

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

TADEU GONTIJO ARAUJO TEIXEIRA

PERFIL DO USUÁRIO DA DEMANDA ESPONTÂNEA E A
EFETIVAÇÃO DO ACOLHIMENTO NO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA

BOM DESPACHO
2014

TADEU GONTIJO ARAUJO TEIXEIRA

**PERFIL DO USUÁRIO DA DEMANDA ESPONTÂNEA E A
EFETIVAÇÃO DO ACOLHIMENTO NO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes

|

**BOM DESPACHO
2014**

TADEU GONTIJO ARAUJO TEIXEIRA

**PERFIL DO USUÁRIO DA DEMANDA ESPONTÂNEA E A
EFETIVAÇÃO DO ACOLHIMENTO NO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes

Banca examinadora

Professora: Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes

Professor: Eulita Maria Barcelos(UFMG)

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

RESUMO

Trata-se de um projeto de intervenção para traçar o perfil dos usuários na livre demanda do PSF Vila Ferreira, município de Pará de Minas, Minas Gerais. A partir destes dados pretende-se organizar e otimizar o serviço de acolhimento à demanda espontânea dos usuários e desenvolver estratégias para aprimorar o atendimento promovendo ações que contemplem a prevenção, promoção e recuperação da saúde do grupo analisado. Foram aplicados 100 questionários durante o período de julho a setembro de 2013, tendo sido encontrado que a maioria da população que procura atendimento é jovem, do sexo feminino e uma grande parcela dela apresenta queixas superiores há sete dias. A partir da realidade observada foi proposto um plano de ação que incluiu a adequação de horários, campanhas educativas direcionadas ao perfil do usuário, além de cartazes e vídeos com conteúdo e informações que serão dadas na sala de espera da Unidade Básica de Saúde.

Palavras chave: Demanda espontânea. Atenção primária. Perfil do usuário

ABSTRACT

It is a research to profile the users on free demand of PSF Vila Ferreira, city of Pará de Minas, Minas Gerais State. From this data it is intended to organize and optimize the service hosted to the spontaneous demand of users' treatment and develop strategies to improve treatment by promoting actions that address prevention, promotion and recovery of health in the analyzed group. A hundred questionnaires were applied during the months from July to September of 2013, showing that people demanding for attention were in majority young people, females and a large portion with more than seven days complaints. From that reality was proposed a plan of action that included the adequacy of schedules, educational campaigns directed to the user's profile, as well as posters and videos with content information will be given in the waiting room of the Basic Health Unit.

KEYWORDS: Spontaneous demands. Scheduled demand. User profile, Primary Health attention.

Sumário

1 INTRODUÇÃO	07
2 JUSTIFICATIVA	10
3 OBJETIVOS	11
4 MÉTODOS	12
5 REVISÃO CONCEITUAL	13
6 PLANO DE AÇÃO	16
7 RESULTADOS E DISCUSSÕES	17
8 CONCLUSÃO	21
Referências	

1 INTRODUÇÃO

O município de Pará de Minas tem uma população de 84.265 habitantes, (IBGE, 2010) fica situado na região centro oeste de Minas Gerais, a 93 km da capital, Belo Horizonte, fazendo parte da Região Metropolitana. Cidade com economia diversificada, com bom IDH e boa renda per capita. Tem 153 anos de fundação.

O povoamento remonta ao século XVII, por bandeirantes a procura de ouro e pedras preciosas. Cresceu e virou povoado com a descoberta das minas de ouro de Pitangui. Um dos primeiros moradores tinha o apelido de Pato Fofó, que deu origem a outro nome da cidade: Patufufó.

Tem uma área que abrange 551km², com densidade populacional de 155,9 hab. Km² possuindo aproximadamente 25.495 domicílios permanentes (IBGE, 2010). Apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,725, classificado como alto (IDHM entre 0700 e 0,799) (IBGE,2010). A taxa de urbanização é de aproximadamente 95%, tem renda média anual de R\$19333,00 e mortalidade infantil de 10,1/1000 nascidos vivos, 100% de cobertura de abastecimento de água, 95% de coleta de esgoto e 6,3% de analfabetismo (IBGE, 2008)

No setor econômico, o município destaca-se no segmento da produção agropecuária e agronegócios com grande influência na economia local. O setor primário se sobressai pela significativa produção de aves e suínos e de leite e seus derivados. Pará de Minas é a 1ª cidade do Estado de MG na produção de frangos, a 2ª na produção de suínos e a 4ª cidade produtora de hortifrutigranjeiros, com destaque para a produção de tomate, pimentão e abóbora. Possui indústrias têxteis, mineradora, siderurgias, laticínios e cerâmicas.

