

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

**REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DE UMA**  
**ESF DA REGIONAL NOROESTE DE BELO HORIZONTE:**  
**INCLUSÃO DE ATIVIDADES COLETIVAS DE PROMOÇÃO À**  
**SAÚDE**

**PRISICILLA MALTA PRADO MELO**

**POLO LAGOA SANTA/MG**

**2013**

Priscilla Malta Prado Melo

**REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DE UMA ESF DA  
REGIONAL NOROESTE DE BELO HORIZONTE: INCLUSÃO DE  
ATIVIDADES COLETIVAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE**

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: Patrícia da C. Parreiras

Polo Lagoa Santa/MG

2013

Priscilla Malta Prado Melo

**REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DE UMA ESF DA  
REGIONAL NOROESTE DE BELO HORIZONTE: INCLUSÃO DE  
ATIVIDADES COLETIVAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE**

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: Patrícia da C. Parreiras

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup>. Patrícia da C. Parreiras (Orientadora)

Prof<sup>a</sup>. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovada em Belo Horizonte, 02 de março de 2013

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso aos colegas do Centro de Saúde Glória, em especial a gestão local e distrital, enfermeiros e integrantes da ESF 06 (Lua) da Unidade que contribuem continuamente pela minha busca para ampliação de conhecimento e superação de desafios no processo de trabalho!

“Se não mudar o que faço hoje todos os amanhãs serão iguais a ontem.”

Autor desconhecido

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço inicialmente a DEUS, pela benção em minha vida, por tudo o que tenho e sou!

A minha orientadora, professora Patrícia da Conceição Parreiras pela atenção, sugestões e comentários enriquecedores, dedicação responsável e grande contribuição na realização deste trabalho!

Aos professores, colegas e todos os integrantes do curso de pós-graduação do Nescon/UFMG, que direta ou indiretamente contribuíram para o aprofundamento do meu conhecimento na área de Saúde da Família!

Aos companheiros de trabalho, em especial aos enfermeiros do Centro de Saúde Glória pela cumplicidade, ajuda e amizade!

Aos usuários pertencentes a área de abrangência do Centro de Saúde Glória pelos ensinamentos no dia a dia do trabalho e inspiração de mudanças!

Ao meu marido Carlos Melo pelo amor, companheirismo e ajuda!

Aos meus filhos Bernardo e Bianca pelo carinho e compreensão!

Aos meus pais Fernando e Simone pelo apoio, incentivo e ensinamentos sempre!

O meu muito obrigado!

## RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma alternativa de superação do paradigma dominante no campo da saúde, pois propõe mudança na concepção do processo saúde-doença, distanciando-se do modelo tradicional centrado em oferta de serviços voltados para a doença e investe, também, em ações que articulam a saúde com condições e qualidade de vida. Uma das formas de enfrentar as dificuldades presentes na ESF poderia ser a criação de alternativas de relacionamento e cuidados com os usuários que vão além das consultas individuais. Por exemplo, a priorização das atividades coletivas para orientações e prevenção das doenças, atendimentos compartilhados, e em especial, o desenvolvimento das ações de promoção da saúde. O objetivo deste trabalho consistiu em elaborar um plano de ação para reorganização do processo de trabalho na ESF06 do Centro de Saúde Glória, com vistas à oferta de ações coletivas de promoção da saúde da população. O trabalho foi realizado a partir de revisão de literatura, nas bases de dados LILACS e SciELO, relacionando os principais aspectos encontrados na literatura com os assuntos relevantes ao tema referente ao processo de trabalho em saúde, planejamento e avaliação das ações em saúde e práticas pedagógicas em atenção básica. Em um segundo momento foi desenvolvido o plano de ação para enfrentamento do problema priorizado pela ESF06: uma vez que se detectou inexistência de outras atividades para atendimento à população ofertada pela equipe, além de consultas individuais e Visitas Domiciliares. Aliada aos princípios do SUS, a ESF deve contemplar também ações coletivas que estimulem a promoção da saúde pela população, conhecimento sobre os determinantes do processo saúde doença e hábitos de vida saudáveis. A manutenção do diagnóstico situacional atualizado, o planejamento estratégico e o fortalecimento da intersetorialidade são imprescindíveis para o alcance de resultados favoráveis. A inclusão de espaços coletivos de promoção da saúde e, atendimentos compartilhados à população, constituem estratégias para estimular o autocuidado, a autonomia dos indivíduos e incentivar a co-responsabilização no processo saúde doença.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde. Promoção da saúde. Processos grupais. Participação social. Enfermagem em saúde comunitária

## ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) is an alternative to overcome the dominant paradigm in the field of health, because it proposes a change in the design of health-disease process, moving away from the traditional model centered on offering services for the disease and invests also in actions that articulate with health conditions and quality of life. One way to address the difficulties present in the ESF could be the creation of alternative care and relationship with users that go beyond the individual consultations. For example, prioritizing collective activities and guidelines for disease prevention, shared care, and in particular the development of health promotion actions. The objective of this work is to develop an action plan for reorganization of the work process in ESF06 Centro de Saúde Glória, aiming to offer collective actions to promote health of the among the population. The study was conducted from literature review, listing the main issues in the literature on relevant matters relating to the theme of Process Work in Health, Planning and Evaluation of health actions and Pedagogical Practices in Primary Care. In a second step we developed the action plan to deal with the problem prioritized by ESF06: lack of other activities for the public service offered by the team, plus individual consultations and Home Visits. Allied with the principles of the Unique System of Health, the FHS should also contemplate collective actions that encourage health promotion by the population, knowledge of the determinants of health and disease and healthy lifestyle. Maintaining updated situational diagnosis, strategic planning and strengthening of intersectoral cooperation are essential to achieve favorable results. The inclusion of collective spaces of health promotion and shared care to the population, are strategies to stimulate self-care, autonomy of individuals and to encourage shared responsibility in the health disease process.

