

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

TASSIANA ROSÁRIA SOARES COSTA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A REDUÇÃO DA DEMANDA
ESPONTÂNEA VOLTADA AO ATENDIMENTO MÉDICO EM UMA
ESF DO MUNICÍPIO DE SARZEDO, MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte/MG
2015**

TASSIANA ROSÁRIA SOARES COSTA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A REDUÇÃO DA DEMANDA
ESPONTÂNEA VOLTADA AO ATENDIMENTO MÉDICO EM UMA
ESF DO MUNICÍPIO DE SARZEDO, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof.^a Liliane da Consolação Campos Ribeiro

**Belo Horizonte/MG
2015**

TASSIANA ROSÁRIA SOARES COSTA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A REDUÇÃO DA DEMANDA
ESPONTÂNEA VOLTADA AO ATENDIMENTO MÉDICO EM UMA
ESF DO MUNICÍPIO DE SARZEDO, MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Prof.^a Liliane da Consolação Campos Ribeiro

Banca examinadora:

Prof.^a Liliane da Consolação Campos Ribeiro - UFVJM - Orientadora

Prof. Alisson Araújo - UFSJ - Examinador

Aprovado em Belo Horizonte, em 31 de janeiro de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus queridos pais e a minha madrinha Aparecida que hoje estaria orgulhosa e muito feliz em saber que os sonhos que partilhamos se fizeram reais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela dádiva deste momento, por me permitir percorrer caminhos nunca antes sonhados e me possibilitar conhecer pessoas especiais, que me auxiliam em um aprendizado de vida constante. Obrigada Pai, por investir em mim para que se cumpram Teus planos de amor nesta terra.

Aos meus pais, Maria da Penha e Antônio, pelo amor incondicional, pelo exemplo de vida e simplicidade e por estarem sempre ao meu lado, me apoiando em todas as minhas decisões.

A duas grandes pessoas que tive o privilégio de conviver por poucos meses, meus colegas de PROVAB, Cecília e Tiago. Obrigada pela cumplicidade e pela troca de saberes e experiências.

Aos profissionais de saúde e a todos os funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Sarzedo pela acolhida, pelos ensinamentos e pelos momentos de trabalho compartilhados.

Aos professores e tutores do CEESF, em especial, à minha orientadora, Dra. Liliane da Consolação Campos Ribeiro, pela disponibilidade, empenho, incentivo e pelo conhecimento transmitido.

A todos que me apoiaram e contribuíram, de forma direta ou indireta, para a concretização deste projeto.

Uma formiga que se move faz mais que um boi dormindo.

(Provérbio Mexicano)

RESUMO

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Centro, localizada no município de Sarzedo/MG, a elevada demanda populacional em busca de atendimento médico foi considerada um problema prioritário, uma vez que 88,56% dos usuários que compareceram à unidade no mês de julho de 2014, tinham o intuito de serem direcionados à consulta médica. Diante desta realidade, o presente estudo teve por objetivo elaborar um projeto de intervenção para reduzir a excessiva demanda espontânea voltada ao atendimento médico. Para sustentar a elaboração das propostas de intervenção e para o embasamento do plano de ação, foi realizada uma revisão bibliográfica a partir da análise de artigos científicos. Partindo-se das causas do referido problema, foram definidas propostas para sua resolução. Dentre elas estão: a capacitação da equipe para conscientização da população sobre os princípios e funcionamento da ESF; a promoção de práticas educativas objetivando a autonomia e empoderamento dos usuários; a educação permanente da equipe com vistas a promover uma mudança na prática clínica; e a promoção de encontros com os usuários para o aumento do vínculo e da troca de saberes. Sabe-se que desconstruir práticas e promover mudanças de pensamentos e atitudes não é tarefa fácil. Logo, a execução do plano de ação proposto é apenas o primeiro passo em direção a consideráveis transformações, que objetivam não só a redução da demanda populacional por atendimento médico, mas também melhorias na função resolutiva da atenção primária, com uma assistência mais eficiente e satisfatória que vise às reais necessidades de saúde dos indivíduos e suas famílias.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

In the Family Health Strategy (FHS) Center, located in the municipality of Sarzedo / MG, the high population demand for medical care was identified as a priority problem, since 88.56% of users who showed up in the month of July 2014, had the purpose of being directed to medical consultation. Given this reality, the present study aimed to develop an intervention project aimed to reduce excessive spontaneous demand to medical care. To support the development of action points and the basis of the action plan, a literature review based on an analysis of scientific literature was conducted. Starting from the causes of this problem, proposals have been defined for its resolution. These include: training of staff for public awareness of the principles and operation of the FSH; the promotion of educational practices aimed at autonomy and empowerment of users; continuing education for the staff in order to promote a change in clinical practice; and the promotion of meetings with users to increase the bond and exchange of knowledge. It is known that deconstruct practices and promoting change in thoughts and attitudes is not easy. Therefore, the implementation of the proposed action plan is only the first step toward large changes, which aim not only to reduce the population demand for medical care, but also improvements in the resolution function of primary care, with a more efficient and satisfactory service aimed at the real health needs of individuals and their families.

Key-words: Primary Health Care. Family Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Desenho das operações para a redução da demanda espontânea em busca de atendimento médico na ESF-Centro, do município de Sarzedo/MG.....	24
Quadro 2 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema da excessiva demanda espontânea em busca de consulta médica	26
Quadro 3 – Atores sociais responsáveis pelo controle de recursos críticos e ações estratégicas para motivá-los	26
Quadro 4 – Plano Operativo	27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVO	13
4 METODOLOGIA	14
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	24
6.1 Identificação dos Recursos Críticos	25
6.2 Análise da Viabilidade do Plano	26
6.3 Elaboração do Plano Operativo	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

Localizado na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, o município de Sarzedo possui população estimada em 28.625 habitantes distribuídos em aproximadamente 7.330 domicílios/famílias (IBGE, 2010). A população é predominantemente urbana, sendo que 98,9% vivem na cidade e apenas 1,1% na área rural. Dos moradores urbanos, 99,1% contam com o serviço de coleta de resíduos e 92,9% tem energia elétrica distribuída pela companhia responsável. Ainda em relação aos dados obtidos em 2010, 94,6% dos moradores tem acesso à rede de água e 85,5% possuem formas de esgotamento sanitário consideradas adequadas (rede geral ou fossa séptica). O percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos, em 2010, era de 98,7%, maior do que a média Estadual. Em 2011, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) do município foi de 6,3 quando avaliados os alunos da 4ª série, enquanto o IDEB nacional foi de 4,7. A mineração é uma das principais atividades econômicas do município, seguida pela agricultura que é uma importante fonte de renda para os que vivem no campo. Toda população (100%) recebe assistência à saúde através do SUS e tem como porta de entrada preferencial a este sistema as 08 (oito) equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) implantadas.

