 Unidades Básicas de Saúde, 1 Santa Casa onde realizam-se pequenas cirurgias e procedimentos cirúrgicos eletivos (cesáreas, correção de hérnias e colecistectomias), 1 posto de vacinação centralizado, 1 posto do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), 1 centro de convivência da terceira idade onde também realiza-se as sessões de fisioterapia.

A Unidade Básica onde foi realizado esse trabalho denomina-se Programa de Saúde da Família (PSF) Dr<sup>o</sup> Osvaldo Pinto, conhecida como PSF 2, e atende principalmente os moradores do centro da cidade. Contamos com uma população adscrita de cerca de 2800 pessoas e com uma equipe multiprofissional com: 1 médica, 1 enfermeira, 2 técnicas de saúde, 1 secretária, 7 agentes comunitários de saúde (ACS) sendo um deles, agente rural; 1 dentista, 1 técnica em saúde bucal, 1 psicóloga na Unidade todos os dias pela manhã e 1 nutricionista uma vez na semana.

Os atendimentos no PSF2 baseiam-se na demanda livre e também no agendamento de consultas. As reuniões de equipe ocorrem mensalmente. As visitas domiciliares são realizadas uma vez na semana e, entre 30 a 45 dias médica e enfermeira fazem visita na penitenciária da cidade pois, a mesma faz parte da área de abrangência do PSF 2.

### **Problemas principais:**

A partir de reuniões de equipe realizadas na Unidade com os agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeira e médica, destacamos alguns problemas principais na área de atuação do PSF 2. Dentre esses, o crescente envolvimento da população jovem com as drogas ilícitas, a falta de esclarecimentos e conhecimento por parte da população sobre o funcionamento do PSF, a necessidade de área esportiva e de recreação para os jovens e crianças, melhorar a oferta e a disponibilidade das medicações na Farmácia de Minas, providenciar sonar para realização de pré-natal, falta de cursos profissionalizantes para a equipe e, principalmente para os ACS.

Durante a reunião de equipe, debateu-se a necessidade de rever a oferta de medicações disponibilizadas na Farmácia de Minas porque alguns remédios frequentemente faltam para uma parcela considerável da população. Ainda, conversamos sobre a demora na aquisição de um sonar, elemento fundamental para um pré-natal de qualidade e, os ACS que muito tem reclamado da ausência de cursos para atualização profissional.

Apesar de ter despontado, o componente que se refere à falta de cursos para a equipe do PSF pode ser melhorado na medida em que, a Unidade PSF 2 está inserida no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). A gestão local assegurou o cumprimento desse item promovendo palestras e oficinas de atualização e reciclagem de conhecimento como forma de valorizar os profissionais.

O índice crescente de usuários de álcool e drogas apesar de ser um problema de elevada importância em nossa classificação, apresenta-se com parcial capacidade de enfrentamento pela Unidade porque envolve vários aspectos que requerem o auxílio de diversos outros profissionais e suas equipes fora do PSF, juntamente com a gestão local.

Após análise e discussão, nós da equipe do PSF 2, optamos através de votação que o item que deveria ser melhor explorado seria a falta de esclarecimentos por parte da população sobre o funcionamento do PSF. Esse é um dos problemas que mais temos condições de própria Unidade, que tem poucos gastos e que auxilie melhor a população. Além disso, é um dos fatores que influenciam mais diretamente na dinâmica da situação de saúde do município e

narotina da unidade: o usuário desinformado critica os horários de funcionamento da Unidade, a agenda, os protocolos e principalmente, deixa de procurar o PSF e encaminha-se ao atendimento hospitalar, lotando os corredores dos hospitais e perdendo a oportunidade de fazer um acompanhamento e/ou prevenção mais minucioso e adequado.

A comunidade de Canápolis ainda não se habituou com o modelo de Atenção Básica de Saúde. Tornaram-se imediatistas, acostumados com o atendimento rápido e pouco aprofundado, sem se importar com a prevenção, ou orientações contundentes, buscando a resolução daquele “problema do dia”.

O modelo do pronto atendimento ainda é o vigente nos serviços primários de saúde no Brasil, baseado na queixa-conduta e não na atenção integral ao indivíduo, muito menos nas ações em defesa da vida coletiva (RAMOS, D. D. & LIMA, M. A. D. S. 2003). Os usuários do serviço continuam a questionar o agendamento de consultas, ignoram a prioridade de urgência e o sistema de triagem Manchester instalado nas Unidades, a existência da visita domiciliar e da visita à penitenciária, o Hiperdia (hipertensos e diabéticos), puericultura e pré-natal, dentre outras várias.