**Keywords:** Primary healthy care. Health promotion. Group processes. Social participation and community health nursing.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	19
2.1 Objetivo Geral.....	19
2.2 Objetivos específicos .....	19
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	20
<b>4 DESENVOLVIMENTO</b> .....	21
4.1 A Estratégia de Saúde da Família .....	21
4.2 A Promoção da Saúde .....	25
4.3 Plano de Ação.....	31
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	35
<b>REFERENCIAS</b> .....	37

## **LISTA DE SIGLAS**

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

CNS - Conferência Nacional de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

PBH- Prefeitura de Belo Horizonte



## 1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo vigente como forma de organização da Atenção Primária em Saúde Pública no Brasil. Implantada no ano de 1994, tal Estratégia constitui-se em uma forma de fortalecer e organizar tal nível de saúde no país. Segundo Tesser (2010), a ESF visa à qualidade na atenção à saúde, mantendo o foco nas famílias que compõem uma comunidade. Além disso, busca-se o seu fortalecimento por meio da ampliação do acesso, da qualificação dos profissionais e da reorientação das práticas de saúde, aproximando-se do modelo de Promoção da Saúde.

Pode-se dizer que a ESF é uma alternativa de superação do paradigma dominante no campo da saúde, pois propõe mudança na concepção do processo saúde-doença, distanciando-se do modelo tradicional centrado em oferta de serviços voltados para a doença e investe, também, em ações que articulam a saúde com condições e qualidade de vida (TESSER, 2010).

A partir da Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, ficou estabelecido que o Programa de Saúde da Família (hoje designado como Estratégia Saúde da Família) é:

[...] a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2006, p. 14)

Assim, as equipes de saúde da família compostas por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde possuem diversas atribuições. Dentre estas, cada equipe deve: conhecer a realidade do território, promover ações conjuntas com equipamentos governamentais e comunitários, discutir o conceito de cidadania enfatizando os direitos de saúde, e incentivar a participação da comunidade nas comissões locais e no conselho municipal. Dessa forma, espera-se que a equipe consiga trabalhar com a lógica da

demanda, e não da simples oferta de um leque de ações programáticas, fazendo isso por meio do vínculo e da responsabilização pelos usuários (BRASIL, 2006).

Cada equipe de saúde da família fica responsável por uma população delimitada por área de abrangência (microáreas e setores censitários). Isso proporciona a criação de vínculo e melhor acompanhamento da saúde dos usuários. As Unidades Básicas de Saúde (UBS), então, se tornam a escolha preferencial dos usuários em busca de atendimento.

Ao servir como um primeiro atendimento, a “UBS” funciona como porta de entrada para o sistema de assistência resolvendo algumas necessidades, as chamadas necessidades básicas de saúde, incluindo as ações tradicionais da saúde pública como saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, a vacinação ou a informação em saúde, tratamento de doenças de caráter epidêmico e as demandas que exigem saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, assistenciais e educativas. O propósito é identificar os principais problemas de saúde, em seu conceito ampliado na região adstrita, e buscar o enfrentamento e resolução dos mesmos, integrando multidisciplinaridade, bem como mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos. A ESF nasce com a finalidade de superar um modelo assistencial tradicional, responsável pela ineficiência do setor, insatisfação da população, desqualificação profissional, iniquidades (BRASIL, 1996, p. 15).

Realmente a ESF trouxe mudanças significativas na saúde pública e melhora considerável na qualidade do atendimento à população. Entretanto, verifica-se ainda muitas dificuldades na implementação plena de um modelo que não seja curativo ou biomédico centrado. De acordo com Souza e Abrahão (2010) existe uma dificuldade dos profissionais em trabalhar com as tecnologias leves, ou seja, vínculo, humanização, comprometimento social, interdisciplinaridade e trabalho em equipe conforme afirmam Merhy e Onocko (1997). Somando-se a isso, evidencia-se uma demanda intensa da população em busca de consulta médica e/ou encaminhamentos a especialistas. Conforme estudo de Rosa *et al.* (2011), muitos dos usuários entrevistados (em Unidades Básicas de Saúde) associam a resolutividade da assistência à realização de encaminhamentos para atendimentos especializados (após consulta médica).

O caráter biomédico e centralizador das práticas de saúde na figura do especialista fazem parte do imaginário do usuário. Esse imaginário é uma construção social resultante de experiências e vivências dos próprios usuários, familiares, amigos nos serviços de saúde e expectativas criadas em torno das práticas de saúde (ROSA *et al.* 2011, p. 07).

Assim, uma vez que o atendimento é, muitas vezes, médico-centrado, a demanda torna-se cada vez maior, ocorre sobrecarga dos profissionais de saúde e nas agendas dos mesmos (em especial na agenda dos médicos e especialistas). De acordo com Franco e Merhy (2003), muitas vezes o médico tem que atender um número maior de pacientes em um curto espaço de tempo. Isso dificulta o desenvolvimento das “tecnologias leves” que seria o relacionamento interpessoal, a criação de vínculo, a possibilidade de entendimento do processo saúde-doença e qualidade de vida pelos usuários, além de prejudicar a corresponsabilização dos mesmos.

Uma das formas de enfrentar as dificuldades apresentadas poderia ser a criação de alternativas de relacionamento e cuidados com os usuários que vão além das consultas individuais. Por exemplo, a priorização das atividades coletivas para orientações e prevenção das doenças, atendimentos compartilhados e, em especial, o desenvolvimento das ações de promoção da saúde.

É fundamental que, aos poucos, busquem-se mudanças de atitudes, primeiro do próprio profissional e como consequência, da população sobre a importância em se prevenir doenças, adotar hábitos saudáveis de vida e promover a saúde física e mental. Assim, a promoção da saúde deveria ser adotada como estratégia prioritária nas Unidades Básicas de Saúde, justamente por possibilitar a coparticipação dos usuários na busca de melhor qualidade de vida e saúde e propiciar a diminuição da demanda após o adoecimento.

Segundo a Carta de Ottawa, Promoção da Saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (BRASIL, 2002). No conceito moderno sobre Promoção da Saúde as atividades de promoção devem estar relacionadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente.