Uma dessas é a Equipe de Saúde da Família Centro é composta por um médico, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais. Importante salientar que, atualmente, tem sido frequente a alta rotatividade, principalmente do profissional médico.

A população adscrita é de 2.521 pessoas, abrangendo uma média de 630 famílias divididas em 06 (seis) microáreas, todas relativamente próximas à Unidade Básica de Saúde (UBS), que apresenta boa inserção na comunidade, com fácil localização e acesso.

Apesar de possuir a menor área de abrangência do município, a demanda espontânea na UBS – Centro é considerada excessiva pela equipe de saúde da família local e está relacionada principalmente à busca por atendimento médico. No período da manhã que é quando ocorrem na unidade as ações médicas voltadas exclusivamente à assistência individual, o clínico atende um número restrito de pacientes: são apenas 12 (doze) vagas, sendo que 05 (cinco) já foram previamente preenchidas por meio do agendamento e as outras 07 (sete) vagas ficam reservadas aos usuários que, segundo a avaliação do enfermeiro, necessitam de atendimento clínico mais detalhado.

O médico está presente na unidade de segunda à quinta-feira. Segundo informações coletadas através da ficha D referente ao mês de julho de 2014, nos dias em que houve atendimento médico, foram acolhidos pelo enfermeiro, em média, 16,7 usuários/dia. Porém, esse número caiu para 04 usuários/dia quando o profissional médico não se encontrava na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Outro dado numérico relevante mostra que no referido mês, o quantitativo de atendimentos realizados pelo enfermeiro, entendidos aqui como todas as atividades assistenciais, preventivas e promocionais que este realiza (acolhimento à demanda espontânea, atendimento de grupos, assistência pré-natal, puerperal e puericultura e coleta de exames citopatológicos), foi de 306 usuários. Porém, 88,56% destes (271 usuários) foram à unidade por meio da demanda espontânea no intuito de serem direcionados à consulta médica ou ainda para renovação de receitas e/ou marcação de exames laboratoriais.

Diante desta realidade e após análise e discussão com a equipe, a questão foi encarada como um problema prioritário uma vez que a procura do usuário pelos serviços de saúde prioriza a consulta médica e tem como principal objetivo a busca por exames e medicamentos.

Percebe-se que a população adscrita à ESF-Centro ainda tem como referência o modelo assistencialista, curativista e medicalocêntrico, culturalmente enraizado e explicitado no modo pelo qual se busca e se utiliza os serviços de saúde disponíveis.

A atitude dos usuários em procurar a unidade apenas quando “se sentem doentes”, ou seja, apenas para o diagnóstico e tratamento de condições agudas ou para alívio dos sintomas advindos de condições crônicas, deixa claro o não entendimento por parte da população da real proposta da ESF e da necessidade de uma atenção contínua.

Aliado a isso estão à baixa valorização das práticas voltadas a prevenção e promoção da saúde e o baixo empoderamento dos usuários no que diz respeito a corresponsabilizarem-se pela própria saúde.

Nota-se também um despreparo dos próprios profissionais da equipe que ainda persistem no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, utilizando-se da alta densidade tecnológica para o diagnóstico e com enfoque no tratamento medicamentoso.

Outro ponto que merece ser abordado é que, apesar de os prontuários serem separados por família, o atendimento clínico de forma geral é centrado no indivíduo. Assim, torna-se nítida a falta de preparo da equipe para atuar sob o aspecto da clínica ampliada, com um maior enfoque à abordagem familiar e não apenas ao indivíduo.

2 JUSTIFICATIVA

O presente estudo justifica-se pelo fato de que a excessiva demanda dos usuários traz como consequências:

- O comprometimento da qualidade do trabalho da equipe devido à dificuldade de uma escuta qualificada e à impossibilidade de direcionar maior ênfase às ações de prevenção e promoção à saúde.
- O desgaste profissional, principalmente do enfermeiro, que se vê sobrecarregado diante da demanda volumosa e que, além disso, sofre pressões da população por atendimento médico.
- A fragmentação do processo de trabalho, ferindo um dos princípios da atenção primária que é o da integralidade, que pressupõe que o indivíduo seja atendido em todas as suas necessidades e que as ações não tenham apenas foco no diagnóstico e tratamento de doenças.
- O comprometimento da função resolutiva da atenção primária, tendo em vista que o atendimento às reais necessidades de saúde do indivíduo é ineficiente e pouco satisfatório.
- Usuários insatisfeitos, que após o término do acolhimento acreditam que não foram suficientemente bem atendidos, principalmente nos casos em que o atendimento não é direcionado à consulta médica.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para reduzir a excessiva demanda espontânea voltada ao atendimento médico na ESF – Centro.

4 METODOLOGIA

O presente estudo iniciou-se com a realização do Diagnóstico Situacional de Saúde Local, através do qual foi possível conhecer a realidade atual da ESF – Centro e de sua população adscrita, propiciando, por conseguinte, a identificação dos principais problemas existentes na unidade.

Através da reflexão e análise, feita juntamente com a equipe, foi elaborado um Planejamento Estratégico Situacional (PES) através do qual foi possível determinar um problema prioritário e definir suas possíveis causas, os chamados nós críticos, sobre os quais foram formuladas propostas de enfrentamento.

Os recursos necessários à execução das operações também foram identificados. Além disso, os atores responsáveis por controlar cada recurso foram apontados e foram propostas ações para motivá-los a viabilizar o plano de ação para que o objetivo pretendido fosse alcançado. Foi elaborado também, um plano operativo contendo o nome dos responsáveis por cada operação e o prazo para a execução das atividades.

Objetivando uma melhor compreensão e maior clareza descritiva do problema, foram utilizados dados presentes na ficha de produção mensal do profissional enfermeiro (FICHA D) para levantamento de dados quantitativos referentes à demanda espontânea.