Fica claro que não compreendem a dinâmica da unidade nem o modelo de APS do qual fazem parte, devido à ausência de informações fazendo com que vários usuários sintam-se com dificuldade e restrição de atendimento, tornando-os resistentes a novas procuras e, levando-os ao ambiente hospitalar para casos que poderiam ser resolvidos na atenção primária. A cultura da busca pelo especialista e da livre demanda, próprias do modelo médico hospitalocêntrico, já é questionada. Vários países restringem o acesso a especialistas ao encaminhamento do médico da atenção primária, com repercussões positivas nos custos e na eficiência do sistema (SAMPAIO; SOUZA, 2002).

A participação da comunidade na gestão do SUS é validada pela lei n. 8.080, de setembro de 1990 e lei n. 8.142, de dezembro de 1990, as quais determinam a participação da comunidade como um princípio de organização do SUS e também no processo de gestão do sistema de saúde. Assim, a APS privilegia a maior participação dos usuários através da organização popular a fim de definir e gerenciar a execução das políticas públicas e construção da cidadania, garantindo uma maior democratização dos direitos como o acesso à saúde, atendimento humanizado e de qualidade.

Os propósitos da saúde da família vão ao encontro da participação popular, uma vez que perseguem a aproximação das ações em relação às necessidades da população e, por coerência, compreensão de que a população pode qualificar e modificar a definição e a execução das políticas públicas, no sentido de sua maior democratização (MOROSINI, 2007).

## **2-JUSTIFICATIVA**

Em Canápolis, no PSF2 percebe-se que o estado de falta de informações e de participação por parte da clientela adscrita prejudicava muito o bom desempenho das atividades na unidade, bem como deixava de atraí-los para comparecerem mais vezes ao PSF. A solução era procurar uma forma de melhorar o vínculo a fim de minimizar os prejuízos aos processos educativos de promoção à saúde, do estabelecimento de metas para controle e enfrentamento dos problemas relevantes junto à comunidade, proteção da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, princípios próprios da atenção básica.

Segundo Merhy:

“Voltando ao ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados” Merhy (2004,pg.03).

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem uma profunda identidade de propósitos com a defesa da participação popular em saúde, particularmente na adequação das ações de saúde às necessidades da população. Para tanto, é imperativo que haja laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1997). Há pouca participação da comunidade nas unidades de saúde e, quando isso ocorre na maior parte das vezes se dá de forma equivocada devido à dificuldade de entendimento por parte do usuário que ignora seus direitos de saúde com qualidade.

De acordo com CONASS:

“É necessário reforçar a ação das comunidades, seja na escolha de prioridades, na tomada de decisões, definição e implementação de estratégias. Para isso faz-se necessário o acesso contínuo às informações e às oportunidades de aprendizagem sobre as questões do campo da saúde” CONASS (2007, p49).

A realização desse trabalho deve-se à dificuldade da população em compreender o modelo de atenção centrado na pessoa levando à necessidade de promover a educação da clientela adscrita do PSF 2, atraindo-os para o atendimento preferencialmente na unidade quando possível e, melhorar o acolhimento aos pacientes, visando o esclarecimento da população sobre o funcionamento e a rotina da Unidade de Atenção Básica conforme os princípios da APS.

### **3-OBJETIVOS:**

Os objetivos deste estudo são orientar a população adscrita do PSF 2 de Canápolis a respeito da dinâmica de funcionamento de uma Unidade Básica de Saúde esclarecendo sobre o agendamento das consultas, da triagem, dos horários de funcionamento, a realização de grupos e, emponderar a comunidade almejando transformações no modo de interação da equipe do PSF 2 com a coletividade e o indivíduo

### **4-DESENVOLVIMENTO**

Um grande desafio dos que se preocupam com os processos de gerenciamento do cuidado em saúde, no interior dos estabelecimentos, é procurar a combinação ótima entre eficiência das ações e a produção de resultados usuários centrados, isto é, procurar a produção do melhor cuidado em saúde.

Considera-se cuidado em saúde aquele que resulta em cura, promoção e proteção da saúde individual e coletiva (BRASIL, 2004. pg.122).

Torna-se necessário colocar o paciente como sujeito ou pessoa nessa relação entre o profissional de saúde e o usuário, levando a um processo clínico compartilhado entre o profissional e o doente com suas histórias, saberes, singularidades, subjetividades, desejos e necessidades e seu contexto familiar e social (GARIGLIO, M.T. 2012)

### Execução do projeto de intervenção:

A equipe do PSF 2 propôs promover a educação da população e buscar aumentar a participação dos usuários na atenção primária utilizando: quadros explicativos com atividades realizadas na unidade e os horários e dias de funcionamento, programar por um período determinado palestras educativas na sala de espera, distribuir folders à população explicando a serventia de uma Unidade Básica de Saúde, campanha informativa pelos ACS.