O sistema de saúde local possui Conselho Municipal de Saúde, composto de 20 conselheiros e com representação de 50% de usuários e 25% profissionais/ trabalhadores da saúde: Associação Brasileira de Odontologia (Subseção de Pará de Minas), Associação dos farmacêuticos do Centro Oeste de Minas Gerais, Trabalhadores/ Profissionais da Saúde do SUS representantes da Secretaria Municipal da Saúde de Pará de Minas e Trabalhadores / Profissionais da Saúde do SUS.

O Programa Saúde da Família foi implantado em 2001 e atualmente tem uma cobertura de 49,70% da população. É composta por 17 equipes saúde da família, sendo que em oito existem equipes de saúde bucal, composta por um dentista e um auxiliar de saúde bucal e um Programa de Atendimento Domiciliar-PAD.

A Atenção secundária do Município atua como referência para atenção primária e porta de entrada para áreas sem atendimento do PSF. É composta por: uma Policlínica, um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), uma Residência Terapêutica, um Centro de Convivência de Saúde Mental, um Centro de Atenção à Saúde da Mulher e Criança (CASMUC) e um Centro de Habilitação Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

As Redes de Média e Alta Complexidade são compostas pelo Pronto Atendimento Municipal (PAM) e Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC).

A Unidade Básica de Saúde Vila Ferreira localiza-se em região central do bairro Vila Ferreira, em um prédio construído para esta finalidade. Bom acesso à população, com linha de ônibus próxima. Compõe a ESF Vila Ferreira 15 profissionais: uma psicóloga, um dentista, uma auxiliar administrativa, uma auxiliar de dentista, um funcionário de serviço gerais, seis agentes comunitários de saúde, duas auxiliares de enfermagem, uma enfermeira e um médico.

A UBS possui dois consultórios médicos, um consultório para as duas enfermeiras (uma da Unidade Vila Ferreira e outra da Unidade João Paulo) onde se faz a triagem e exames preventivos, uma sala de curativos, uma sala de cuidados, um consultório odontológico, uma sala de consultas para nutricionista/psicólogo, sala de recepção com balcão e assentos de espera, farmácia para distribuição de medicamentos, banheiros para população incluindo para portadores de necessidades especiais, banheiros para os funcionários, cozinha e área externa.

Após a análise situacional, os dados foram discutidos em reunião com a equipe da UBS Vila Ferreira foram identificados os principais problemas Sendo eles: desequilíbrio da demanda/atendimentos, principalmente médicos; demora para execução e entrega de alguns exames; necessidade de um melhor levantamento dos dados e também de um banco de dados de mais fácil acesso sobre a população; falta de capacitação técnica mínima para os ACS para determinação e priorização das visitas domiciliares, população coberta acima da preconizada pelo Ministério da Saúde (MS); dificuldade para alguns encaminhamentos especializados.

O principal problema observado foi a grande procura por atendimentos, principalmente médico, em relação ao número de atendimentos ofertados. Isso ocorreu por vários fatores: população coberta acima da preconizada pelo MS, grande utilização da UBS pela população, período de 60 dias sem atendimento médico, devido à saída do médico, além de haver outra equipe de PSF também sem o profissional, acarretando sobrecarga dos atendimentos. Como consequência ocorriam atendimentos com grande espaçamento dos retornos/exames. Tudo isso

acarretou em um primeiro momento em priorização da demanda espontânea e sobrecarga da agenda médica.

2 JUSTIFICATIVA

Decidiu-se realizar esta pesquisa devido a importância de se conhecer a realidade local no que tange ao perfil dos usuários do PSF Vila Ferreira, a partir da identificação dos problemas apontados na análise situacional para direcionar ações para uma parcela específica da população. Desta forma, poder desenvolver atividades de conscientização e que supram a necessidade de atendimento à saúde destes usuários e realizar um acolhimento eficiente.