[...] é preciso que se atue sobre os determinantes sócio-culturais, políticos e econômicos mais amplos que influenciam o processo saúde-doença, isto é, sobre as condições de vida, enfrentando os componentes nocivos destas esferas e estimulando os que sabidamente fomentam a saúde (FERREIRA; BUSS, 2002, p. 21).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) citada por Beato, Stralen, Passos (2011) orienta que as ações de promoção da saúde sejam desenvolvidas em cinco áreas-chave: construir e implementar políticas públicas saudáveis; criar ambientes favoráveis à saúde; desenvolver habilidades pessoais; fortalecer a ação comunitária; e reorientar os serviços de saúde.

A partir das discussões anteriores sobre o que a ESF representa na saúde pública; as ações das equipes de saúde da família e a estratégia da Promoção da Saúde, a ESF06 do Centro de Saúde Glória (Regional Noroeste de Belo Horizonte/MG) desenvolveu uma proposta de intervenção sobre reorganização do processo de trabalho com inclusão de atividades coletivas de promoção da saúde.

Tal proposta de intervenção surgiu após a evidência do problema no diagnóstico situacional realizado pelos integrantes da equipe através do método da estimativa rápida, em dezembro de 2011. Este método consiste em identificar os problemas de uma comunidade, sem definir a quantidade de pessoas afetadas pelo problema; a estimativa é um método de coleta e de análise de informações que subsidiam a elaboração de um plano de ação. É importante ressaltar que este método não permite uma visão mais profunda dos problemas, não é uma pesquisa (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

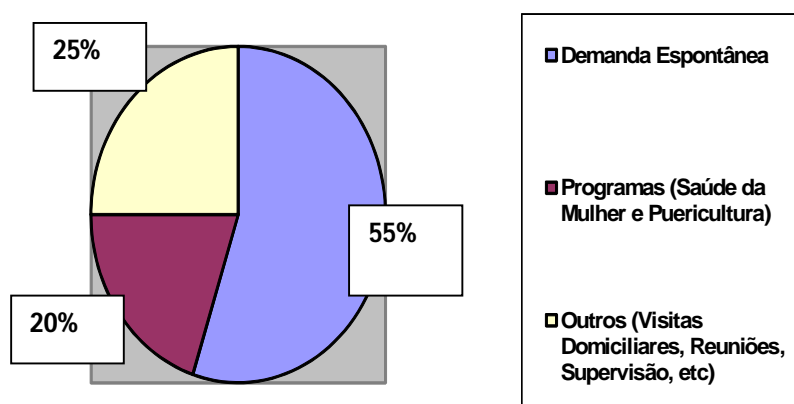
A ESF06 é constituída pelas microáreas 26, 27, 28, 29 e 30 dos setores censitários 244, 248, 249 e 251 da Prefeitura de Belo Horizonte. Possui como área de abrangência cerca de 1300 famílias e 4000 pessoas. Os membros da equipe são: uma médica generalista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A população da área de abrangência da ESF06 é considerada como de médio risco de vulnerabilidade social e possui características diversas: alguns recusam atendimento, outras pessoas possuem planos de saúde, mas mesmo assim utilizam a unidade; há usuários mais elitizados e outros mais carentes; existem dependentes químicos (drogadição na área); crianças que recebem proteção social; ex-presidiários; há uma região considerada área crítica, com tráfico de drogas e violência urbana acentuados. Há muitos barracões de aluguel na área, o que gera

mudanças constantes da população. Além disso, verifica-se a existência de muitas igrejas, comércios, oficinas, bares; vários lotes vagos e construções.

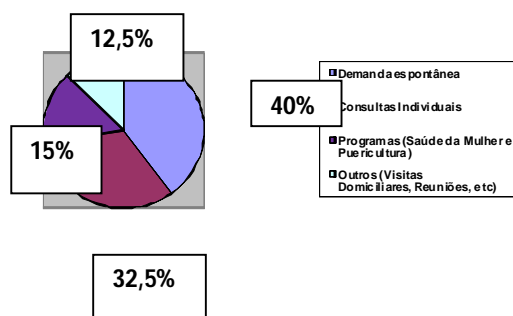
A maioria das atividades da equipe está destinada ao atendimento à demanda espontânea e consultas individuais aos usuários, conforme ilustrado nos gráficos seguintes:

**GRÁFICO 1-** Atividades que compõem a Agenda da Enfermeira ESF06



Fonte: Registros e Impressos da ESF06 do Centro de Glória

**GRÁFICO 2 -** Atividades que compõem a Agenda da Médica Generalista ESF06



Fonte: Registros e Impressos da ESF06 do Centro de Glória



Assim, pelo diagnóstico situacional com obtenção e análise dos dados da Equipe de Saúde da Família em banco de dados do Sistema de Informação, observação ativa do território e entrevistas com informantes-chave foram identificados os seguintes problemas de saúde relacionados à área de abrangência da ESF06 do Centro de Saúde da Regional Noroeste de Belo Horizonte:

- 1) Inexistência de outras atividades para atendimento à população ofertada pela ESF, além de consultas individuais e Visitas Domiciliares (“-demanda intensa na unidade, demora nos atendimentos-”);
- 2) Risco Cardiovascular aumentado (falta de acompanhamento dos Hipertensos conforme protocolo);
- 3) Falta de acompanhamento dos Diabéticos conforme protocolo;
- 4) Falta de controle das mulheres em idade fértil que necessitam realizar periodicamente o exame preventivo contra o câncer do colo de útero e/ou de mama;
- 5) Falta de critérios consistentes para priorização e melhor acompanhamento dos usuários que realmente necessitam de visitas domiciliares;
- 6) Incompatibilidade dos dados da equipe com o Sistema de Informação;
- 7) Pouco conhecimento dos profissionais em relação ao uso dos Protocolos em Prontuários Eletrônicos;
- 8) Acúmulo de lixo nas ruas;
- 9) “Vontade política” mínima dos trabalhadores de saúde e população;
- 10) Baixo nível de alfabetização das crianças de 7 a 14 anos (17,45% nas escolas segundo SIAB);
- 11) Pouca área de lazer na região;
- 12) Áreas de drogadição e violência na região (DIAGNÓSTICO SITUACIONAL, 2011)

Devido à relevância do assunto e poder de governabilidade da equipe, priorizou-se o seguinte problema: Inexistência de outras atividades para atendimento à população, ofertadas pela equipe, além de consultas individuais e Visitas Domiciliares.