Para desempenhar o projeto é mandatório o apoio da prefeitura de Canápolis, especialmente da Secretaria de Saúde. Os recursos críticos (financeiro e político) são controlados pela gestão local de onde deverá ser liberada a verba para confecção de folhetos educativos e divulgação em meios públicos e, de apoio político para apoiar as mudanças advindas da execução do projeto.

Para o início da execução do plano a gestão local deve fornecer recursos financeiros para a realização de folder e de meio de divulgação, inclusive nas Unidades de atendimento; autorizar e apoiar a realização de palestras educativas no PSF, com o auxílio da equipe.

Um motivo favorável para a colaboração da coordenação municipal da APS seria a melhoria na organização do atendimento e da satisfação da população. A oposição ao projeto ocorreria se a população rejeitasse as abordagens propostas, o que levaria a um descontentamento da gestão local já que segundo Oliveira (2000): "(...) Apesar das boas intenções e propósitos democráticos de ação, a intervenção da equipe se dá em um universo culturalmente estruturado... A entrada de um novo ator social (a equipe, por exemplo) por um lado, desestrutura esse universo... as consequências são as mais variadas possíveis (...)".

**Quadro 1- Desenvolvimento da intervenção no PSF 2. Canápolis, 2014.**

Projeto	Recurso	Atores	Motivação
Melhorar qualidade do atendimento no PSF e participação da comunidade.	Financeiro: aquisição de folhetos educativos e divulgação em meios públicos através de palestras e; Político: apoio às mudanças no serviço de saúde e no desenvolvimento do projeto.	Gestão local, Secretaria de Saúde e PSF 2	Favorável: para melhorar as condições de atendimento e incentivar a participação popular; Desfavorável: dificuldade de compreensão por parte dos usuários.

Fonte: Reis, A.; Szymaniak, N. P.

Após a reunião de equipe, iniciamos algumas pequenas alterações que transformaram substancialmente a rotina da Unidade. As ações voltadas para o atendimento de demanda espontânea, as quais são representadas pelo atendimento das urgências e casos agudos são realizadas diariamente em todos os períodos. O atendimento da demanda programada, referente a grupos específicos, que apresentem potencial de situação de risco à saúde como hipertensos, diabéticos, crianças e gestantes, foram agendados preferencialmente, da seguinte forma: hipertensos e/ou diabéticos (do ProgramaHiperdia) às quartas-feira à tarde e gestantes e crianças às quintas-feira à tarde.

As demais ações como reuniões administrativas, elaboração de protocolos, planejamento e avaliação das ações de saúde, articulação intersetorial, vigilância em saúde são realizadas cerca de uma vez ao mês ou conforme disponibilidade.

Instalamos cartazes na recepção comunicando os dias que ocorrem os atendimentos preferenciais do Hiperdia, a puericultura e o pré-natal, as visitas domiciliares, o pedido de renovação de receitas, o horário de funcionamento da Unidade e a tabela de prioridades do Protocolo de Manchester. Os agentes de saúde passaram a divulgar essas informações durante as visitas domiciliares. A coordenação local da atenção primária se dispôs a apoiar financeiramente os folders e panfletos para distribuí-los à população com explicações concisas sobre a Unidade Básica de Saúde, inclusive estendendo-os para as outras três unidades básicas.



Figura 1 – Protocolo de Manchester

Fonte: <https://unasus2.moodle.ufsc.br>.

Com isso, os usuários começaram a compreender o significado da APS. As discussões na recepção da unidade e as reclamações na Secretaria de Saúde para conseguir consulta praticamente deixaram de existir. O tumulto de pacientes concentrados em alguns dias específicos diminuiu consideravelmente e, passaram a respeitar mais os dias de atendimento para os grupos do Hipertensão, puericultura e pré-natal, e a solicitar renovação de receituários com antecedência de três dias. Houve melhora do fluxo nas consultas, com mais agilidade nos atendimentos e mais satisfação dos usuários. A equipe do PSF 2 aguarda liberação da gestão local para confeccionar os panfletos e distribuí-los à população. Na recepção foi instalado uma caixa onde cada pessoa pode depositar por escrito as suas sugestões, elogios e/ou reclamações.

O papel do usuário como protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria da relação entre ele e o serviço. A equipe de saúde da família precisa conhecer a população, assim como seus costumes e, envolvê-los em ações pois são sujeitos portadores de saberes e que deve sim, serem legitimados pelo serviço na busca de melhorar a efetividade das ações de saúde. Para a reorganização da atenção básica, a que se propõe a estratégia do PSF, reconhece-se a necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como de renovação dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços e a população assistida (ALVES, 2005).