A ordem de prioridades dos problemas.

- 1) Desequilíbrio da demanda/atendimentos (principalmente médico);
- 2) Falta de atualização e acesso a um banco de dados confiável;

- 3) Baixa capacitação técnica das ACS;
- 4) População acima da preconizada pelo MS;
- 5) Dificuldade para encaminhamento para algumas especialidades.

3 OBJETIVOS

Conhecer o perfil dos usuários que procuram por livre demanda o serviço de saúde da UBS Vila Ferreira no município de Pará de Minas.

Traçar estratégias direcionadas para melhorar o atendimento não programado.

4 MÉTODOS

Foi elaborado, junto com a ESF um questionário com a finalidade de definir o perfil do usuário que procura a USB Vila Ferreira na demanda livre. O questionário aborda a identificação do usuário, idade, endereço, profissão, sexo, tempo da queixa principal e se a queixa principal motivou uma procura anterior. Foi aplicado pela enfermeira triagista. O tempo de utilização do questionário durou o período até totalizar cem questionários. Foi aplicado em todos os pacientes da demanda espontânea, em dias seguidos e em ambos os horários. Posteriormente foi feita a organização e estudo dos dados, traçando um perfil dos usuários.

Diante desta realidade será possível traçar melhores propostas de intervenções no serviço de saúde, como campanhas educativas direcionadas ao perfil encontrado, grupos de debate, educação permanente de profissionais. Concomitantemente e posteriormente ao levantamento

dos dados, serão aplicadas medidas como palestras e orientações na sala de espera, no momento das consultas com os profissionais, ou nas visitas destes ou das ACS para orientação da população sobre as diferenças das demandas espontâneas e programadas, agravos agudos e crônicos, afim de que haja um melhor entendimento e participação da população coberta sobre o funcionamento do acolhimento. Também serão realizadas reuniões e treinamentos quanto à melhora do acolhimento em si, buscando uma escuta qualificada, aprimoramento da conduta profissional, linhas de cuidados, humanização e organização da agenda. Para subsidiar teoricamente o trabalho foi feita uma revisão narrativa da literatura sobre o tema proposto.

5 REVISÃO CONCEITUAL

Nos últimos anos o SUS vem se reestruturando e tendo grandes avanços desde a época de sua criação na constituição de 1998. Dentre eles, pode-se citar o grande aumento das áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e melhoria na assistência e de seus mecanismos gestores (BRASIL, 2010). Entretanto seu desenvolvimento ao longo dos últimos anos tem ocorrido de modo paradoxal, pois apesar de ter implantado um conjunto de políticas de saúde includentes, sofre com problemas crônicos, entre os quais o de financiamento insuficiente e desigual (CAMPOS, 2006).

Em meio a esses entraves, surge a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como uma forma de reorientação/ reorganização do modelo assistencial a partir da atenção básica. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico social, onde o modelo hospitalocêntrico e curativista não atende mais às emergências do mundo moderno relacionadas às necessidades de saúde das pessoas. Assim a ESF se apresenta como

uma nova forma de trabalhar a saúde, tendo a família como o centro da atenção, agindo de forma a garantir a promoção, recuperação e prevenção da saúde (CAMPOS, 1997).

O objetivo da ESF é contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, refletindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997).

Desta forma, há inúmeros obstáculos e desafios a enfrentar, principalmente aqueles referentes ao financiamento, à força de trabalho e aos modelos de gestão e Atenção (BRASIL,2011).

“O processo de trabalho das equipes de saúde da família é o elemento chave para a busca permanente de comunicação e trocas de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com a comunidade.” (BRASIL, 2010, p.10).

Rosa e Labete (2005), também acreditam que a ESF tem potencialidades como estratégia de mudança do modelo assistencial curativista para o preventivo, mas verifica-se a necessidade de se flexibilizar as tarefas estabelecidas para o seu funcionamento, assim como conscientizar os profissionais de saúde, acadêmicos para aprimorar conhecimentos para uma efetiva abordagem às famílias, trabalho em equipe em prol de uma assistência humanizada.