O principal problema considerado remete às dificuldades relatadas por todos os informantes-chave e também salientado na observação ativa em relação a acessibilidade, cobertura e qualidade dos serviços de saúde, devido demanda intensa da população na unidade, demora no agendamento de consultas e atendimento da população. Como propostas citadas pelos informantes-chave estão: a criação de outro Centro de Saúde, nova UPA e/ou Hospital; investimento em áreas de lazer na região para “aliviar a sobrecarga na unidade”.

Considera-se ainda a predominância da população adulta e do sexo feminino na área de abrangência da ESF06 do CS da Regional Noroeste de Belo Horizonte, destaque para as doenças crônico-degenerativas (Hipertensão e Diabetes) com atendimento prioritário apenas por consulta médica na unidade, ou seja, sem acompanhamento integral e conforme protocolos (o que inclui consultas de enfermagem individuais e atividades coletivas); grande número de gestantes em comparação com as outras equipes (déficit em relação às orientações quanto planejamento familiar?), baixa adesão das mulheres em idade fértil para realização do exame citopatológico e mamografia periodicamente (pouca informação? baixa captação?).

Além disso, recentemente foi aprovada a divisão das equipes para duas unidades de saúde. A ESF06 ficará na outra unidade de saúde designada “Casa de Apoio”, mais próxima da área de abrangência, o que tende a aumentar ainda mais a demanda por atendimentos na unidade.

Assim, acredita-se que encontros dos profissionais da ESF06 com a população em atividades coletivas poderão ser importantes momentos para esclarecimentos de dúvidas e repasse de informações, ampliação do vínculo entre integrantes da equipe e usuários, incentivo a corresponsabilização, prevenção de doenças e promoção à saúde. Além disso, acredita-se que tais atividades coletivas poderão contribuir para minimizar os principais problemas apresentados no Diagnóstico Situacional.

A proposta de criação de atividades coletivas de promoção à saúde e/ou Atendimento Compartilhado à população representam estratégias importantes para qualificar a assistência à saúde aos usuários e favorecer a corresponsabilidade dos mesmos frente aos problemas de saúde. Os processos grupais e a participação da

comunidade favorecem um canal importante de comunicação entre os profissionais e os usuários, valorizando a interação, o engajamento e o vínculo.

Busca-se pelo seguinte trabalho a criação de novas estratégias de organização do processo de trabalho de uma Equipe de Saúde da Família com o intuito de possibilitar novos espaços integrativos entre usuário e profissional de saúde de forma que ocorra troca de informações e experiências, busca por novos conhecimentos e incentivo à adoção de hábitos de vida saudáveis, dentre outros.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1.1 Geral:**

Elaborar um plano de ação para reorganização do processo de trabalho na ESF06 de um Centro de Saúde da Regional Noroeste de Belo Horizonte, objetivando oferta de ações coletivas de promoção da saúde à população.

### **2.1.2 Específicos**

→ Redefinir as atividades ofertadas à população presentes na Agenda da ESF06 do Centro de Saúde da Regional Noroeste de Belo Horizonte;

→ Planejar atividades coletivas de promoção à saúde com a população;

→ Planejar a inclusão de atendimento compartilhado à população.

### 3 METODOLOGIA

O trabalho foi realizado a partir da revisão de literatura relacionada ao tema, utilizando como descritores: atenção primária à saúde, promoção da saúde, processos grupais, participação social e enfermagem em saúde comunitária.

As bases de dados para seleção dos artigos científicos ou dissertações foram a Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e o *Scientific electronic library on line* (SciELO). Os artigos foram selecionados a partir da associação com o tema proposto e aqueles publicados após o ano de 1990.

A revisão de literatura “tem papel fundamental no trabalho acadêmico, pois é através dela que você situa seu trabalho dentro da grande área de pesquisa da qual faz parte, contextualizando-o” (SANTOS, 2006, p. 2).

Assim, foram relacionados os principais aspectos encontrados na literatura com os assuntos relevantes ao tema referente ao Processo de Trabalho em Saúde, Planejamento e Avaliação das ações em saúde e Práticas Pedagógicas em Atenção Básica.

Em um segundo momento foi desenvolvido um plano de ação a fim de reestruturar a Agenda da ESF 06 do Centro de Saúde Glória de forma a incluir ações de Promoção à Saúde e Atendimentos compartilhados à população.

## 4 DESENVOLVIMENTO

### 4.1- A Estratégia de Saúde da Família

Durante o século XX, o hospital e o profissional médico ocuparam uma posição de centralidade na organização dos sistemas de saúde de praticamente todos os países do ocidente. Ao longo dos anos, com o aumento da clientela, a ampliação do acesso aos serviços e o aumento dos custos relacionados a uma Medicina Hospitalar cada vez mais especializada e equipamento-dependente verificou-se um aumento de gastos considerável na assistência à saúde. Entretanto, tal aumento de gastos não estava associado a melhores indicadores de saúde (FARIA, 2010, p. 19, 24 e 25).

Em 1978, na Conferência de Alma-Ata (Casaquistão), a OMS lançou o programa Saúde Para todos do ano 2000.

Essa proposta implicava uma outra filosofia e toda uma reorientação da organização dos serviços de saúde e procurava dar ênfase à prevenção das doenças e à promoção da saúde, pressupondo também, a participação comunitária, a intersectorialidade para a abordagem dos determinantes sociais da doença, a atuação em equipes multidisciplinares e incorporando toda uma racionalidade no uso e dispensação de serviços de saúde que valoriza o conjunto de trabalhadores que trabalham na atenção primária (FARIA, 2010, p. 26).

O Brasil, influenciado por ideais contrários à medicina hospitalar e também devido a crise da previdência social, dentre outros, passou a criar estratégias de reorientação do modelo assistencial.

Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) houve discussão sobre o tema “Democracia é Saúde” e constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986). Era um momento chave do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e da afirmação da indissociabilidade entre a garantia da saúde como direito social irrevogável e a garantia dos demais direitos humanos e de cidadania. O relatório final da 8ª CNS lançou os fundamentos da proposta do SUS (BRASIL, 1990a).

