

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

ELISÂNGELA DE LIMA CARDOSO

**REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DO DIAGNÓSTICO
SITUACIONAL**

FORMIGA - MG

2014

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

ELISÂNGELA DE LIMA CARDOSO

**REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DO DIAGNÓSTICO
SITUACIONAL**

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

Orientadora: Agma Leozina Viana Souza

FORMIGA – MG

2014

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

ELISÂNGELA DE LIMA CARDOSO

**REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DO DIAGNÓSTICO
SITUACIONAL**

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

Orientadora: Agma Leozina Viana Souza

Banca Examinadora

Prof^a.: Agma Leozina Viana Souza - Orientadora

Prof^a.: Marlene Azevedo de Magalhães Monteiro - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

RESUMO

O estudo faz uma análise do diagnóstico situacional da Equipe de Saúde da Família 1 – Vila Betânia em Alpinópolis - MG e apresenta um plano de intervenção baseado nos dados estatísticos colhidos do SIAB e dos arquivos da equipe. O objetivo geral é reorganizar o processo de trabalho da equipe no PSF Vila Betania /Alpinópolis – MG a partir do diagnóstico situacional. Além das publicações utilizadas para o referencial teórico, os registros epidemiológicos da equipe também embasaram a discussão. Os resultados auxiliaram na proposição de um plano de intervenções para a reorganização do processo de trabalho da equipe. O estudo conclui a importância de conhecer a realidade que se descortina no cotidiano da área de abrangência da unidade de saúde para então planejar as ações assistenciais.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde. Assistência ambulatorial. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The study makes an analysis of the diagnosis situational of the Team of Health of the Family 1–Vila Betânia in Alpinópolis - MG and it presents an intervention plan based on the picked statistical data of SIAB and of the files of the team. The general objective is to reorganize the process of work of the team in the PSF Vila Betania /Alpinópolis–MG starting from the diagnosis situational. Besides the publications used for the theoretical referential, the epidemic registrations of the team also based the discussion. The results aided in the proposition of a plan of interventions for the reorganization of the process of work of the team. The study concludes the importance of knowing the reality that she pulls the curtain in the daily of the area of inclusion of the unit of health for then to plan the actions assistance.

Word-key: Primary Attention the Health. Attendance clinic. Services of Health.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – População por faixa etária na área de abrangência da Equipe.....	23
TABELA 2 - Atividades da população com mais de 10 anos de idade.....	24
TABELA 3 - Morbidade referida por micro-area	26
TABELA 4 – Indicadores de atendimentos realizados pela Equipe	26
TABELA 5 – Consultas Médicas por faixa etária	27
TABELA 6 – Procedimentos realizados pela equipe.....	27
TABELA 7 – Visitas domiciliares realizadas pela equipe.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária a Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

EAS – Estabelecimentos Assistenciais de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM – Sistema de Informação sobre a Mortalidade

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

US – Unidade de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	12
3.1 Geral	12
3.2 Específicos.....	12
4 METODOLOGIA.....	13
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
5.1 A Expansão da Atenção Primária á Saúde	14
5.2 Necessidades de Saúde	15
5.3 O Sistema de Informação de Atenção Básica.....	16
5.4 O Território e a População Adscrita.....	16
5.5 Estrutura Física e Insumos	18
5.6 Instrumentos de Organização do Trabalho e da Abordagem Familiar	18
5.7 Composição da Equipe e Atribuições	19
6 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	22
6.1 A Unidade de Saúde Vila Betânia.....	22
6.2 Aspectos Demográficos.....	22
6.3 Aspectos Ambientais.....	23
6.4 Aspectos Sócio-econômicos.....	24
6.5 Aspectos Epidemiológicos.....	25
6.6 Produção da Equipe de Saúde.....	26
7 PLANO DE INTERVENÇÃO	30
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

Alpinópolis está localizada na região Sul-Sudoeste de Minas Gerais a uma distancia de 343 Km de Belo Horizonte. A cidade se ergueu a partir do êxodo rural ocorrido em meados do século XVIII. A primeira capela foi construída num terreno doado nas encostas da Serra da Ventania e o primeiro nome da cidade foi São Sebastião da Ventania. Em 1809, com a benção da capela, fundou-se o Arraial de São Sebastião da Ventania. Em 1914, passou a denominar-se Alpinópolis, por sua localização entre os Alpes da Serra da Ventania. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar festas religiosas, como a de São Sebastião, padroeiro da cidade, e as congadas (LOPES, 2002).

Segundo o Censo IBGE (2011) a população do município em 2011 era de 18.488 habitantes, atendidos por cinco equipes de saúde da família.

A Equipe Vila Betânia, local do estudo, possui uma população de 3.562 pessoas distribuídas em seis micro-áreas. Fazem parte da equipe seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma auxiliar de enfermagem, uma Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), uma odontóloga e um médico. A unidade funciona de 07:00 às 16:00 horas e a carga horária dos profissionais é de 40 horas semanais. Entretanto, o médico, a odontóloga e a ACD têm carga horária reduzida para 20 horas semanais. Este fato tem gerado insatisfação entre os profissionais que trabalham no período integral, por acreditarem que a redução da carga horária compromete o acesso dos usuários ao serviço.