Para sustentar a elaboração de tais propostas de intervenção e para o embasamento do plano de ação, foi realizada uma revisão bibliográfica através da análise de artigos científicos presentes nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), do Scientific Electronic Library Online (SciELO) e da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Foram utilizados como descritores os termos: “Atenção Primária” “Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde” e “Saúde da Família”. Além disso, foram consultadas publicações do Ministério da Saúde referentes à Atenção Básica e publicações disponíveis na biblioteca virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Publicado em 1910, pelo pesquisador e educador norte-americano Abraham Flexner, o livro *Medical Education in the United States and Canada*, mais conhecido como Relatório Flexner, desencadeou profundas mudanças no ensino médico da América do Norte na época. Por meio do celebrado relatório, criou-se o chamado paradigma biomédico flexneriano, tendo, do ponto de vista conceitual, diversas características, entre elas: a perspectiva exclusivamente biológica da doença; o tratamento centrado na medicalização; a estruturação do sistema pela livre demanda e a abordagem reducionista do conhecimento (FILHO, 2010 *apud* LUDMERER, 2010).

Pelos moldes flexnerianos, a ação profissional tende a transformar toda queixa em doença, de caráter unicamente biológico, sem relação com o modo de vida do paciente. Basta-se, portanto, descobrir a causa de determinada enfermidade pela realização de exames laboratoriais e combatê-la através da prescrição de medicamentos ou procedimentos cirúrgicos (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

O referido relatório foi de grande repercussão mundial. Segundo Faria *et al.* (2010), durante o século XX, todos os países do ocidente tinham o profissional médico e os hospitais em uma posição de centralidade na organização dos sistemas de saúde. Com o fim da Idade Média, período em que a assistência tinha como objetivo a salvação das almas, os hospitais foram tornando-se progressivamente um local de doentes e médicos e o indivíduo passou a ser visto como um corpo doente que demandava uma intervenção clínica.

No Brasil, o modelo flexneriano foi implantado a partir da Reforma Universitária, promovida pelo regime militar em 1968 e, ainda nos dias de hoje, possui grande influência na grade curricular. Do ponto de vista pedagógico, é um modelo individualista, tecnicista e hospitalocêntrico, com efeitos nocivos sobre a formação profissional (FILHO, 2010).

Diante desta realidade, partindo-se do pressuposto que um modelo de assistência centrado na doença e na estrutura médico-hospitalar não resolve com eficácia os problemas de saúde da população e reconhecendo a crise do sistema de saúde diante da crescente demanda por atendimento (SANTOS *et al.*, 2008), o Ministério da Saúde cria, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) como uma possibilidade de reestruturação dos serviços, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças (SANTOS 2012 *apud* MERHY; FRANCO, 2000).

Segundo Brasil (1994), o principal objetivo do Programa era:

[...] melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade.

Assim, o PSF surge como uma proposta para mudança da atuação do profissional de saúde, saindo da antiga concepção da medicina curativa, para uma prática que vise à integralidade da assistência, onde o indivíduo é visto como sujeito inserido em um ambiente social, econômico e cultural. O Programa propõe também uma visão mais ativa da intervenção em saúde, que não espera a demanda chegar para ser atendida, mas age sobre ela de forma preventiva numa tentativa de reorganizá-la (SILVA *et al.*, 2011).

A experiência com o Programa trouxe bons resultados e no ano de 1997, ele passa a ser entendido como uma *Estratégia* capaz de reorganizar a prática clínico-assistencial, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades, onde uma equipe multiprofissional habilitada presta assistência integral, contínua, com qualidade e resolubilidade às famílias de um território definido, desenvolvendo atividades de promoção, proteção e recuperação, caracterizando-se como porta de entrada do sistema local de saúde (BRASIL, 1997).

Seu caráter substitutivo fica explicitado pela Portaria nº648/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, reafirmando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como prioritária para reorganização do sistema de saúde no país (BRASIL, 2006).

Mendonça (2009) afirma ser inquestionável a relevância da ESF para o alcance da universalidade, equidade e integralidade dentro do SUS e assegura que países que se organizam a partir de seus princípios, alcançam melhores resultados em saúde, aumentando a satisfação dos usuários e diminuindo as desigualdades sociais. Segundo Campos, Faria e Santos (2012), a ESF tem conseguido gerar impactos positivos na saúde coletiva no Brasil, com melhoria dos indicadores de saúde relacionados à prevenção, à saúde da mulher e à saúde da criança.

Bassani, Mora e Ribeiro (2009) também acreditam que houve considerável melhora no sistema de saúde após a implantação da ESF, além de grandes melhorias nos serviços assistenciais, principalmente devido a uma maior aproximação entre os profissionais de saúde e os usuários, contribuindo para que os serviços se tornassem descentralizados e mais humanizados e resolutivos.

No entanto, apesar dos grandes avanços, o processo de trabalho nas Equipes de Saúde da Família permanece centrado nas doenças, nas práticas curativas e no saber médico,

reproduzindo os preceitos da organização tradicional da assistência (BARALDI; SOUTO, 2010).

Silva, Casotti e Chaves (2013), em seu estudo bibliográfico realizado a partir da análise de 41 artigos científicos referentes à eficácia da ESF como alternativa de mudança no modelo de atenção, apontou que a grande maioria dos autores tem evidenciado certo distanciamento entre o que é preconizado pelo Ministério da Saúde com que ocorre na prática. A pesquisa revelou que são poucos os municípios nos quais a ESF tenha promovido uma real reorganização do sistema de saúde, permanecendo a dificuldade em implementar o caráter substitutivo.

Souza e Abrahão (2010) apontam que muitos problemas do antigo modelo, baseado em uma medicina biologista, como o atendimento médico-centrado e a fragmentação do cuidado, podem ser percebidos ainda hoje. Santos (2012) *apud* Senna (2009) também aponta o reconhecimento da integralidade no atendimento das necessidades de saúde como algo a ser alcançado e que as desigualdades no processo saúde e doença ainda não foram superadas.

Percebe-se, portanto, que a desconstrução de práticas, influenciadas pelo paradigma flexneriano é um dos grandes desafios a serem enfrentados pela ESF na atualidade (COSTA *et al.*, 2009) uma vez que o modelo tradicional, com seu enfoque curativista, ainda é o modelo assistencial predominante no país (MAGALHÃES, 2011 *apud* PAIM, 2002).