No final dos anos 80, de acordo com Faria (2010) instituía-se no Ceará o programa de Agentes Comunitários de Saúde. Em 1991, criou-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em todo o território nacional.

Conforme afirma Faria (2010) na década de 90, com a criação das leis nº. 8142 e nº. 8080 observou-se uma mudança de concepção, em especial, no conceito de saúde (não reconhecida mais apenas como ausência de doença, mas concebida mediante questões sociais, de lazer, moradia, etc). O Sistema Único de Saúde (SUS) surge, então, com princípios inovadores, tais como a universalidade, equidade, integralidade, controle social. A saúde começou a ser considerada como o direito de todos e dever do Estado.

Em 1994, tendo como referência as experiências desenvolvidas em países como Canadá, Cuba e Inglaterra e em função dos bons resultados obtidos com o PACS, criou-se o PSF, que institui uma equipe mínima e uma nova lógica para o processo de trabalho em saúde, em equipe, visando a um modelo centrado nos problemas dos indivíduos e suas famílias. O PSF significou a adoção de uma postura mais ativa dos serviços de saúde frente aos riscos e danos aos quais se viam submetidas as populações dos territórios sob sua responsabilidade. A edição da Norma Operacional Básica do SUS nº 01 de 1996 (NOB 96) enfatizou a Atenção Básica à Saúde como eixo estruturante do modelo de atenção do SUS ao adotar o PACS/PSF como estratégia fundamental na organização das ações de atenção básica (FARIA, 2010, p.38-39).

O Programa de Saúde da Família (PSF) é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais no nível primário da assistência. Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e fim e tal estratégia não prevê tempo para finalizar esta reorganização.

A ESF prevê o trabalho em equipe para uma população adscrita a uma determinada área de abrangência. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 7) “a equipe mínima é composta de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde”. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção/acompanhamento da situação de saúde desta comunidade.

As equipes devem estar preparadas para:

1. Conhecer a realidade das famílias sob sua responsabilidade, com ênfase para as características sociais, demográficas e epidemiológicas;
2. Identificar as situações de risco e vulnerabilidade às quais a população está exposta;
3. Identificar os problemas de saúde prevalentes;
4. Elaborar, junto à população, um plano de atuação capaz de enfrentar os determinantes do processo saúde/doença;
5. Promover a assistência, de forma contínua e racionalizada, às demandas espontâneas e organizada;
6. Resolver, por meio de critérios científicos e com equidade, no limite das possibilidades do sistema, as situações de referência e contra referência detectadas;
7. Desenvolver metodologias pedagógicas que permitam a introdução do autocuidado junto aos usuários;
8. Promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados (FARIA, 2010, p.44-45).

Assim, para o desenvolvimento das atribuições necessárias pela equipe visando à manutenção da saúde e qualidade de vida da população, é importante o desenvolvimento de algumas atividades na ESF, tais como: consultas individuais do enfermeiro e médico (incluindo puericultura, pré-natal, realização de exame preventivo contra o câncer do colo do útero); visitas domiciliares (em especial, àqueles usuários com limitações para realização das atividades de vida diária e/ou instrumentais, além daqueles com dificuldades para locomoção), cadastramento das famílias pelos ACS, trabalhos coletivos (prevenção de doenças, promoção da saúde e atendimentos compartilhados).

É importante destacar que ainda há muito que se avançar para que os princípios expostos realmente estejam presentes no cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família. Verificam-se muitas disparidades entre equipes e pouca padronização das atividades (ainda muito curativas centradas), dentre outras dificuldades.

Para que desafios sejam superados, a prestação do serviço e assistência à saúde sejam cada vez mais qualificadas é essencial conhecer a realidade local, manter diagnósticos atualizados da área de abrangência, propor estratégias de ações relevantes para aquela região e desenvolver junto com a população atitudes inovadoras, mais estratégicas e compatíveis com os princípios do SUS.



A partir da identificação de problemas prioritários enfrentados pela população de um espaço territorial pelos profissionais de saúde e o intuito destes em modificar esta realidade existente deve-se considerar ações com pressupostos de busca pelo atendimento integral e equitativo, pela promoção à saúde e prevenção aos riscos e agravos. É necessário considerar os determinantes de cada agravo para intervenções mais acertadas e, sobretudo outras políticas públicas que possam afetar positivamente a saúde e a qualidade de vida.

## 4.2 A Promoção da Saúde

A Promoção da Saúde surgiu como ideário em todo o mundo após crises no setor saúde, em especial àquelas decorrentes dos gastos exacerbados com a medicina curativa e hospitalar centrada.

Em 1974, o Ministro da Saúde e Bem-Estar do Canadá, Marc Lalonde publicou um documento com o título “Nova Perspectiva sobre a Saúde dos Canadenses”, propondo mudanças no setor saúde, objetivando minimizar os riscos de saúde mental e física e melhorar o acesso da população à atenção à saúde. Como consequência deste documento, que passou a ser conhecido como “Informe Lalonde”, foi organizada a Conferência de Alma Ata que ocorreu em 1978 – Primeira Conferência Internacional sobre Assistência Primária. O Informe Lalonde (1974) e a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), que resultou na Carta de Ottawa, representaram os principais marcos da evolução do conceito de promoção da saúde e da formulação de novas estratégias para implementá-la (TESSER, 2010, p.5).

Após tais eventos, a promoção da saúde foi definida, então, como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

No Brasil, o ideário da promoção da saúde tem se destacado desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. No SUS, em especial na ESF, as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde constituem-se requisitos fundamentais para a organização das ações e serviços.

Em 2006, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde. Neste documento definiram-se as responsabilidades de cada esfera de gestão (federal, estadual, municipal), além de especificar ações estratégicas para a incorporação de tal concepção.