A equipe realiza os seguintes procedimentos: curativo, aferição de pressão arterial, medida de glicemia capilar, atividades coletivas, visitas domiciliares, consulta de enfermagem, consulta médica e procedimentos odontológicos. O posto de vacinas é centralizado, portanto este procedimento não é realizado na unidade. O número de consultas médicas e atendimentos odontológicos são limitados a 16 consultas por dia e 10 atendimentos odontológicos por dia.

O processo de trabalho na unidade está organizado para o atendimento de consultas agendadas e demanda espontânea, entretanto há discrepância entre os horários de atendimento, a demanda dos usuários e a carga horária dos profissionais. Tais fatos têm mostrado burocratização e ineficiência na prestação de assistência à população. A

rotatividade e a falta de treinamento dos profissionais para o serviço, também são desafios para o adequado desempenho do trabalho da equipe.

Diante deste problema surgiu a necessidade de avaliar o perfil dos usuários cadastrados, que utilizam os serviços de saúde e apresentar uma proposta de agenda de atendimentos da equipe de acordo com o diagnóstico epidemiológico da população atendida. Os dados utilizados na pesquisa foram coletados no site do Ministério da Saúde, na página do Sistema de Informação da Atenção Básica.

Além do PSF 1-Vila Betânia existem na comunidade duas iniciativas voluntárias que prestam assistência às crianças e aos idosos através da Pastoral da Saúde e da Associação do Bairro Panorama.

2 JUSTIFICATIVA

O trabalho se justifica por se tratar de um assunto relevante para o desenvolvimento do trabalho da Equipe da Saúde da Família 1 – Vila Betânia em Alpinópolis/MG, uma vez que tem havido discrepâncias entre a demanda dos usuários e a carga horária dos profissionais da unidade, comprometendo o acesso ao serviço de saúde. Mediante a constatação desse fato e as consequências que tem causado, optou-se por desenvolver este assunto, para que se possa compreender melhor a função da Equipe de Saúde da Família, mediante os pressupostos teóricos e sugerir a reorganização do processo de trabalho, corrigindo este problema.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Reorganizar o processo de trabalho da equipe no PSF Vila Betania /Alpinópolis – MG a partir do diagnóstico situacional.

3.2 Específicos

- Analisar o perfil epidemiológico da população coberta pelo PSF1- Vila Betânia.
- Ampliar o acesso da população aos atendimentos nos programas de saúde pública.

4 METODOLOGIA

O presente estudo foi orientado pela revisão bibliográfica de literatura de apoio e análise de artigos científicos disponibilizados nos sites de pesquisas científicas do Scientific Eletronic Libray Online (SciELO) e da Literatura latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) com utilização dos descritores: Atenção Primária a Saúde, Assistência ambulatorial, Serviços de Saúde

Como critério de inclusão foi definido somente artigos científicos publicados na íntegra que retratassem a temática referente á revisão, entre os anos de 2001 a 2014, no idioma português. Foram definidos 12 artigos para o estudo em questão.

Ao lado da pesquisa bibliográfica foi realizado, inicialmente, um diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Vila Betania /Alpinópolis – MG, no ano de 2013, com objetivo de identificar os principais problemas de saúde e traçar ações a serem implementadas.

Os dados utilizados para o diagnóstico situacional foram colhidos de fichas de uso da equipe e do SIAB. Foi esclarecido para a equipe que a coleta dos dados se fazia necessária para evidenciar a realidade epidemiológica da equipe identificando nós críticos passíveis de reorganização do processo de trabalho da equipe.

Foi selecionado como principal nó crítico da equipe a reorganização do processo de trabalho a partir do diagnóstico situacional.

Com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura, foi proposto um plano de intervenção, executado pelo método de planejamento estratégico situacional (PES), desenvolvido por Matus, que contém operações, resultados, meios, ações estratégicas, responsável, prazo (CAMPOS *et al*, 2010).

A proposta do plano de intervenção partiu da necessidade da equipe de reorganizar a assistência prestada aos usuários considerando os problemas identificados no cotidiano da equipe de saúde. O plano é objetivo e pretende ampliar o acesso dos usuários aos serviços de base, que devem ser oferecidos na Atenção Primária.

Ao término deste trabalho de conclusão de curso, o plano será apresentado para a equipe com previsão de implementação das ações no prazo de trinta dias.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 A expansão da Atenção Primária à Saúde

No decorrer dos anos, o governo federal tem tentado realizar uma adequação das normas nacionais de Atenção Básica, definindo parâmetros que possam ser adaptados à realidade vivida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A cada dia se fortalecem as evidências da importância da Atenção Primária à Saúde (APS). Os esforços das esferas administrativas públicas possuem o consenso de que ter a Atenção Primária à Saúde como base dos sistemas de saúde é essencial para um bom desempenho destes (BRASIL, 2007).

De acordo com o Brasil (2005), existem estudos que demonstram o impacto da expansão da APS, baseada, sobretudo, na estratégia de saúde da família. Outra vertente que se implementa ao aperfeiçoamento da APS como base do sistema de saúde é o fortalecimento da Promoção da Saúde no SUS.

A noção de proteção social como uma necessidade das populações inclui a universalização do acesso aos serviços de saúde, e surge em resposta à crescente desigualdade social e à ampliação das brechas existentes entre os mais ricos e os mais pobres, em especial na América Latina (BRASIL, 2007).