A Política Nacional de Humanização (PNH) prioriza “a participação coletiva no processo de gestão e fomenta a autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos.” Desta forma, o compromisso da atenção primária está, principalmente ligado à comunidade mas também leva em consideração as condições de trabalho dos profissionais e dos atendimentos realizados nas equipes de saúde da família. Como sendo uma política pública a PNH transcorre em todos os níveis de complexidade e, especificamente na atenção básica, tem como diretrizes a elaboração de projetos que contemplem o individual e o coletivo, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde. Incentivando sempre as práticas promocionais de saúde e formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquizarão de riscos e acesso efetivo aos demais níveis do sistema de saúde (BRASIL,2009, p. 15).

A sistematização das demandas espontânea e programada na Atenção Primária à Saúde (APS) de maneira organizada, humanizada e de forma resolutiva, é um dos grandes desafios para as

Equipes da Saúde da Família (ESF). Gerir essa agenda, otimizando o acolhimento e direcionando as demandas com efetividade e qualificação é um dos nortes desse serviço. Para Brasil (2011, p.15).

(...) A Atenção básica, para ser resolutiva, deve ter tanto capacidade de escuta, quanto um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas. Paradoxalmente, aqui reside o desafio e a beleza do trabalho na atenção básica e, ao mesmo tempo, algumas chaves para sua efetivação e legitimação na sociedade. Neste contexto, o acolhimento é um dos temas que se apresentam com alta relevância e centralidade.

A ESF tem como uma de suas funções a porta de entrada para o SUS e propiciando o cumprimento das diretrizes básicas deste (MATUMOTO; MISHINA ; PINTO 2001), explicam que o acolhimento é determinado pela concepção de saúde/doença do ser humano em que o trabalho se baseia, e “por que acolher” desvenda o modo como se efetiva a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), e como os trabalhadores de saúde se posicionam frente ao tema “Saúde como direito de todos e de cidadania” por meio dos princípios universalidade, equidade, integralidade e acesso” (MATUMOTO; MISHINA; PINTO 2001, p 21).

Por isso o acolhimento se faz como uma das principais ferramentas para o cumprimento dessas diretrizes, pois é em seu contexto que muitas vezes se dá o acesso ao usuário ao sistema de saúde. Brasil (2011), também reforça a idéia de que é essencial a maneira como se organiza a agenda de uma unidade de saúde bem como a forma adequada de se desenvolver o acolhimento, considerando sempre características locais. A equipe deve ter a autonomia de decidir sobre o modo de se estruturar a primeira escuta do usuário. Sendo assim é primordial desenvolver estudos sobre o perfil de sua população para conhecer a realidade local, desta forma agir de forma específica, sanando as principais demandas e necessidades dela.

Segundo Franco; Bueno; Merhy (1999), o acolhimento propõe intervir na lógica de funcionamento e organização do serviço de saúde partindo de três princípios:

- 1) atender a todas as pessoas que buscam o serviço de saúde, garantindo a acessibilidade universal;
- 2) reorganizar o processo de trabalho deslocando seu eixo do médico para equipe multiprofissional;
- 3) qualificar a relação trabalhador/usuário a partir de parâmetros humanitários e de cidadania.

“Para se realizar o acolhimento, é fundamental que as equipes de saúde reflitam sobre elementos que vão desde os saberes que subsidiam o atendimento individual em saúde até a maneira como interagem na organização do trabalho em equipe” (BRASIL, 2011, p.40).

“O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de escutar e receber as pessoas, podendo acontecer de formas variadas”(BRASIL, 2011,p.19).

6 PLANO DE AÇÃO

No contexto no USB Vila Ferreira, verificava-se demanda livre crescente e profissionais e usuários insatisfeitos. Sentia-se a necessidade de reestruturação e reorganização do acesso do usuário, visando a resolução de suas necessidades de saúde e encaminhamentos a outros níveis, se necessário. Foi então elaborado e aplicado um questionário com intuito de definir o perfil do usuário da livre demanda do UBS Vila Ferreira. A partir da análise destes dados haverá elaboração de intervenções com objetivo de esclarecimento e melhor atendimento conforme o perfil.