Através da Política Nacional de Promoção da Saúde foram priorizadas as ações voltadas para a própria divulgação e implementação da Promoção da Saúde, tais como: alimentação saudável; a adoção da prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção à violência e cultura de paz; promoção do desenvolvimento

sustentável (BRASIL, 2010)

Retornando à Carta de Ottawa, observa-se que o ativismo em promoção da saúde dirige-se:

- . à elaboração de uma política pública sã;
- . à criação de ambientes saudáveis: geração de condições de trabalho e vida agradáveis, seguras e estimulantes;
- . ao reforço da ação comunitária: participação efetiva e concreta da comunidade na fixação de prioridades, na tomada de decisões e na elaboração e implantação de estratégias de planificação para alcançar um melhor nível de saúde. A força motriz deste processo provém do poder real das comunidades, da posse e do controle que tenham sobre seus próprios esforços e destinos;
- . ao desenvolvimento de aptidões pessoais: favorecer o desenvolvimento pessoal e social proporcionando informações, educação sanitária e aperfeiçoando as aptidões pessoais indispensáveis para a vida.
- . à reorientação dos serviços de saúde, de tal forma que transcenda a mera responsabilidade de proporcionar serviços clínicos e médicos. Esses serviços devem tomar uma nova orientação que seja sensível e respeite as necessidades culturais dos indivíduos (FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2008, p. 7).

A Promoção da Saúde representa, atualmente, uma das principais estratégias de mudança nos modelos tecnoassistenciais. De acordo com Sena *et al.* (2008), tal estratégia sinaliza novos saberes e fazeres que ampliam as alternativas de qualidade de saúde e vida da população, de intervenção junto aos sujeitos e da compreensão do processo saúde-doença como produção social.

No entendimento do processo saúde-doença verifica-se que as condições econômicas e sociais nas quais se incluem renda, educação, emprego, desenvolvimento infantil, cultura, gênero, condições ambientais afetam consideravelmente a saúde. Tais condições são consideradas determinantes sociais de saúde.

De acordo com Charles (2006), vários estudos epidemiológicos revelam que uma grande parte dos problemas de saúde causadores de morte e morbidade está relacionada com o estilo de vida, no qual se incluem os comportamentos de saúde. Dentre as condutas nocivas para a saúde estão, por exemplo, o consumo de drogas (tabaco, álcool e drogas psicotrópicas); o sedentarismo; a alimentação desregrada (excesso de gorduras inadequadas e hidratos de carbono, poucas fibras e

vitaminas).

Assim, se o estado de saúde está diretamente relacionado com o comportamento das pessoas, devem-se procurar as vias mais adequadas para promover a adoção de comportamentos saudáveis ou alteração de condutas prejudiciais. Para isso é necessário compreender os fatores determinantes dos estilos de vida das pessoas. Segundo Mendoza, Pérez e Foguet (1994) citados por Charles (2006), os estilos de vida estão relacionados com uma complexa constelação e interação de fatores biológicos, psicológicos, micro e macrosociais e ambientais.

Neste sentido, Fleury-Teixeira *et al.* (2008) afirmam que a promoção da saúde é a atuação para a ampliação do controle ou domínio dos indivíduos e comunidades sobre os determinantes de sua saúde. Identifica-se aí o eixo das ações promotoras de saúde, que permite localizar a autonomia como categoria norteadora da atuação em promoção da saúde. Pode-se dizer, portanto, que a promoção da saúde busca ampliação da autonomia de indivíduos e comunidades; ou seja, o cerne da proposição de *empowerment* individual e coletivo.

Verifica-se, entretanto, uma complexidade de causas possíveis que determinam comportamentos humanos. Conforme Charles (2006), tal fato releva a necessidade de atuar em todas as esferas, sistemas e subsistemas da vida humana, para se obterem mudanças de comportamento efetivas, sustentáveis e duradouras. Uma forma de intervir nas várias esferas da vida das pessoas no sentido de promover a adoção de comportamentos saudáveis é a Educação para a Saúde.

A Educação para a Saúde, pelo impacto positivo que pode ter na saúde das pessoas, deve ser um direito de todos os cidadãos em qualquer fase da sua vida, conforme está reconhecido na carta de Ottawa (WHO, 1986). Deve começar na família, continuar em todas as fases do sistema de ensino (desde o básico até ao universitário), prolongar-se no local de trabalho, na comunidade, promovendo e reforçando as políticas de promoção da saúde.

A promoção para a saúde, através da educação para a saúde, constitui uma estratégia chave de atuação sobre os determinantes da saúde de modo a favorecer e reforçar os hábitos de vida saudáveis.

Conforme Combinato *et al.* (2010), por meio dos programas de Educação para a Saúde prepara-se o indivíduo para que seja capaz de cuidar da sua própria saúde e de seus semelhantes, além de possibilitar a adoção de um estilo de vida designado “saúde positiva” que envolve o desenvolvimento de todas as habilidades físicas, mentais e sociais.

As atividades de promoção da saúde visam a superar práticas educativas pautadas exclusivamente nas doenças, com vistas às orientações centradas no comportamento individual e no autocuidado. Não obstante, Combinato *et al.* (2010) afirmam que as atividades coletivas não devem abordar temas apenas como problemas, mas como do ser humano, pois as atividades de promoção de saúde estão diretamente relacionadas com a construção da subjetividade e com o desenvolvimento da consciência tanto individual quanto social.

As práticas de Promoção da Saúde precisam ser planejadas de forma que a população possa se sentir também responsável pelo processo saúde-doença e, assim, adotar postura e modo de vida saudáveis. Kahhale (2003) enfatiza três momentos interdependentes no processo de promoção da saúde: informação, reflexão e ação:

[...] a informação é o primeiro passo para assumir controle e responsabilidade das ações de saúde, que deverá ser seguida de reflexão e organização individual e dos diferentes grupos que compõem a comunidade para as ações se efetivarem (KAHHALE, 2003, p. 171).

No entanto, qualquer ação não pode ser isolada e nem deve ser ao cargo de uma única instituição ou entidade. É importante a conjugação de esforços internos (intrainstitucional) e externos (comunidade), em que o envolvimento e participação comunitária são fundamentais.

Dias e Magalhães Junior (2008) afirmam que após a compreensão do processo saúde/doença em toda a sua complexidade, com seus nexos causais diversos e na sua determinação social, com indivíduos e populações apresentando riscos desiguais de adoecer e morrer pode-se compreender também a importância da interação das ações e intervenções do setor saúde com outros setores que elaboram e implementam políticas públicas. Esta visão rompe com o isolamento do setor saúde e o inclui em outro horizonte político, trabalhando institucionalmente a intersetorialidade e construindo efetivamente políticas públicas eficazes, resolutivas e que de fato atendam às necessidades da população.