Para este mesmo órgão, a sustentabilidade dos sistemas de saúde baseados nos modelos médico-hospitalocêntricos têm demonstrado evidentes sinais de esgotamento, sendo necessária a definição de estratégias claras para a melhoria dos indicadores de saúde da população. Nesse sentido, a APS vem demonstrando ser um elemento-chave na constituição dos sistemas nacionais de saúde.

Na concepção de Paim (1998), os cuidados primários de saúde, ao assumirem, na primeira metade da década de oitenta, um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde, acabou por afastar o tema do centro das discussões à época.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi considerado como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial tendo como princípios: a família como foco de abordagem; território definido; adscrição de clientela; trabalho em equipe interdisciplinar; co-responsabilização; integralidade; resolutividade; intersetorialidade e estímulo à participação social (BRASIL, 2007).

No entanto, o CONASS apresentou uma visão crítica sobre a ESF na época de sua implantação. Então, destacou-se a necessidade de ampliar a capacitação de gestão e execução de ações em saúde na ESF. Para tanto, foram realizadas propostas relacionadas às competências das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) em diversos âmbitos, como: definição de diretrizes para implantação das equipes; definição do número de 750 habitantes por ACS; processo de qualificação e educação permanente e articulação das UBS com o restante da rede assistencial (BRASIL, 2007).

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou a Portaria MS/GN nº 2.488, que revisa as ações de Vigilância em Saúde, Atenção Básica, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a reorganização da atenção primária no país (BRASIL, 2011).

5.2 Necessidades em Saúde

O SUS é um sistema de acesso universal, pela sua complexidade se torna um trabalho difícil de ser gerido. É preciso que o gestor trabalhe com planejamento, estimativas e metas. Quando o gestor não prevê a necessidade da ação, pode ser surpreendido por uma demanda acima do planejado. Isso pode levar a um embate das equipes de saúde, sobre a real necessidade de tal ação. E esse embate possui implicações legais, científicas e socioculturais.

Ultimamente, as ações voltadas para a prevenção primária e secundária como: adoção de hábitos saudáveis e a detecção precoce de doenças tornaram-se importantes para o bom desempenho do sistema de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), estudos mostram que grande parte da demanda da população é por prevenção primária e secundária. O medo de morrer ou de ficar doente e a expectativa de evitar eventos mórbidos por meio da intervenção do sistema de saúde estão cada vez mais difundidos.

Conforme Gérvas *et al* (2005), o medo de estar doente ou de ficar doente tem especificidades que não podem ser desprezadas. Nesse caso, o termo doente é usado para sofrimento, o que inclui, por exemplo, a preocupação com a aparência. Muitas vezes há o desejo de aliviar o sofrimento sem esforço ou por meio de recursos como medicação. Conforme ressaltam os autores, é papel da atenção primária lidar com situações de tal complexidade exercendo o papel de filtro do sistema de saúde. Para que esse papel seja exercido com eficácia, é necessário que haja acolhimento de todo o tipo de sofrimento

das pessoas, e o médico, juntamente com toda a equipe multidisciplinar seja peça fundamental para o bom desempenho desta tarefa.

O que se faz necessário também é manter um número adequado de pessoas por equipe, pois, é sabido que os serviços de saúde são apenas um dos determinantes da saúde. Emprego, educação, moradia, segurança pública e saneamento básico são tão importantes na manutenção da saúde quanto a assistência disponível.

5.3 O Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

O cadastramento dos moradores da área de abrangência do PSF possibilita conhecer a realidade da população adscrita, seus principais problemas de saúde e seu modo de viver e de morrer. As informações geradas pelas equipes de saúde alimentam o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que sistematiza os dados coletados, possibilita a sua informatização e gera relatórios de acompanhamento e avaliação do serviço. O SIAB também permite que sejam feitas avaliações do impacto do trabalho das equipes na organização do sistema e na saúde da população (BRASIL, 2001).

Conforme BRASIL (2007), o SIAB é um sistema que agrega e processa as informações sobre a população visitada. Essas informações são recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados. As fichas de dados do SIAB coletam informações sobre o cadastramento familiar; sobre o acompanhamento das gestantes, das crianças; das pessoas com hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase e o registro dos procedimentos e notificações.

De acordo com o que descreve o Ministério da Saúde, (BRASIL, 2007), o correto preenchimento e atualização das fichas SIAB tem papel fundamental na manutenção da transferência de recursos. Nesse sentido, destaca-se a grande importância do papel do ACS na manutenção e qualificação deste sistema de informações. Assim, o ACS deve ser capacitado e conscientizado para a importância dessa atividade.

5.4 O Território e a População Adscrita

De acordo com Brasil (2006) a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser localizada dentro do território de sua responsabilidade e estar devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde.

A definição do território de atuação de uma equipe deve ser realizada, se possível, de forma conjunta pela população, por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e pela própria equipe.

Os territórios não costumam ser homogêneos. Existem micro-áreas de especial interesse da equipe de saúde, porções do território com características particulares, de maior homogeneidade em termos sócio-demográficos, econômicos, culturais ou epidemiológicos, que configuram a presença de maior ou menor risco de adoecimento para a população.