Por haver uma nítida tendência medicalizante na interpretação e na intervenção biomédica, a hegemonia do modelo no país acabou desencadeando a chamada “Medicalização Social”, definida por Tesser, Poli Neto e Campos (2010) *apud* Illich (1981), como um processo sociocultural complexo que tende a transformar em necessidades médicas, as vivências e os sofrimentos que antes eram resolvidos de diferentes maneiras no próprio ambiente familiar e comunitário. Como consequência, tem-se um aumento da procura por atendimento médico, exames diagnósticos e medicamentos.

Tesser (2006) e Tesser, Poli Neto e Campos (2010) afirmam que boa parte da demanda espontânea da ESF é caracterizada por problemas de saúde medicalizados. Um grande número de usuários procura os serviços influenciados pelo paradigma curativista culturalmente enraizado, não só na população, mas também na forma como são gerenciados os serviços e na maneira como se dá a atuação dos profissionais de saúde. Estas três vertentes (população, gestão dos serviços de saúde e atuação profissional) acabam pressionando de forma intrínseca, a interação médico-doente.

1ª Vertente – População

Estudo realizado por Ogata, Machado e Catoia (2009) com o objetivo de analisar as representações sociais dos usuários acerca da ESF, demonstra que a procura dos indivíduos pela unidade de saúde da família (USF) ainda é centrada no tratamento de doenças e na consulta médica. De acordo com a pesquisa, os usuários compreendem a ESF como um atendimento mais humanizado e acolhedor, porém as ações de saúde, em sua grande maioria, são centradas no profissional médico. O estudo mostra ainda que a busca por ações preventivas se limitaram ao controle de doenças crônicas como a hipertensão arterial e o diabetes, através da aferição da pressão arterial, realização do exame de glicemia capilar e da busca por medicamentos.

Pesquisa exploratória realizada por Faria e Campos (2012) que buscou compreender o atendimento à demanda espontânea na ESF mostrou que os profissionais de saúde percebem a demanda não programada como excessiva, chegando a ser um empecilho na rotina de trabalho. O estudo afirma que na visão dos profissionais, os usuários querem apenas consultas médicas e que estes não entendem a proposta da ESF e não reconhecem o trabalho dos outros profissionais da equipe. Os autores descrevem a forte pressão da população por consulta médica, principalmente para a prescrição de medicações.

Por se tratar de um conceito relativamente novo, é de extrema relevância que os usuários compreendam bem os princípios que regem a ESF, bem como entendam seu funcionamento e seu mecanismo de organização para que a participação social possa ocorrer de forma ativa, responsável e consciente, promovendo a melhoria da qualidade da atenção à saúde (OGATA; MACHADO; CATOIA, 2009).

Sabe-se que para que a proposta de mudança de modelo de atenção seja concretizada é essencial que os atores sociais estejam envolvidos nesse processo e visualizem a mudança como a melhor alternativa para a melhoria da assistência à saúde. O usuário deve se colocar na posição de sujeito, corresponsabilizando-se pela sua saúde, para que a resolutividade seja alcançada (CARVALHO, 2013 *apud* FILHO *et al.*, 2010).

Neste sentido, o profissional de saúde desempenha um importante papel na capacitação comunitária para a construção da autonomia e cidadania dos sujeitos na perspectiva da Promoção da Saúde (BESEN *et al.*, 2007). Assim, o termo *empoderamento* surge como uma questão-chave, sendo definido na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em 1986, como um “processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para atuarem na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002).

De acordo com Taddeo *et al.* (2012), o empoderamento é um processo educativo destinado a ajudar as pessoas a desenvolverem conhecimentos, habilidades e atitudes com o intuito de que adquiram o domínio sobre suas vidas, aprendendo conhecimentos para tomar decisões acerca de sua saúde. Para o autor, usuários mais empoderados, ou seja, mais envolvidos, informados e responsabilizados, são capazes de interagir melhor com os profissionais na busca por soluções que produzam resultados de saúde.

Logo, a educação em saúde, realizada pelos profissionais de forma dialógica e sistemática é uma importante ferramenta para empoderar o usuário com vistas à promoção da saúde. Estudo realizado por Figueiredo, Neto e Leite (2012) evidenciou que atividades educativas relacionadas aos hábitos de vida e ao exercício da autonomia favorecem mudanças na saúde dos usuários e mudanças em relação à procura pelos serviços. Os usuários passam a conscientizarem-se de sua responsabilidade no autocuidado, sentindo-se mais capacitados e tornando-se mais independentes dos profissionais e dos serviços de saúde.

[...] a educação em saúde é um processo, em que os usuários, a princípio, valorizam as consultas médicas, que deixam de ser procuradas a todo instante quando eles assumem maior autonomia sobre sua própria saúde [...] sentindo-se mais capacitados para cuidar de si, o que pode estimulá-los a buscar a promoção de sua saúde e não exclusivamente a cura de suas doenças (FIGUEIREDO; NETO; LEITE, 2012).

Interessante ressaltar que fazer educação em saúde, não se trata apenas da execução de práticas informativas e prescritivas, mas consiste sim, em uma relação pautada no diálogo e no respeito aos saberes dos usuários, contribuindo para que o eles se tornem agentes transformadores de sua realidade. Educar, portanto, exige uma mudança de postura na relação com a comunidade, onde o profissional assume a posição de educador/educando, tendo por base a corresponsabilização, e não de culpabilização, dos indivíduos por seus problemas de saúde (COSTA, 2014).

2ª Vertente - Gestão dos Serviços

Para Barbosa (2014), uma das causas para o problema da excessiva demanda espontânea está relacionada à maneira como a gestão municipal percebe o processo de trabalho em saúde. Para o autor, as políticas públicas acabam induzindo respostas às necessidades de saúde da população, fazendo com que a assistência seja centrada na consulta médica e na medicalização das queixas.

Ainda nessa perspectiva política, Oliveira e Pereira (2013) apontam que o financiamento das ações realizadas pelos serviços de saúde está muito mais voltado ao

aspecto quantitativo do que à dimensão qualitativa da assistência, tendo em vista que a gestão pública prioriza o número de consultas e procedimentos realizados em detrimento a um atendimento mais humanizado e fundamentado no princípio da integralidade.