Serão executadas medidas como campanhas educativas direcionadas conforme o perfil do usuário, como cartazes e vídeos. Serão disponibilizadas informações na sala de espera e quando da chegada do cidadão a UBS, além de promover adequação de horários para melhor atender especificamente de acordo com as características da parcela da população em estudo. Durante a primeira semana de junho será realizada uma campanha de mobilização interna a cerca da efetivação do acolhimento na unidade, orientações sobre demanda espontânea e programada. O treinamento será realizado na unidade pelo médico e enfermeira .Após capacitar toda equipe e deixá-la apta a desenvolver uma escuta de qualidade, a campanha se estenderá aos usuários da unidade. Durante a “sala de espera”, diariamente as Acs vão trabalhar junto á população, esclarecendo dúvidas quanto a agravos agudos, demanda programada e acolhimento. Além disto, serão desenvolvidas ações voltadas à população economicamente ativa como vacinação, consultas de enfermagem e médicas, exame preventivo e visitas domiciliares realizadas pelas ACS para garantir o acesso destas pessoas que possuem certa dificuldade de comparecer na unidade de saúde durante o horário convencional. Essas ações

serão realizadas sistematicamente na última segunda-feira de cada mês, durante o horário de 17:00 às 20:00 h.

Os recursos utilizados para realizar essas ações serão apenas recursos humanos, os próprios funcionários da prefeitura e não acarretará nenhum ônus.

Para avaliação dos resultados, após 3 meses, serão avaliados dados referentes à participação dos usuários em horário não convencional e estes avaliarão a equipe quanto a qualidade do primeiro contato/ acolhimento.

7 RESULTADO E DISCUSSÃO

Após a análise dos resultados das entrevistas verificou-se que o perfil dos usuários era composto por pessoas de idade e sexo apresentados a seguir: frequência de adultos jovens totalizando 56,3% sendo de 28,5% entre os de 21 a 30 anos e 17,8% para as idades de 31 a 40 anos; seguidos de idade entre 41 a 50 anos (17,8%), 11 a 20 anos (14%), 51 a 60 anos (10,7%), 0 a 10 anos (7%) e idosos (61 a 70 anos 2,2% e acima de 70 anos 2,2%).

Verificou-se portanto que as ações de esclarecimento e oferta de atendimentos devem voltar-se, preferencialmente, à parcela da população economicamente ativa, propiciando atendimentos de demanda espontânea fora de horários convencionais, como noturnos, por exemplo.

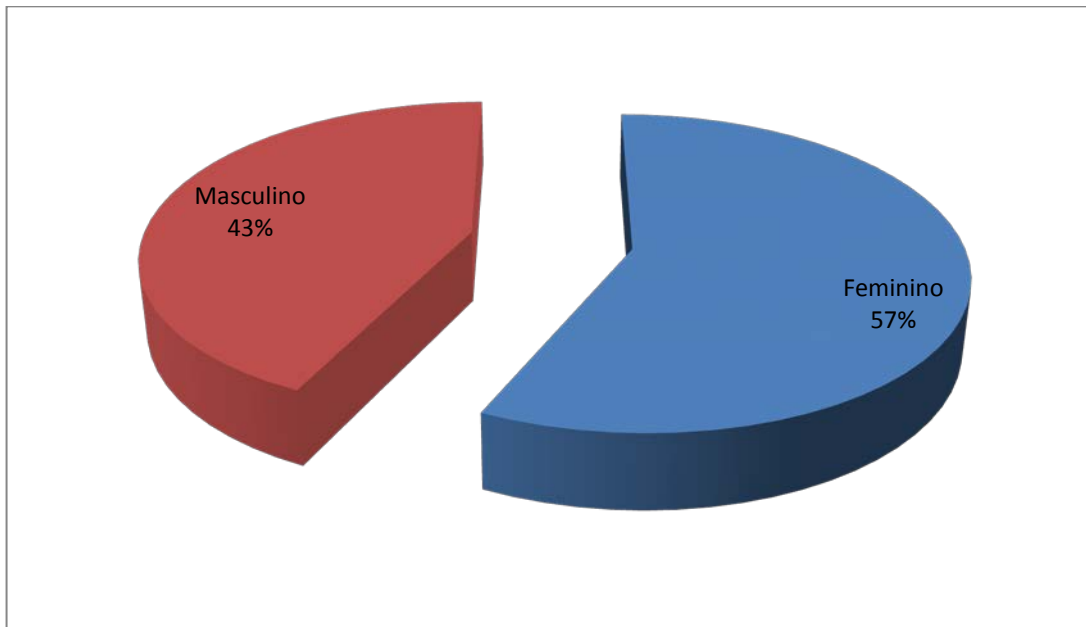


Gráfico 1 Distribuição dos atendimentos realizados em demanda espontânea, por sexo