A existência de equipes de saúde da família potencializa a ação de saúde já que se promove a criação de vínculos com a responsabilização por uma população adstrita. As equipes podem agir com as outras políticas intersetoriais e em outros momentos pode ser referência e contrarreferência.

A prática da atenção básica em saúde pode, portanto, ser promotora de saúde de vários modos e por vários mecanismos, entre eles:

- . ampliação do acesso popular ao conhecimento sobre os determinantes da saúde e sobre os mecanismos e processos para intervenção sobre os determinantes da saúde;
- . implemento do autocuidado e dos cuidados com dependentes: capacitação e desenvolvimento, por parte dos indivíduos da comunidade local, de práticas reconhecidas como de cuidado com a saúde, própria e de dependentes, como crianças e idosos, e de comportamentos reconhecidos como saudáveis;
- . participação popular deliberativa: implantação e desenvolvimento de mecanismos efetivos de deliberação popular;
- . inclusão social:
  - . atuação coletiva para ampliar o acesso a bens e serviços que permitam a intervenção dos indivíduos da comunidade sobre os determinantes de sua saúde e o desenvolvimento de comportamentos reconhecidos como saudáveis. Acesso à educação e bens culturais, renda, melhores condições de trabalho, áreas de lazer e preservação ambiental, atividades lúdicas e de convivência, meios de transporte, etc.;
  - . absorção social de grupos excluídos;
  - . redes sociais de proteção e cuidado recíproco: implantação e desenvolvimento de iniciativas de proteção e cuidado recíproco na comunidade. Implantação e desenvolvimento de mecanismos de interação entre as diversas iniciativas neste sentido no território em questão (FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2008, p. 9-10).

Desta forma, verifica-se que o ideário da Promoção da Saúde permeia a prática da atenção primária em saúde através de vários mecanismos. Além de representar uma estratégia importante para o entendimento da população sobre o processo saúde-doença e sua corresponsabilização pode contribuir também para a diminuição da demanda dos usuários após o adoecimento e melhoria dos indicadores de saúde da região.

### 4.3. Plano de Ação

**Quadro1:** Plano Operativo de Planejamento para Implantação de atividades coletivas de Promoção da Saúde pela ESF06 do CS Glória em Belo Horizonte

<b>Operações</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<p><b>Educação Permanente em Saúde</b></p> <p>Criar espaços na agenda para capacitação de pessoal e estudo dos protocolos da PBH.</p>	<p>Promover o conhecimento e atualização contínua de todos os profissionais da ESF06 quanto às principais comorbidades que afetam a população da área de abrangência, os determinantes sociais de saúde e protocolos existentes, dentre outros.</p>	<p>- Busca de materiais didáticos atualizados;</p> <p>- Busca de dados atualizados sobre a população da área de abrangência pelo Sistema de Informação;</p> <p>- Estudos individuais;</p> <p>- Capacitações</p>	<p>Enfermeira e Médica (aguarda lotação)</p>	<p>Dois meses para o início das atividades</p>
<p><b>Planejar melhor</b></p> <p>Reorganizar a Agenda da Equipe de Saúde da Família (ESF06 do CS Glória) de forma a dar ênfase também às ações de promoção da saúde e prevenção das doenças.</p>	<p>Reorganizar as atividades dos profissionais da equipe de modo que contenham na Agenda, além das consultas individuais (prioritariamente médica e Programas – Saúde da Mulher, Puericultura) e Visitas Domiciliares, outras</p>	<p>- Reuniões com a gestão local e integrantes da Equipe de Saúde da Família (ESF06) para planejamento das ações;</p> <p>- Agenda reformulada da ESF06 com inclusão de</p>	<p>Gestão local da Unidade Básica de Saúde e integrantes da ESF06</p>	<p>Três meses para o início das atividades</p>



	atividades que envolvam discussões e ações coletivas de promoção à saúde junto com a população.	atividades coletivas de promoção da saúde;		
<p><b>Mais discussões e ações coletivas</b></p> <p>Modificar o processo de trabalho da equipe de forma a desenvolver atividades de discussões e ações coletivas de promoção da saúde e prevenção de agravos à população.</p>	<p>Diminuir a demanda espontânea e consultas individuais essencialmente médicas;</p> <p>Garantir ações conforme previstas nos protocolos para melhor acompanhamento dos usuários da área de abrangência.</p>	<p>- atendimentos compartilhados com a população;</p> <p>- Espaço coletivo “Saberes ao Luar” com discussão de temas diversos com a população, tais como: qualidade de vida, hábitos de vida saudáveis e outros.</p>	Profissionais da ESF	Apresentar o projeto em três meses; seis meses para início das atividades.
<p><b>Viver com mais saúde e informação</b></p> <p>Atuar junto à população sobre os determinantes do processo saúde-doença, modificar hábitos e estilos de vida, aumentar a oferta de atividades alternativas e</p>	<p>Diminuir a procura pela unidade de saúde apenas quando estiver com alguma queixa aguda; população mais informada sobre hábitos que interferem na qualidade de vida e existência de outras atividades além de consultas médicas individuais.</p>	<p>- Conhecimento dos profissionais e população sobre hábitos de vida saudáveis e qualidade de vida.</p>	Profissionais da ESF	Início em quatro meses, avaliação a cada encontro.

ampliar o nível de informação da população sobre qualidade de vida.				
<p><b>Corresponsabilização no processo saúde-doença</b></p> <p>Desenvolver metodologias pedagógicas que permitam a introdução do autocuidado junto aos usuários de forma a permitir a co-responsabilização no processo saúde-doença.</p>	Estimular os profissionais e usuários a entenderem a importância da participação conjunta no processo de promoção à saúde.	<p>- Reflexão sobre corresponsabilização;</p> <p>- Espaço coletivo “Saberes ao Luar” com discussões sobre autocuidado entre integrantes da equipe e população;</p> <p>- Desenvolvimento de técnicas de terapia centrada no cliente e Entrevista Motivacional em espaços coletivos</p>	Profissionais da ESF e População	Início em quatro meses, avaliação a cada encontro.
<p><b>Mais interdisciplinaridade e Intersetorialidade</b></p> <p>Aumentar a articulação entre diversos saberes profissionais e</p>	<p>Promover mais atividades que envolvam vários profissionais e ações intersetoriais.</p> <p>Criar estratégias na tentativa de resolução de problemas</p>	<p>- Busca ativa sobre equipamentos sociais da área de abrangência;</p> <p>- Listagem dos equipamentos sociais da área</p>	Profissionais da ESF, setores sociais, população.	Cinco meses para apresentação do projeto; nove meses