O processo de territorialização deve levar em conta os mapas do município; condições culturais, econômicas e sociais da população; meios de transporte; dinâmica demográfica da área e homogeneidade de riscos. Muitos desses dados podem ser obtidos por meio de fontes de dados secundários como o Censo Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e as bases de dados do setor saúde, como o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informação sobre a Mortalidade (SIM) (BRASIL, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde, a territorialização pressupõe o diagnóstico das características sociais, demográficas e epidemiológicas e deve ter impacto de forma favorável às condições de saúde da população adscrita. Este diagnóstico permite identificar os problemas de saúde prevalentes e as situações de risco da população adscrita; facilita a elaboração de planos de ação para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença, além do desenvolvimento de ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde. Para tanto, torna-se necessário que a equipe de saúde realize o cadastro das famílias por meio de visitas domiciliares, observação geográfico-ambiental e diálogo com a população (BRASIL, 1997).

De acordo com Brasil (2007), uma equipe de Saúde da Família tem responsabilidade sobre a saúde de uma população composta por 600 a 1000 famílias, não excedendo o total de 4 mil pessoas moradoras de uma área geográfica definida. O cadastramento da população é necessário mesmo para aqueles que não utilizam a unidade de saúde. Esta atividade é realizada pelos ACS.

Conforme explica Andrade (2006), a adscrição da clientela é um processo concomitante e interdependente da definição do território, consolidando-se com o cadastramento das famílias. Para o processo de cadastramento, utiliza-se uma ficha de cadastramento familiar, que é padronizada pelo Ministério da Saúde. Essa ficha contém dados demográficos, sociais e de utilização dos serviços de saúde, deve, após digitação

no banco de dados do SIAB, ser arquivada dentro do prontuário da família, no centro de saúde.

5.5 Estrutura Física e Insumos

O manual de estrutura física das unidades básicas de saúde contem as especificações de área física e insumos, norteado pelos princípios da Resolução da Diretoria Colegiada nº 50 da Anvisa de fevereiro de 2002, que dispõe sobre a regulamentação técnica para planejamento, programação e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (BRASIL, 2006).

Conforme este manual, cada UBS deve possuir estrutura física e insumos em qualidade e quantidade para permitir a realização de atenção primária com alta resolubilidade. Dentre outras orientações, também deve ser levada em consideração a necessidade de adequação das instalações elétricas e hidráulicas, da ventilação e luminosidade, do fluxo de usuários e da facilidade na limpeza e desinfecção para a prática de atenção em saúde. A estrutura física das unidades básicas de saúde sugere equipamentos necessários para o desenvolvimento das ações em saúde típicas de uma Equipe de Saúde da Família. Estes devem ser disponibilizados de acordo com o leque de serviços oferecidos pela equipe, obviamente, orientado pelas características epidemiológicas e necessidades em saúde da população adscrita.

5.6 Instrumentos de Organização do Processo de Trabalho e da Abordagem Familiar

São diversos os instrumentos e ferramentas para a organização do processo do trabalho com a finalidade de otimizar a efetividade do cuidado em APS. Conforme descreve Brasil (2005), as ferramentas são imprescindíveis para o trabalho das equipes. O Prontuário Familiar deve conter os registros de composição e características principais de cada família, além das fichas individuais de todos os seus membros. O SIAB disponibiliza fichas que podem ser utilizadas como página de rosto do prontuário. A agenda dos profissionais da equipe é outro recurso organizacional importante e deve ser construída para atender as ações programadas e a demanda espontânea. Brasil (2011) adverte que as agendas não são estanques e podem variar a depender da situação epidemiológica e de outras ofertas de cuidado na localidade.

De acordo com o Grupo Hospitalar Conceição (2008) os protocolos assistenciais são ferramentas organizacionais, onde as recomendações, embasadas em evidências científicas, auxiliam no manejo de um problema de saúde específico fornecendo informações concisas que reduzem a variação inapropriada na prática assistencial.

Dos instrumentos utilizados para auxiliar a abordagem familiar, destaca-se o genograma e o ecomapa. O genograma é a representação gráfica da estrutura e histórico familiar, com informações sobre as relações e papéis dos membros das famílias através de suas múltiplas gerações. O ecomapa identifica as relações e ligações da família com o meio em que vive. Estes instrumentos permitem a compreensão do processo de adoecimento nas famílias e seus membros propiciando a definição de ações preventivas capazes de promover a saúde (BRASIL, 2011).

5.7 Composição da Equipe e Atribuições

De acordo com Brasil (2006), a composição mínima da equipe de Saúde da Família requer a presença de um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde em número suficiente para cobrir 100% da população adscrita, respeitando-se o teto máximo de 1 ACS para cada 750 pessoas e de 12 ACS por equipe.

Soma-se também a essa composição, a equipe de saúde bucal que em sua modalidade é composta por um cirurgião-dentista e uma auxiliar de consultório, podendo ser reforçada pela presença de um técnico de higiene dental.

Conforme Brasil (2006), cada equipe de saúde bucal é responsável pela população de uma ou no máximo duas equipes de saúde da família. A jornada de trabalho de todos esses profissionais é de 40 horas semanais.