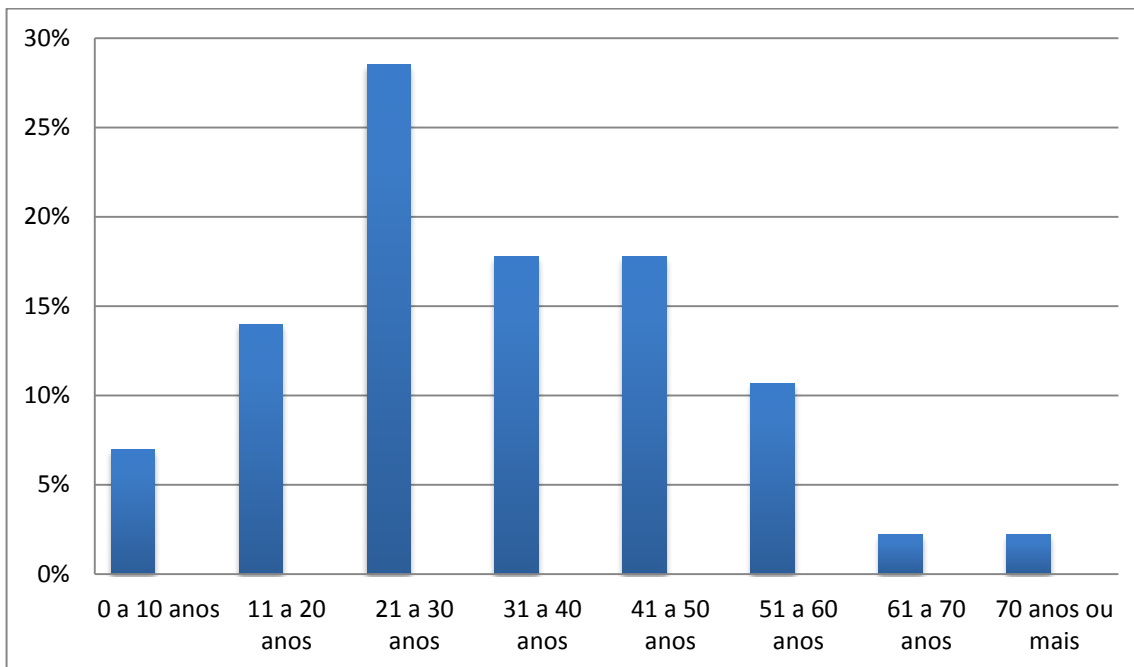


Gráfico 2 Distribuição percentual dos usuários de demanda espontânea, por idade

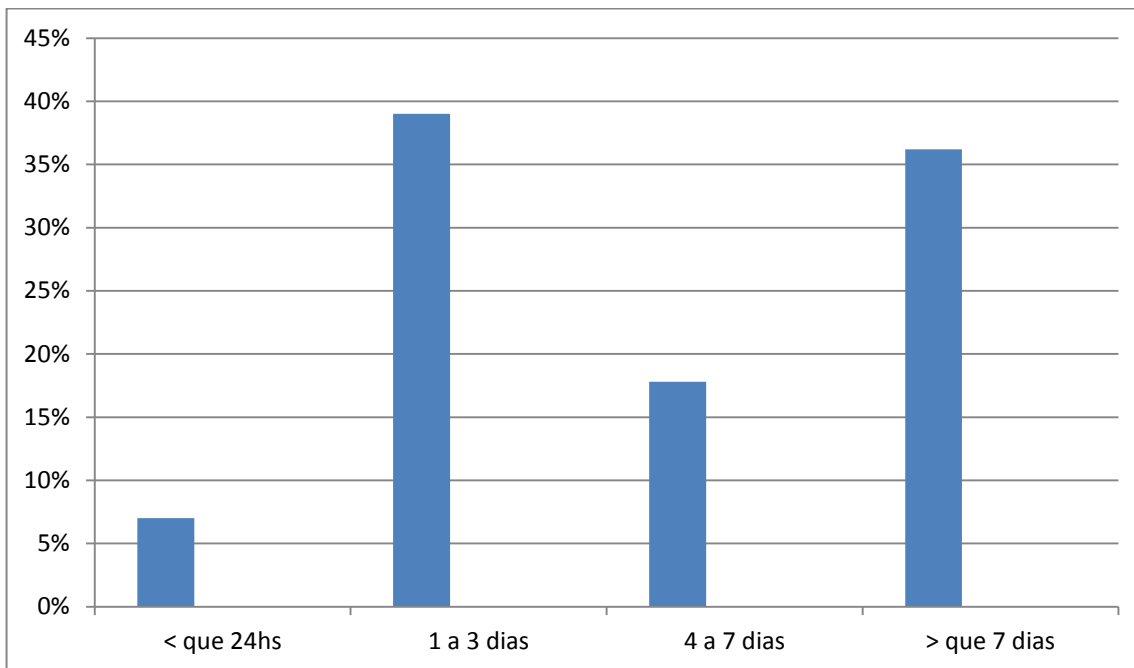


Gráfico 3 - Tempo de evolução da queixa quando da procura na demanda espontânea

Percebe-se ao mensurar os dados, que grande parcela dos usuários apresentam queixas superiores há sete dias. O que leva a indagar se tais