Assim, os serviços públicos de saúde ainda são vistos como pouco resolutivos e caracterizados pela descontinuidade da assistência, sendo que uma das causas é atribuída à fragilidade das relações existentes entre as instâncias gestoras e a gerência dos serviços, o que indiretamente, acaba não contribuindo para uma mudança de mentalidade da população (Oliveira; Pereira, 2013).

Faria *et al.* (2010) adverte que a substituição ao modelo tradicional somente ocorre quando há um real compromisso dos profissionais e dos gestores locais com a mudança proposta, ou seja, faz-se necessário uma real transformação no processo de trabalho e na postura profissional e gestora diante dos problemas e da demanda populacional. Caso contrário, haverá equipes de saúde da família atuando sob os princípios do modelo biomédico.

Compartilhando do mesmo pensamento, Magalhães (2011) *apud* Franco e Merhy (1999) afirma que, dependendo da gestão e da organização local, podem coexistir equipes de saúde da família centradas no médico e outras centradas no usuário, promovendo diversas formas de produzir o cuidado em saúde.

3ª Vertente - Atuação Profissional

De acordo com Rodrigues, Lima, Roncalli (2008) e Mitre, Andrade e Cotta (2012), a forma como os profissionais de saúde operam os serviços, desenvolvendo práticas histórico e socialmente determinadas pela predominância do pensamento biológico reducionista, acabam evidenciando uma baixa efetividade das ações preventivas e promocionais.

Estudo realizado por Câmara *et al.* (2012) tendo por base as representações sociais que os profissionais das equipes de uma Unidade de Saúde da Família de Belo Horizonte/MG tem do processo saúde-doença, mostra que ainda há um predomínio da concepção biomédica sobre o estado de saúde, onde sua preservação é dependente apenas de ações individuais e da prevenção de doenças. A grande maioria dos profissionais entrevistados, não tinha clareza da relação do estilo de vida com a doença e esta foi vista por muitos como a “ausência de saúde” ou conceituada como um “funcionamento inadequado do organismo”. Fatores sociais e ambientais não foram citados por nenhum profissional como capazes de influenciar no processo saúde-doença. Percebe-se, portanto uma visão profissional puramente biológica e reducionista baseada em um método clínico ainda centrado na doença.

Pesquisas apontam também que médicos que trabalham na atenção básica no Brasil não reconhecem o paciente como competente o suficiente para cuidar da própria saúde e não estimulam os usuários a desenvolverem práticas de promoção de saúde. Além disso, aspectos relacionados aos medos e a ansiedade dos pacientes são pouco abordados pelos médicos, uma vez que eles não estão preparados para lidar com os aspectos culturais dos indivíduos (RIBEIRO; AMARAL, 2008 *apud* CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Em concordância com este estudo, Souza e Abrahão (2010) afirmam que muitos profissionais ainda encontram dificuldade em trabalhar com as chamadas tecnologias leves, descritas por Merhy (1997), como sendo àquelas referentes às relações interpessoais, como o vínculo, a escuta qualificada e a interdisciplinaridade.

Faria e Campos (2012) afirmam que a grande maioria dos profissionais que prestam serviços na Atenção Primária à Saúde não possuem formação específica para abordarem os indivíduos em sua comunidade, e assim, compreenderem outras demandas, resultantes do contexto de vida e não apenas resultantes de queixas orgânicas. Segundo os autores, o problema está associado ao processo de formação profissional e uma das soluções propostas seria a incorporação de conhecimentos de ciências humanas e sociais aos currículos médicos, uma vez que estes ainda são fortemente centralizados no aspecto biológico e técnico-científico tradicional, tendo como principal local de ensino o hospital.

Logo, a introdução de disciplinas sociais nas escolas de medicina favoreceria e viabilizaria a mudança do modelo centrado na doença para um método clínico centrado no paciente, passando a considerar seus aspectos culturais e suas expectativas, não se restringindo a doença e melhorando assim a atenção médica individual e coletiva (RIBEIRO; AMARAL, 2008).

Os efeitos benéficos de um método clínico centrado na pessoa, e não em sua enfermidade, suscitaria melhoras consideráveis à qualidade da assistência, trazendo vários resultados positivos como, uma maior adesão aos tratamentos, maior satisfação das pessoas e médicos, redução de sintomas e diminuição na utilização dos serviços de saúde, com consequente redução da demanda por atendimento médico (PIRES, 2011).

O Acolhimento

Em resposta às evidências de despreparo dos profissionais de saúde em lidar com as questões subjetivas do cuidado, aliada a persistência de um modelo verticalizado de atenção, foi lançada pelo Ministério da Saúde, no ano de 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) através do Humaniza SUS, estabelecendo alguns princípios, dentre eles: a valorização

da dimensão subjetiva e social do cuidado; o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional; a construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos; o fortalecimento do controle social e a corresponsabilidade dos sujeitos no processo de atenção à saúde (BRAZ, 2013 *apud* BRASIL, 2004).

Uma das diretrizes de maior relevância do PNH é o acolhimento que se propõe a trabalhar a demanda espontânea sugerindo formas de atendê-la, sem que isso implique necessariamente no aumento do acesso a consultas médicas. Ao contrário, é uma ferramenta que objetiva ampliar as várias possibilidades do cuidado, servindo de elo entre as necessidades dos usuários e os vários profissionais disponíveis (BRAZ, 2013 *apud* GUARDINI, 2002).

Para Tesser, Neto e Campos (2010), a proposta do acolhimento sugere a ideia de “retirar do médico o papel de único protagonista do cuidado, ampliar a clínica realizada pelos outros profissionais e incluir outras abordagens e explicações possíveis (que não somente as biomédicas) para os adoecimentos e as demandas”. Portanto, pode ser entendido como uma diretriz operacional que visa a reorganização do processo de trabalho, tendo como foco a relação de vínculo entre os profissionais e os usuários com base na escuta qualificada e no trabalho multiprofissional (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007).

Lopes *et al.* (2014) afirma que apesar de ser uma proposta recente e ainda estar em processo de construção, muitos dos profissionais que atuam na ESF já reconhecem que o acolhimento amplia a criação de vínculos e melhora a compreensão sobre as reais necessidades dos usuários. No entanto, apesar de alguns avanços na reorganização da assistência, ainda é possível encontrar também profissionais de saúde que não reconhecem sua importância.

Almeida (2010) afirma que na grande maioria das vezes, os profissionais médicos ficam à parte desse processo, apenas aguardando atender os clientes a eles encaminhados. Logo, seria interessante uma maior interação deste profissional com os demais membros da equipe, uma vez que é preconizada a participação de todos da equipe na prática do acolhimento.