Ressalta-se que conforme as necessidades da população e de acordo com a decisão do gestor municipal em consonância com o Conselho Municipal de Saúde, outros profissionais podem integrar essas equipes, como um auxiliar administrativo para ajudar nos processos de recepção de pacientes, de registro e organização de arquivos e prontuários e alimentação do SIAB.

Cada profissional envolvido na ESF tem uma função específica, mas é necessário que cada um reconheça a atividade do outro e nunca se perca de vista o trabalho compartilhado.

Na concepção de Brasil (2011), o enfermeiro é o profissional que exerce privativamente a direção dos órgãos de enfermagem e integra a estrutura básica de instituições de saúde, pública ou privada, e a chefia de serviço de enfermagem, coordenando a atuação do auxiliar e do técnico. Ao enfermeiro também cabe atender a saúde dos indivíduos e famílias cadastradas, realizando consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupos e outros, além de exercer atividades de educação permanente da equipe de enfermagem, bem como o gerenciamento e a avaliação das atividades da equipe, particularmente do agente comunitário de saúde (ACS), que ocupa na ESF, papel fundamental para a manutenção do vínculo entre os usuários e a unidade.

Conforme se define em Brasil (2011) o médico é um profissional que se ocupa da saúde humana, promovendo saúde, prevenindo, diagnosticando e tratando doenças com competência e resolutividade, sendo responsável pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário. O trabalho do médico na ESF deve ser em conjunto com o enfermeiro, realizando e fazendo parte das atividades de educação permanente dos membros da equipe e do gerenciamento dos insumos.

Conforme define Fortes Spinetti (2004), o agente comunitário de saúde, exerce o papel de “elo” entre a equipe e a comunidade, devendo residir na área de atuação da equipe, vivenciando o cotidiano das famílias, dos indivíduos e da comunidade com mais intensidade em relação aos outros profissionais. É capacitado para reunir informações de saúde, sobre a comunidade, realizar visitas domiciliares na área adscrita, produzindo dados que identificam os principais problemas de saúde de sua comunidade.

Brasil (2011) acrescenta que os ACS são membros da ESF que desenvolvem atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, mantendo como referência a média de uma visita por família ao mês ou, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, em número maior.

Para Brasil (2011) compete ao técnico e auxiliar de enfermagem, sob a supervisão do enfermeiro, realizar procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão tanto na Unidade de Saúde quanto em domicílio e outros espaços da comunidade, educação em saúde e educação permanente.

O cirurgião-dentista é o profissional capacitado na área odontológica, devendo juntamente com os demais membros da equipe, desenvolver atividades referentes à saúde bucal. De acordo com Brasil (2011), sempre que necessário este profissional deve realizar os procedimentos clínicos, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses

dentárias elementares, além de realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea e ao controle de insumos.

Na equipe da ESF ainda fazem parte o técnico em saúde bucal, sob a supervisão do dentista, que promove o acolhimento do paciente e realiza determinados procedimentos nos serviços de saúde bucal. E também o auxiliar de consultório dentário, que realiza procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão como limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, bem como, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho (BRASIL, 2011).

De acordo com Campos e Belisario (2001), é na equipe multiprofissional que as situações de saúde devem ser enfrentadas, valorizando-se a soma de olhares dos distintos profissionais que dela fazem parte.

É necessário ressaltar que para a consecução da ESF, exige-se que os profissionais com formação generalista sejam capazes de atuar de maneira efetiva, na complexa demanda de cuidados da Atenção Básica.

Neste sentido, conforme postula Carbone e Costa (2009), é urgente resgatar o valor destes profissionais e propiciar a este modelo, espaço como especialidade e campo do saber. Além disso, é necessário desenvolver um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos, e conforme ressalta Araújo (2007), essa capacitação deve ser realizada de forma a incorporar não apenas novos conhecimentos, mas mudanças na cultura e no compromisso com a gestão pública, garantindo uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde.

6 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

6.1 A Unidade de Saúde Vila Betânia

A Unidade de Saúde Vila Betânia foi inaugurada em março de 2007 no atual endereço, antes funcionava em outro local. A equipe é responsável por uma população de 3562 usuários cadastrados. O local possui uma boa estrutura, entretanto, faltam algumas salas, necessitando adequações. O espaço destinado á recepção é pequeno favorecendo o excesso de barulho que interfere nos atendimentos. Além disso, não existe sala para reuniões, sendo necessário, o consultório é utilizado para esta atividade. Os grupos operativos são realizados fora da unidade. Quando o número de participantes é menor que doze pessoas, utiliza-se a recepção. As reuniões são realizadas semanalmente no consultório médico ou na recepção.

A crescente procura por atendimento médico e o número limitado de oferta de consultas tem gerado dificuldades no desenvolvimento do trabalho da equipe, motivando também reclamações por parte dos usuários.