agravos teriam natureza realmente agudas. Podem-se desenvolver ações educativas quanto à diferenciação de agravos de saúde crônicas/agudas junto à população. Estas medidas poderiam gerar diminuição na sobrecarga da livre demanda na UBS Vila Ferreira.

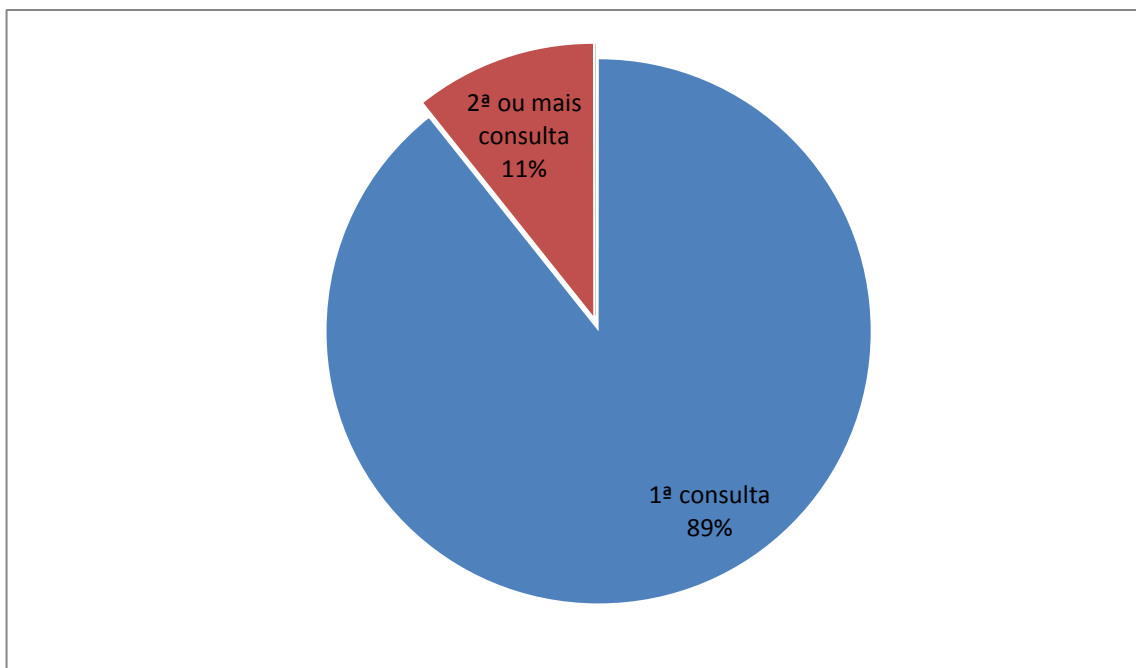


Gráfico 4 População que procurou a UBS por uma ou mais vezes motivada pela mesma queixa