Assim, é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento (RAMOS, 2003). Um dos modos de avaliação da satisfação do usuário que poderá ser usado é o PMAQ que se encarrega de averiguar a opinião da população adscrita ao PSF. Outro meio seria elaborar uma estratégia de perguntas objetivas que podem ser realizadas pelos agentes de saúde durante as visitas domiciliares e/ou distribuição de questionários com respostas anônimas e depositá-los em uma urna. Essas ações deverão ser desenvolvidas a longo prazo uma vez que humanizar a atenção através do acolhimento e da criação de vínculo são processos demorados, ora avançam e por vezes retrocedem devido às resistências encontradas.

## **5-CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir de atividades simples averiguamos mudanças essenciais na reorganização do serviço de saúde atenção primária no PSF 2 em Canápolis. Trabalhar com um problema diagnosticado pela equipe possibilitou criar novas práticas e ações transformadoras da realidade. As intervenções propostas e já realizadas, produziram mudanças com grande efetividade na rotina do trabalho em saúde no PSF 2. Houve melhora na qualidade da assistência prestada, tornando os usuários mais adeptos aos serviços oferecidos e também mais conscientes sobre sua realidade de portador de direitos. Percebemos melhorias na construção do vínculo com a atenção primária e melhor aceitabilidade. Porém, ainda sem intervenções qualificadas por parte dos mesmos.

A implantação do acolhimento humanizado colaborou com a reorganização do serviço e o melhor entendimento por parte dos pacientes. No entanto, a proposição e a adoção de mudanças não são simples e requerem bastante investimento e uma decisão firme dos gestores e técnicos envolvidos. Conhecer as circunstâncias e o contexto em que se inserem é fundamental, principalmente no que diz respeito ao comportamento humano. O diagnóstico é importante para propor as ações e possíveis intervenções (TESSER, 2008).

A atenção integral ao indivíduo e a defesa da vida coletiva deve ser defendida nos serviços da atenção primária no Brasil. É mandatório entender que inclusão e participação são estratégias que buscam o emponderamento dos grupos sociais a fim de fortalecer a capacidade da comunidade de compreender os determinantes das suas condições de vida e saúde.

## 6-REFERÊNCIAS:

ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, Interface - Comunic.,Saúde, Educ., v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_saude\\_v4\\_4ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf)>. Acesso em 30 dez.2013

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 Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde/Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 2 ed. – Brasília :Ministério da Saúde, 2006. 44p. :il. color-(série B.Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

DATASUS: Tecnologia da Informação a Serviço do SUS: banco de dados. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABCMG.def>>. Acesso em 07 jan.2014.

FARIA, Horácio Pereira [et al.]- Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde- Belo Horizonte: Editora UFMG: NESCON/UFMG, 2008.64p. II. + DVD.- (Educação a Distância)

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. 1999. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 15:345-353.

GARIGLIO, M.T. O cuidado em saúde. In: MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina 2 – Atenção centrada na pessoa. Belo Horizonte: ESPMG, 2012.

[https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/10197/mod\\_resource/content/2/un03/top02p01.html](https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/10197/mod_resource/content/2/un03/top02p01.html). Disponível em: <https://unarus2.moodle.ufsc.br>. Acessado em 07.jan.2014

MENDES, E. V. Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, Emerson Elias. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde> Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004. Disponível em <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/versus\\_brasil\\_vivencias\\_estagios.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/versus_brasil_vivencias_estagios.pdf)>. acesso em 07.jan.2014

MOROSINI, Márcia Valéria G.C. Modelos de atenção e a saúde da família / Organizado por Márcia Valéria G.C. Morosini e AnamariaDAndreaCorbo. Rio de Janeiro:EPSJV/Fiocruz, 2007

OLIVEIRA, Valdir de Castro. Comunicação, informação e ação social. In: Brasil. Ministério da Saúde.**Organização do cuidado a partir de problemas: uma**

**alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família.** Brasília: OPAS, p.65-74, 2000

ROLIM, L. B; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. • Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate** • Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf>> Acesso em 06 jan.2013

RAMOS, D. D.& LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(1):27-34, jan-fev, 2003

SAMPAIO, L. F. R.; SOUZA, H. M. Atenção Básica: política, diretrizes e modelos coetâneos no Brasil. In: NEGRI, B. (org.) et al. Recursos Humanos em Saúde. Política, desenvolvimento e mercado de trabalho. São Paulo: UNICAMP, 2002. p. 09-32.

SANTOS, M. A.; OLIVEIRA, A.C.D. **Ação centrada na pessoa.** Belo Horizonte: Mimeo, 2013. 7

TESSER, C.D; NETO, PP; CAMPOS, G.W.S. **Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família,** 2008.