6.2 Aspectos Demográficos

A população cadastrada na Equipe Vila Betânia é mista, sendo proveniente da zona urbana e zona rural. . A tabela 1 mostra um perfil populacional com predomínio de adultos jovens na faixa etária entre 20 a 49 anos com destaque para o sexo masculino representado por 51,4% da população total. O grupo etário feminino tem menor representatividade populacional inclusive para a faixa etária fértil, fato que deve interessar aos programas de saúde do município, considerando o papel reprodutivo que a mulher exerce na sociedade. Acrescido ao fato de que a mulher está mais sujeita às doenças agudas, relacionadas ao trabalho que exerce em casa, no cuidado da família, ao uso habitual de produtos químicos do lar e á adoção de posturas corporais incorretas, levando a problemas músculo-esqueléticos, estresse físico e mental. Além dessa predisposição ocupacional, as condições relacionadas ao período gravídico puerperal e a outras condições gineco-obstétricas, colocam a saúde da mulher em situação de maior risco e vulnerabilidade.

TABELA 1 - População segundo a faixa etária e gênero - PSF 1 – Vila Betânia

Faixa Etária	Masculino		Feminino	
	Número	%	Número	%
Menor de 1 ano	23	1,2	13	0,7
1 a 4 anos	74	4,0	85	4,9
5 a 9 anos	148	8,0	123	7,1
10 a 14 anos	177	9,6	140	0,8
15 a 19 anos	177	9,6	191	11,0
20 a 49 anos	875	47,7	805	46,4
50 a 59 anos	186	10,1	192	11,1
60 anos e mais	173	9,4	180	10,4
Total	1833	51,4%	1729	48,63%

FONTE: SIAB

Conforme Aquino *et al* (1992), as diferenças de gênero entre homens e mulheres na construção da experiência de adoecimento, contribuem para a existência dos diferenciais de morbidade e de utilização de serviços de saúde. Enquanto a demanda masculina por serviços ambulatoriais é descrita, em sua maior parte como gerada pelo trabalho ou pelo seguro social, a demanda feminina apresenta-se como essencialmente voluntária revelando maior propensão das mulheres a buscarem cuidados de saúde de modo preventivo.

6.3 Aspectos Ambientais

A estrutura de saneamento básico da região é adequada aos padrões habitacionais. Entretanto, pelo fato da coleta de lixo acontecer em dias alternados, há acúmulo de lixo em terrenos baldios.

Para Mendes (1993), a construção social de um novo sistema de saúde está fundada em três categorias: a concepção de saúde e doença; o paradigma sanitário e a prática sanitária. E nesta perspectiva, aproxima-se o conceito de saúde do paradigma da produção social para o qual saúde:

É resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um ‘viver desimpedido’, um modo de ‘andar a vida’, prazeroso, seja individual, seja coletivamente. O que pressupõe um determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais. (MENDES, 1993, p. 237)

6.4 Aspectos Sócio-econômicos

A população urbana vive basicamente da extração de pedras e na zona rural vivem da agricultura do café, milho e feijão e da pecuária. É elevado o número de pessoas que vivem da economia informal, principalmente na zona rural. Também é grande o número de desempregados e de aposentados considerando o total de pessoas com mais de 60 anos de idade. A Tabela 2 retrata a distribuição da população de acordo com o meio de subsistência de cada grupo etário.

TABELA 2 – Atividades da população com mais de 10 anos de idade na área de abrangência da Equipe Vila Betânia, Alpinópolis - MG, 2012.

População	Quantidade	%
População de 10 a 14 anos	474	100
10 a 14 anos trabalhando	54	11,4
População de maiores de 14 anos	2779	100
Maiores de 14 anos estudantes	500	18,0
Maiores de 14 anos com carteira assinada	490	17,63
Maiores de 14 anos na economia informal	550	19,79
Maiores de 14 anos autônomos	200	7,19
Desempregados	400	14,39
Aposentados	500	18,0
Outras situações	139	5,0

FONTE: Registro da Equipe

6.5 Aspectos Epidemiológicos

Segundo dados do Hospital Cônego Ubirajara Cabral o número de hospitalizações no ano de 2012 foi de 31 usuários da equipe Vila Betânia representando 0,87% da população total da equipe. Em relação aos dados de morbidade referida descritos na Tabela 3, fica evidente o número de pessoas que vivem com doença crônica, em destaque a hipertensão arterial e o diabetes mellitus. Outro fato importante se refere á distribuição das doenças por micro-área onde há maior concentração na micro-área 4, onde existe uma Instituição de Longa Permanência Para Idosos (ILPI). A presença da instituição na área de abrangência requer da equipe maior esforço no sentido de oferecer acompanhamento médico a esta população.

A Tabela 3 mostra ainda, um número expressivo de pessoas que vivem com Doença de Chagas caracterizando um perfil epidemiológico misto onde convivem as doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis no mesmo espaço geográfico. Por outro lado, não foram registrados casos de tuberculose ou hanseníase, fato que deve servir de alerta para a possibilidade de sub-diagnóstico ou de sub-notificação de tais doenças. A Tabela 3 reflete a necessidade de programas de saúde voltados para a prevenção, o tratamento e a reabilitação das pessoas que vivem com doenças crônicas.

A agenda da equipe prevê consultas de enfermagem, atividades coletivas, grupo de caminhadas e visitas domiciliares para as pessoas que têm hipertensão arterial e diabetes. Entretanto, a demanda por consulta médica é grande e o acesso a este profissional é dificultado pela limitação do horário de atendimentos. É evidente que a participação efetiva do médico na equipe de saúde da família se faz necessária durante as 40 horas semanais de trabalho, conforme preconiza o Ministério da Saúde, junto às Secretarias Municipais de Saúde.