É necessário cautela para que o acolhimento não se torne o simples ato de triagem, onde o usuário não é ouvido de fato, sendo visto apenas como um paciente a procura de consulta. Assim, uma das principais finalidades do acolhimento, que é a humanização, tão discutida e almejada, não pode ser posta de lado nesse processo. É preciso atenção e vigilância constante para que esta nova ferramenta destinada a organizar a demanda de

atendimento não se transforme na velha e fracassada rotina de triagem (CARVALHO, 2013 *apud* FERREIRA, 2009).

Importante salientar também que acolher o usuário não implica necessariamente a satisfação de suas necessidades, uma vez que segundo Lopes (2014), não é incomum o usuário associar resolutividade com satisfação pessoal. Assim, é importante que os profissionais compartilhem com os usuários informações referentes à forma de organização dos serviços, deixando claros seus limites e possibilidades, favorecendo assim, a gestão dos serviços. É preciso estimular encontros promotores de autonomia, para que a corresponsabilização individual e coletiva na produção do cuidado em saúde possa ser alcançada.

Portanto, para que o acolhimento atinja uma real transformação no nível dos valores e das ações em saúde, resignificando suas práticas, cada encontro trabalhador-usuário deve ser centrado na singularidade dos sujeitos, convidando os profissionais da equipe a terem uma postura mais ativa para com as necessidades dos usuários, sejam elas verbalizadas ou não, fazendo uso de outras tecnologias que promovam a inclusão do usuário nos atos de saúde produzidos, estimulando e potencializando a autonomia dos mesmos para o alcance da integralidade e do cuidado em saúde (LOPES, 2014).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Partindo-se da definição e seleção dos “nós críticos” anteriormente descritos, foram traçadas estratégias com objetivo de se alcançar possíveis soluções para o problema da excessiva demanda espontânea em busca de atendimento médico, considerado pela equipe de Saúde da Família como sendo uma questão prioritária. O desenho das operações, bem como seus produtos e resultados esperados e os recursos necessários para a concretização das mesmas são descritos no Quadro 1:

Quadro 1 – Desenho das operações para a redução da demanda espontânea em busca de atendimento médico na ESF-Centro, do município de Sarzedo/MG, no ano de 2014.

Nó Crítico	Operação/Projeto	Produtos esperados	Resultados esperados	Recursos necessários
Baixo nível de entendimento da comunidade sobre os princípios da ESF, incitando à centralização dos serviços no profissional médico.	Saber + Estimular a equipe para que a conscientização da população faça parte da rotina de trabalho.	Equipe apta a divulgar informações referentes ao funcionamento da unidade e ao papel que cada profissional desempenha. Folheto explicativo para a população.	Reconhecimento e valorização do trabalho de todos os profissionais da equipe. População com referência do serviço centrada na equipe e não apenas no médico.	<u>Cognitivo:</u> Conhecimento da equipe sobre estratégias de comunicação. Técnicas pedagógicas para educação em saúde. <u>Organizacional:</u> Organização da agenda para que a equipe elabore o folheto explicativo. <u>Econômico:</u> para a confecção do folheto explicativo.
Baixa responsabilização dos usuários em relação à própria saúde	Autonomia e Cidadania Práticas educativas que estimulem e auxiliem o usuário a cuidar de si e sejam promotoras de autonomia.	Grupo educativo para orientar usuários e familiares sobre o autogerenciamento de suas condições crônicas. Inclusão de instruções de apoio ao autocuidado durante as consultas. ACS's capacitados.	Usuário capacitado a tomar decisões acerca de sua própria saúde. Entendimento por parte do usuário de que ele é corresponsável por sua saúde e sujeito ativo no processo de trabalho. Maior envolvimento do usuário.	<u>Cognitivo:</u> técnicas educativas e de negociação com a população. <u>Organizacional:</u> definir o horário para realização dos grupos. Providenciar espaço físico adequado. <u>Político:</u> parcerias intersetoriais e mobilização social.

Profissionais da equipe que atendem condições crônicas na mesma lógica das condições agudas.	Quebrando Paradigmas Educação permanente com vistas a promover uma mudança na prática clínica.	Implantação de uma política de capacitação e educação permanente para os profissionais da equipe.	Promoção de novas atitudes. Profissionais atuando sob uma clínica ampliada, centrada no indivíduo e não em sua enfermidade.	<u>Cognitivo</u> : Abertura dos profissionais da equipe ao aprendizado. <u>Político</u> : apoio da Secretaria Municipal de Saúde.
Usuários que priorizam ações assistenciais e curativas em detrimento às ações preventivas e promocionais.	Café com Prosa Promover encontros mensais com os usuários na unidade tornando-a um ambiente agradável onde possa existir uma conversa “descompromissada” entre os integrantes.	Troca de conhecimentos de forma despretensiosa e descontraída. Maior envolvimento e interação do usuário. Aumento do vínculo.	Maior adesão a grupos de educação em saúde e demais programas oferecidos pela ESF. Diminuição da busca pela unidade apenas para consulta médica.	<u>Cognitivo</u> : habilidades e técnicas de persuasão e de educação em saúde <u>Organizacional</u> : organização da agenda. Espaço físico adequado. <u>Econômicos</u> : para a compra dos insumos alimentícios.

6.1 Identificação dos Recursos Críticos

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), para o alcance das transformações desejadas é necessário que estejam disponíveis alguns recursos, indispensáveis à execução de cada operação. Por isso é importante que a equipe compreenda quais desses recursos não estão disponíveis para então, planejar ações para torná-los viáveis.

Assim, a partir do entendimento de quais os recursos necessários para a concretização das operações, foram definidos quais deles são considerados críticos, por não se encontrarem à disposição da equipe, conforme é mostrado no Quadro 2:

Quadro 2: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema da excessiva demanda espontânea em busca de consulta médica.

Operação/ Projeto	Recursos Críticos
Saber + Estimular a equipe para que a conscientização da população faça parte da rotina de trabalho.	<u>Econômico</u> : para a confecção do folheto explicativo.
Autonomia e Cidadania Práticas educativas que estimulem e auxiliem o usuário a cuidar de si e sejam promotoras de autonomia.	<u>Político</u> : parcerias intersetoriais e mobilização social.