Pode ser visualizado neste gráfico que a grande maioria da população estudada procurou a demanda não programada pela primeira vez devido à queixa em questão (89%). Entretanto 11% desta população procurou por 2 ou mais vezes. Tais motivos para um maior número de procura poderiam ser ou a não resolução do problema ou a não caracterização de agravo agudo. Tais achados possibilitam o desenvolvimento de campanhas esclarecedoras acerca do funcionamento da demanda programada e não programada, além de identificar se as atividades desenvolvidas estão adequadas e cumprindo seus objetivos na identificação e orientação dos usuários.

8 Conclusão

A atenção básica como grande articuladora de rede de atenção á saúde deve estar sempre bem preparada para desenvolver o importante papel de porta de entrada do usuário e ordenadora da rede. Assim o atendimento à demanda espontânea deve ser sistematizado nas unidades de saúde de forma a garantir um atendimento eficaz e resolutivo. Para tanto é primordial conhecer a população da área adstrita bem como suas necessidades e deficiência para se traçar estratégias para promoção da saúde. Considerando dados sobre a demanda espontânea, após estudo sistemático, é possível perceber entre alguns fatores, a deficiência de informação. Alguns procuram a demanda espontânea em casos não agudos, outros não conseguem resolver o problema e retornam ao serviço. Percebe-se também que a maior procura

ao acolhimento pertence à faixa da população economicamente ativa, gerando também absenteísmo. Nota-se portando a necessidade de ações voltadas a prevenção de doenças e promoção de saúde para este público ou mesmo acolhimento, em horário especial, ações que incentivem a saúde do trabalhador.

Faz-se necessário também treinamento e aperfeiçoamento de todos os membros da equipe envolvidos com o processo do acolhimento. Contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e diretrizes da humanização. Deste modo, conhecendo o perfil dos usuários e reconhecendo as responsabilidades de trabalhadores, gestores e dos próprios usuários da saúde espera-se desenvolver um acolhimento eficaz. Reduzir as filas e do tempo de espera, oferecer um atendimento acolhedor e resolutivo, implantar um modelo de atenção com responsabilização e vínculo, garantir os direitos dos pacientes e valorizar o trabalho dos profissionais da saúde.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: 2011.56p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento nas praticas de produção de saúde**. 2ªed, Série B. Textos básicos de saúde. Brasília, MS, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivo/pdf/APPS_NPH.pdf> Acesso em junho de 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção à demanda espontânea na APS. **Cadernos da Atenção Primária 28**. Brasília: MS, 2010.a
- BRASIL.Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF**. Brasília: 2010b.149p.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: 1997.36p.
- CAMPOS,G.W.S. **Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de As'de no Brasil**. In:FLEURY, S.Democracia, descentralização e desenvolvimento:Brasil e Espanha. Editora:FGV, 2006.
- CAMPOS,G.W.S. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde**. In:MERRY,E.E; ONOKO,R.Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec,1997.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S .; MERHY, E. E. O Acolhimento e os processo de trabalho em saúde: caso de Betim, Minas Gerais. **Cad de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V 15, n 2, abr-jun, 1999, p. 345-353. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>. Acesso em junho de 2013.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Peri. Brasília 2010. Acesso 2013 Jun 25. Disponível em [http:// cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=314710](http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=314710)
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Peri. Brasília 2008. Acesso 2013 Jun 25. Disponível em [http:// cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=314710](http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=314710)
- MATUMOTO, Silvia; MISHIMA, Silvana Martins; PINTO, Ione Carvalho. Saúde Coletiva: um desafio para enfermagem. **Cad de Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v .17, n .1, jan-fev, 2001. P233-241. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4080.pdf>. Acesso em junho de 2013.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.
- ROSA,W.A.G; LABATE,R.C. **Programa** de saúde da Família: a construção de um modelo de assistência. **Revista Latino de Enfermagem**, n.13, p. 127-134,2005.



**Secretaria de
Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde**

Ministério da
Saúde