TABELA 3 – Morbidade referida segundo a micro-area na área de abrangência da Equipe Vila Betânia, Alpinópolis - MG, 2012.

Morbidade referida	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	Total
Alcoolismo	03	01	19	05	02	02	32
Doenças de Chagas	01	02	03	03	01	03	13
Deficiência	01	03	03	08	03	01	19
Epilepsia	0	02	01	07	05	01	16
Diabetes	15	24	24	29	11	14	117
Hipertensão Arterial	58	77	84	110	47	47	423
Tuberculose	0	0	0	0	0	0	0
Hanseníase	0	0	0	0	0	0	0

FONTE: SIAB

6.6 Produção da Equipe de Saúde

As tabelas a seguir mostram indicadores dos atendimentos realizados e informados pela Equipe Vila Betânia em 2011 e 2012.

TABELA 4 – Indicadores de atendimentos realizados pela equipe Vila Betânia, Alpinópolis, 2011-2012.

Indicador	2011	2012
Total de encaminhamentos	85	25
Relação de encaminhamentos/consulta	12,0	3,41
Para atendimento especializado	85	25
Para internações hospitalares	17	04
Para urgência e emergência	14	04
Total de exames solicitados	398	124
Relação de exames / consultas médicas	0,12	0,17
Relação de exames / consultas médicas e de enfermagem	1,51	1,97
Patologia clínica	329	124
Radiodiagnóstico	38	05

Exames citocérvido-vaginal	200	180
Ultrassonografia obstétrica	01	0
Outros exames	30	0

FONTE: SIAB

TABELA 5 – Consultas médicas segundo a faixa etária, equipe Vila Betânia, Alpinópolis, 2011-2012.

Faixa etária	2011	2012
Menor de 1 ano	81	28
1 a 4 anos	217	56
5 a 9 anos	198	54
10 a 14 anos	189	52
15 a 59 anos	1897	424
60 anos e mais	716	120
Total de consultas na área	3.298	734

FONTE: SIAB

TABELA 6 – Procedimentos realizados pela equipe Vila Betânia, Alpinópolis, 2011-2012.

Procedimentos	2011	2012
Atendimento individual da enfermeira	4.984	1.491
Consultas médicas	3.297	734
Consultas médicas e enfermagem	8.291	2.225
Curativos	731	182
Inalações	125	32
Retirada de pontos	123	55
TRO	25	0
Grupo de educação em saúde	782	225
Nº de reuniões	11	03

FONTE: SIAB

TABELA 7 – Visitas Domiciliares realizadas pela equipe Vila Betânia, Alpinópolis, 2011-2012.

Visitas Domiciliares	2011	2012
Visitas domiciliares do médico	18	0
Visitas domiciliares da enfermeira	573	206
Profissional de Nível Médio	1.425	437
Visitas de ACS	11.253	3.228
Total de visitas	13.269	3.871
Média mensal de visitas	1.105, 75	1.297
Média anual de visitas por família	13,2	3,79
Anual de visitas por habitante	3,72	1,08

FONTE: SIAB

As tabelas apresentadas oferecem substrato para reorganização do processo de trabalho da Equipe Vila Betania pautado na realidade epidemiológica da população adscrita.

A Tabela 4 deixa evidente a baixa cobertura de mulheres que realizaram o exame Papanicolau na unidade entre 2011 e 2012. O Ministério da Saúde recomenda que este exame seja realizado em toda mulher que tenha vida sexual com o objetivo de identificar as lesões precursoras do câncer de colo do útero ou a doença em estágios iniciais. O pico de incidência deste tipo de câncer se situa entre os 40 e 60 anos de idade (BRASÍLIA, 2002).

A redução na solicitação de ultrassom obstétrico se justifica pelo fato do acompanhamento de pré-natal ser realizado em outra unidade do município.

As Tabelas 5, 6 e 7 mostram um decréscimo significativo na quantidade de atendimentos realizados pela equipe entre os anos 2011 e 2012. Faz-se necessário a reflexão da equipe sobre o processo de trabalho neste período em busca da correção do problema identificado.

Para Mendes-Gonçalves (1994), o processo de trabalho é entendido como um conjunto de saberes, instrumentos e meios, tendo, como sujeitos, profissionais que se organizam para produzir serviços de modo a prestar assistência individual e coletiva para obtenção de produtos e resultados decorrentes de sua prática. O processo de trabalho das equipes do SF pressupõe cuidado integral, não somente baseado na atenção à demanda

espontânea, nem tampouco em programas de saúde. Dessa forma, conforme a PNAB (BRASIL, 2006), algumas das características do processo de trabalho na Atenção Básica e na ESF, comuns a todos os membros da equipe são: definição do território de atuação da equipe, garantia da integralidade da atenção, realização do atendimento domiciliar, garantia de acesso a exames diagnósticos, programação e priorização dos problemas de saúde mais comuns, desenvolvimento de ações educativas e de educação profissional continuada.

Ao se pensar no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família reporta-se a importância de conhecer a realidade que se descortina no cotidiano da área de abrangência. O planejamento das ações deve seguir o lema: conhecer para intervir. E para que isso ocorra, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde assumam uma postura capaz de acolher e escutar cada usuário, atentando para as subjetividades que permeiam esse processo, no intuito de suscitar um clima de confiança e respeito mútuo, que leva à interação da equipe com a família e a comunidade, tornando-se oportunidade para a construção de modos saudáveis de vida e de transformação social.