Quebrando Paradigmas Educação permanente com vistas a promover uma mudança na prática clínica.	<u>Político</u> : apoio da Secretaria Municipal de Saúde.
Café com Prosa Encontros mensais com os usuários na unidade para que possa existir uma conversa “descompromissada” entre os integrantes.	<u>Econômicos</u> : para a compra dos insumos alimentícios.

6.2 Análise da Viabilidade do Plano

Para a análise da viabilidade de um plano torna-se necessário definir quais são os sujeitos responsáveis pela aquisição de cada recurso crítico. É importante também avaliar o posicionamento de cada responsável para o alcance do objetivo pretendido e, em caso desfavorável, é preciso planejar maneiras de motivar os atores a facilitar a viabilidade da operação. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A definição dos atores bem como ações estratégicas com vistas a promover a motivação dos mesmos são descritas no Quadro 3.

Quadro 3: Atores sociais responsáveis pelo controle de recursos críticos e ações estratégicas para motivá-los.

Operação/Projeto	Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Saber + Estimular a equipe para que a conscientização da população faça parte da rotina de trabalho.	<u>Econômico</u> : para a confecção do folheto explicativo.	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Elaborar juntamente com a equipe o folheto explicativo e apresentá-lo junto à SMS para sua confecção e reprodução.
Autonomia e Cidadania Práticas educativas que estimulem e auxiliem o usuário a cuidar de si e sejam promotoras de autonomia.	<u>Político</u> : parcerias intersetoriais e mobilização social.	Secretários de Saúde, Educação, Ação Social e Cultura e Lazer. Associações de bairro	Todos os setores são favoráveis.	Apresentar projeto. Buscar o apoio das associações.
Quebrando Paradigmas Educação permanente com vistas a promover uma mudança na prática clínica.	<u>Político</u> : apoio da Secretaria Municipal de Saúde.	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Apresentar projeto.
Café com Prosa	<u>Econômicos</u> :	Equipe da	Favorável	Abordar o tema

Encontros mensais com os usuários na unidade para que possa existir uma conversa “descompromissada” entre os integrantes.	para a compra dos insumos alimentícios.	ESF-Centro		com a equipe. Sugerir que cada profissional colabore da maneira que puder. Buscar também o apoio da população.
---	---	------------	--	--

6.3 Elaboração do Plano Operativo

Nesta etapa do estudo, os atores responsáveis por cada operação são designados e, são estabelecidos também, os prazos para o desenvolvimento de cada uma das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), como pode ser visto no Quadro 4.

Quadro 4 – Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Saber + Estimular a equipe para que a conscientização da população faça parte da rotina de trabalho.	Reconhecimento e valorização do trabalho de todos os profissionais da equipe. População com referência do serviço centrada na equipe e não apenas no médico.	Equipe apta a divulgar informações referentes ao funcionamento da unidade e ao papel que cada profissional desempenha. Folheto explicativo para a população.	Elaborar juntamente com a equipe o folheto explicativo e apresentá-lo junto à SMS para sua confecção e reprodução.	Enfermeira	Quinze dias para elaboração do folheto. Um mês para apresentá-lo à SMS. Quatro meses para o início das atividades.
Autonomia e Cidadania Práticas educativas que estimulem e auxiliem o usuário a cuidar de si e sejam promotoras de autonomia.	Usuário capacitado a tomar decisões acerca de sua própria saúde. Entendimento por parte do usuário de que ele é corresponsável por sua saúde e sujeito ativo no processo de trabalho. Maior interação e envolvimento do usuário.	Grupo educativo para orientar usuários e familiares sobre o autogerenciamento de suas condições crônicas. Inclusão de instruções de apoio ao autocuidado durante as consultas. ACS's capacitados.	Montar os grupos de educação em saúde. Capacitar os ACS's. Fazer parcerias com outros setores da sociedade. Promover a mobilização social.	Enfermeira Enfermeira Equipe de saúde Equipe de saúde	Dois meses para iniciar os grupos. Três meses para avaliação. Dois meses para capacitação dos ACS's. Avaliações trimestrais. Quatro meses para apresentação do projeto às associações de bairro e

					aos Secretários dos diversos setores.
Quebrando Paradigmas Educação permanente com vistas a promover uma mudança na prática clínica.	Promoção de novas atitudes. Profissionais atuando sob uma clínica ampliada, centrada no indivíduo e não em sua enfermidade.	Implantação de uma política de capacitação e educação permanente para os profissionais da equipe.	Apresentar o projeto junto à equipe e à SMS.	Enfermeira	Dois meses para elaborar e apresentar o projeto à SMS.
Café com Prosa Encontros mensais com os usuários na unidade para que possa existir uma conversa “descompromissada” entre os integrantes	Maior adesão a grupos de educação em saúde e demais programas oferecidos pela ESF. Diminuição da busca pela unidade apenas para consulta médica.	Troca de conhecimentos de forma despretensiosa e descontraída. Maior envolvimento e interação do usuário. Aumento do vínculo.	Abordar o tema com a equipe.	Equipe de saúde	Dois meses para início dos encontros.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho nas equipes de saúde da família permanece organizado de forma tradicional, com foco no diagnóstico e tratamento de doenças e centrado no saber médico e na medicalização das queixas. Assim, o chamado modelo biomédico/flexneriano, enraizado na cultura profissional e popular, tem influenciado diretamente no modo como os serviços de saúde são disponibilizados e na maneira como os indivíduos percebem, buscam e utilizam tais serviços, ocasionando, como consequência, uma elevada demanda por atendimento médico, exames e medicamentos.

Assim, através da elaboração do projeto de intervenção foi possível identificar estratégias de abordagem para a resolução dessas questões que têm comprometido a qualidade do trabalho em saúde, sobrecarregando os profissionais, impossibilitando uma maior ênfase às ações preventivas e promocionais e, sobretudo, impedindo que haja um atendimento integral ao usuário.

Sabe-se que desconstruir práticas e promover mudanças de pensamentos e atitudes não é tarefa fácil e que a quebra de paradigmas não ocorre da noite para o dia. Há ainda um longo caminho a se percorrer para que a ESF promova uma real mudança no modo de se pensar e se produzir saúde no país. Porém, é necessário caminhar.