<p>outros setores/espacos sociais de forma a facilitar o enfrentamento de problemas de baixa governabilidade pela equipe de saude da familia.</p>	<p>complexos que prejudicam a promocao da saude.</p>	<p>de abrangencia, com endereco, telefone e atividades desenvolvidas; - Referencias e contra referencias entre ESF e setores sociais da regio; - Integracao entre ESF, populacao e Setores Sociais em acoes coletivas.</p>		<p>para inicio das atividades</p>
---	--	--	--	-----------------------------------

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) representa uma forma de organização da Atenção Primária de Saúde com potencial para a superação do modelo assistencial biomédico centrado. Aliada aos princípios do SUS, a ESF deve contemplar também ações coletivas que estimulem a promoção da saúde pela população, conhecimento sobre os determinantes do processo saúde doença e hábitos de vida saudáveis.

É imprescindível que a equipe de saúde da família mantenha o diagnóstico situacional atualizado da área de abrangência, incluindo os determinantes de saúde e da doença da população adstrita, as condições de vida e trabalho dos indivíduos, os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que podem influenciar na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Esses determinantes servem para subsidiar o planejamento do processo de trabalho de uma equipe de saúde.

O processo de trabalho de uma equipe de saúde deve ser modificado permanentemente de forma que os objetivos dos profissionais em promover melhores condições de saúde e de vida, além de prevenir agravos, sejam compatíveis com os determinantes de saúde e doença da população da área de abrangência. Sem isso, não há vínculo com os usuários e a promoção/recuperação da saúde, prevenção de agravos não podem ser alcançados, ou seja, os resultados/produtos do trabalho tendem ao fracasso.

A inclusão de espaços coletivos de promoção da saúde e atendimentos compartilhados à população constituem estratégias para estimular o autocuidado dos usuários, a autonomia dos indivíduos e incentivar a cor-responsabilização no processo saúde doença.

O Planejamento Estratégico é essencial para a introdução de mudanças de maneira responsável e melhoria no processo de trabalho de forma a alcançar maior satisfação tanto para os profissionais quanto para a população.

O fortalecimento da intersectorialidade constitui-se em um desafio na ESF, porém é imprescindível para ampliação das possibilidades de atuação e sucesso na resolução dos casos mais complexos e de baixa governabilidade pelas equipes.

Além desse, são vários os desafios que as equipes de saúde da família tentam superar no dia a dia do processo de trabalho. O trabalho em equipe, a perseverança, o conhecimento da área de abrangência e ampliação do vínculo entre profissionais e população são facilitadores para o enfrentamento de problemas e desenvolvimento de avanços.

## REFERÊNCIAS

BEATO, M. S. da F.; STRALEN, C. J. V; PASSOS, C. F. Uma análise discursiva sobre os sentidos da Promoção da Saúde incorporados à Estratégia Saúde da Família. **Interface – Comunicação, saúde, educação**. v.15 n.37. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 648, de 28/03/2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica** e Anexo (Política Nacional de Atenção Básica). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde .Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

CAMPOS, F. C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde** - 2 ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

CHARLES, A.N.A. **Determinantes de Saúde e Promoção para a saúde uma abordagem para a melhoria do estado de saúde das populações**. Texto preparado por Ana Charles (MD, MPH, Chefe do Departamento da Saúde Ambiental) Apresentado no XXXII Conselho Nacional Coordenador de Saúde, Março de 2006.

COMBINATO, D. S, et al. Grupos de Conversa: saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. **Psicologia e Sociologia**. v.22, n.3, Set-Dez. 2010.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório final**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1986.

DIAS, M. A. DE S.; MAGALHÃES JUNIOR, H.M.. Intersetorialidade:um olhar da saúde. **Revista eletrônica mensal da SMSA-PBH**. Ed. nº 23. Novembro, 2003.

FARIA, H. P. et al. **Modelo Assistencial e atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010, 68p.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde? In: ZANCAN, L. et al (Org.). **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local**: a experiência em Manguinhos – RJ. Rio de Janeiro: Abrasco; Fiocruz, 2002.

FLEURY-TEIXEIRA, P., VAZ, F. A. C., CAMPOS, F. C. D., ÁLVARES, J., AGUIAR, R. A. T., & OLIVEIRA, V. A. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13,(Supl. 2),p: 2115-2122, 2008.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. PSF: contradições de um programa destinado a mudanças do modelo assistencial. In: MERHY, E.E. et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p.55-124.

ROSA, R. B.; PELEGRINI A. H. W. LIMA, M.A. D. DA S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online) v.32 n..2 Porto Alegre June 2011

SANTOS, L. F. A. dos. **Apostila Metodologia da Pesquisa Científica II**. Itapeva, 2006.

SENA, R. R. de; SILVA, K. L; GRILLO, M.J.C; HORTA, N.C.; PRADO, P.M.C. Abordagem da Promoção da Saúde na formação do enfermeiro no curso de enfermagem da Puc Minas Betim. In: BRITO, R. F; MORAES, R. M. de S. (Org). **Educar para a saúde**: experiências do laboratório de educação para a saúde no curso de Enfermagem da PUC Minas em Betim: Pró-Saúde: integração ensino-serviços de saúde. Belo Horizonte: Editora Puc Minas, 2008.

SOUZA, R. F. de; ABRAHÃO, A. L. **Reflexão sobre o Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família**. 2010.

TESSER, Charles D., et al. Concepções de Promoção da Saúde que permeiam o ideário de equipes da Estratégia Saúde da Família da Grande Florianópolis. **Saúde Pública**. Santa Catarina, ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.