A execução do plano de ação proposto por este estudo é apenas o primeiro passo em direção a consideráveis transformações, que objetivam não só a redução da demanda populacional por atendimento médico, mas também melhorias na função resolutiva da atenção primária, com uma assistência mais eficiente e satisfatória que vise às reais necessidades de saúde dos indivíduos e suas famílias.

Assim, quando os profissionais de saúde estiverem conscientes da importância de se atuar sob uma clínica ampliada, centrada no indivíduo e não em sua enfermidade, e quando estiverem aptos a incluírem os usuários nos atos de saúde produzidos, possibilitando que eles adquiram uma postura mais ativa e autônoma, é que eles deixarão de depositar nos profissionais a inteira responsabilidade por “estarem saudáveis” ou “estarem doentes” e passarão a se envolver e participar, como verdadeiros atores sociais, das decisões acerca de sua saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. S. **O acolhimento no centro de saúde Granja de Freitas: uma percepção da equipe de enfermagem**. 2010. 32f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; FERREIRA, V. S. C. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. **Rev APS**. v.10, n.2, p.106-15. Jul/Dez. 2007.

BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A Demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. **Arq. Bras. Ciênc. Saúde**, v. 36, n. 1, p. 10-17, Jan/Abr. 2011. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n1/a1918.pdf>>. Acesso em: 28 Out. 2014.

BARBOSA, A. N. **Projeto de Intervenção: novas formas de responder à demanda espontânea na estratégia saúde da família Azurita**. 2014. 68f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Minas Gerais, Formiga/Minas Gerais.

BASSANI, G. C.; MORA, J. D.; RIBEIRO, J. P. **O Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária para o Sistema Único de Saúde**. 2009. Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/CC25565101883.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2014.

BESEN, C. B. *et al.* A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e sociedade**, v. 16, n. 1, p. 57-68, Jan. Abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC). **Programa de Saúde da Família**. Brasília: MS; 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC). **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: MS; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p. 19-27.

BRAZ, F. A. F. **A Importância do Acolhimento aos Usuários na Atenção Básica: uma assistência humanizada**. 2013. 46f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

CÂMARA, A. M. C. S. *et al.* Percepção do Processo Saúde Doença: significados e valores da educação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 36, n. 1, p. 40-50, Set.

2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a06.pdf>>. Acesso em: 10 Nov. 2014.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em Saúde** - 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopemed, 2010. 114p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>>. Acesso em: 24 Nov. 2014.

CARVALHO, R. D. P. **Acolhimento: uma prática para a reorganização, qualificação e humanização da atenção primária à saúde**. 2013. 21f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto/Minas Gerais.

COSTA, D. V. P. Empoderamento na educação em grupo de diabetes na atenção primária à saúde. 2014. 108f. Dissertação (Curso de Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. UFMG, Belo Horizonte/Minas Gerais.

COSTA, G. D. *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, Fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Nov. 2014.

FARIA, H. P. de; COELHO, I. B; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A. **Modelo assistencial e atenção básica em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG/COOPEMED. 2010. 68.

FARIA, R. C.; CAMPOS, E. M. S. Demanda Espontânea na Estratégia de Saúde da Família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. **Rev. APS**, v. 15, n. 2, Jun. 2012. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1475/626>>. Acesso em: 18 Out. 2014.

FIGUEIREDO, M. F. S.; NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.16, n.41, Jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Dez. 2014.

FILHO, N. A. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, Dez. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Nov. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=316553>>. Acesso em: 25 maio 2014.

LOPES, G. V. D. O. *et al.* Acolhimento: quando o usuário bate à porta. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 1, Fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672014000100104&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Nov. 2014.

MAGALHÃES, P. L. **Programa Saúde da Família: uma Estratégia em Construção**. 2011. 39f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3011.pdf>>. Acesso em: 17 Nov. 2014.

MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca!. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, Out. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000800022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Nov. 2014.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão da lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo. In: Fleury, S.

Organizadora. **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 125-141. Disponível em:

<http://www.fasi.edu.br/fales/biblioteca/biomedicina/Sade_e_Democracia_A_luta_Do_CEBES_intel.pdf>. Acesso em 22 nov. 2014.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.8, Ago. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000800018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 Nov. 2014.

OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T.; CATOIA, E. A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Rev. eletrônica enferm.**, V. 11, n. 4, p. 820-9, 2009. Disponível em:

<<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm>>. Acesso em: 24 Nov. 2014.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, Set. 2013 .

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Nov. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SARZEDO. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017. Sarzedo, 92 p. 2014.

PIRES, P. Medicina centrada no paciente: melhor qualidade com menores custos. **Rev. Port Clin. Geral**, Lisboa, v. 27, n. 5, set. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087071032011000500012&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 03 dez. 2014.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Rev Bras Educ Med**, v. 32, n. 1, p. 90-7, 2008.

RODRIGUES, M. P.; LIMA, K. C.; RONCALLI, A. G. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de

Janeiro, v.13, n.1, Fev. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em : 03 Nov. 2014.

SANTOS, C.; DAVI, J.; MARTINIANO, M. S.; PÉRET, T. C.; LEITE, R. B. F. Novo (?) Modelo Assistencial de Saúde. **Rev. Pol. Públ. São Luis**, v. 12, n. 1, p. 73-81, jan./jun. 2008. Disponível em:

<http://www.revistapoliticaspUBLICAS.ufma.br/site/download.php?id_publicacao=158>. Acesso em: 29 Nov. 2014.

SANTOS, T. V. C. **Acesso aos Serviços de Saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. 2012. 154 f. Tese (doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-93ZLJZ>>. Acesso em: 23 Nov. 2014.

SOUZA R. F., ABRAHÃO A. L. Reflexão sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF). **Revista Labor**, n.3, vol.1, 2010. Disponível em:

<http://www.revistalabor.ufc.br/Artigo/volume3/reflexao_processo_trabalho.pdf>. Acesso em: 07 Nov. 2014.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Jan. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Nov. 2014.

SILVA, S. A.; OLIVEIRA, F.; SPINOLA, C. M.; POLETO, V. C. Atividades desenvolvidas por enfermeiros no PSF e dificuldades em romper o modelo flexneriano. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v. 1, nº 1, pg 30-39, Jan/Mar. 2011. Disponível em:

<<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/14>>. Acesso em: 29 Nov. 2014.

TADDEO, P. S. *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, Nov. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012001100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Dez. 2014.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 20, Dez. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832006000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Nov. 2014.

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

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000900036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Nov. 2014.