7 PLANO DE INTERVENÇÃO

Operações	Resultados	Meios	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Agenda da enfermeira em horário alternativo para exames de prevenção do câncer de colo uterino a cada 15 dias.	Aumentar o número de mulheres cadastradas com exame preventivo em dia.	Divulgação através do ACS em visita Domiliar.	Oferecer opções de horários alternativos para marcação de consulta de acordo com a disponibilidade da mulher.	ACS e Enfermeira	30 dias
Treinamento da equipe para identificação de casos suspeitos de tuberculose e hanseníase.	Aumentar o número de diagnósticos e tratamentos possíveis.	Album seriado e outros materiais disponibilizados pela Secretaria de Saúde	Capacitar os ACS e os auxiliares de enfermagem para busca ativa de pessoas que tenham tosse há mais de 3 semanas ou manchas na pele.	Enfermeira e Médico	90 dias
Agenda para acompanhamento de todas as crianças menores de 2 anos.	Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento das crianças menores de 2 anos cadastradas.	Divulgação para a equipe durante reunião periódica. Cartaz na unidade de saúde.	Sensibilizar os pais para a importância do acompanhamento. Visitar as puérperas e programar a primeira consulta até 15 dias de vida do bebê.	Enfermeira ACS	30 dias

Agenda do médico com horários suficientes para atender a demanda dos usuários que dependem de procedimentos específicos deste profissional.	Melhorar a qualidade e ampliar a resolutividade do trabalho da equipe. Assistir integralmente ao usuário.	Pactuação com a equipe, a Secretaria Municipal de Saúde e a comunidade.	Reunião com a equipe, a comunidade e o gestor da saúde do município.	Toda equipe e a comunidade	30 dias
---	---	---	--	----------------------------	---------

O monitoramento e avaliação das ações planejadas ocorrerão sistematicamente durante as reuniões de equipe. A participação dos membros da equipe nos processos operacionais de reorganização do trabalho será imprescindível para o sucesso da proposta. A avaliação do aumento da cobertura de exames Papanicolau realizados, se dará em concordância com as taxas previstas deste exame, pelo Ministério da Saúde, de acordo com a população feminina em idade para realização do mesmo. O envolvimento da equipe no treinamento proposto será outro norte avaliador deste processo de reestruturação da equipe. O prazo previsto para a avaliação será de seis meses após o início do plano de intervenção.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação da Equipe de saúde da Família pressupõe uma intervenção que impulse a transformação da realidade vivenciada e ao mesmo tempo mudanças que podem tornar o processo de trabalho e o atendimento aos usuários mais eficaz e capaz de atender às necessidades de todos os envolvidos.

A partir do estudo teórico que subsidiou esta pesquisa e dos resultados obtidos e analisados, é possível afirmar que os objetivos do estudo foram alcançados, por revelar o perfil dos usuários da Equipe Vila Betânia e possibilitar o planejamento de intervenções baseadas no diagnóstico situacional.

A realidade epidemiológica apresentada justifica a grande procura da população por atendimento médico, dessa forma, faz-se necessário a reavaliação da agenda de trabalho compatível com a necessidade da população adscrita.

Sendo a atenção à saúde um processo em construção permanente, a contribuição do conhecimento sobre o perfil da demanda e os efeitos da municipalização, abrem possibilidades para reflexão sobre aspectos operacionais do PSF, sendo eles: reorganização da rede de assistência e reestruturação dos serviços que contemplem o acesso ao atendimento de forma integral e humanizada.

Neste sentido, há que se discutir o investimento em modos de organização dos serviços de saúde que reduzam as filas e o tempo de espera baseados na adoção de critérios de risco e no acolhimento; e desenvolver estratégias de suporte ao trabalho das equipes de saúde da família.

Algumas possibilidades apresentadas serão discutidas na equipe: reorganização das agendas dos profissionais de acordo com a carga horária contratual; horários protegidos para reuniões da equipe e educação continuada; agenda que contemple horários para consultas eletivas e atendimentos de urgência; manutenção dos procedimentos específicos da APS.

As ações na saúde devem ser articuladas com outros setores, que permitam a geração de renda; possibilidade de acesso a uma alimentação adequada; ações de combate à violência, ao tabagismo, ao alcoolismo; prática de atividades físicas e outros.

Desde janeiro de 2012, após a implantação do Programa para Melhoramento e Ampliação da Qualidade (PMAQ) através do Ministério da Saúde, a administração tem investido no profissional com um incentivo para melhorar o trabalho e o cumprimento

das metas estabelecidas. O método avaliativo tem demonstrado resultados positivos na postura dos profissionais da equipe.

Espera-se que este estudo possa significar o ponto de partida para a realização de outros que possam contribuir para o compromisso ético e solidário de todos os envolvidos no processo de trabalho aos usuários da ESF.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. *et al.* A Estratégia Saúde da Família. In: DUNDAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (eds.) **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ARAUJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.12 n.2:455-464. Rio de Janeiro mar./ abr. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8).

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n.204, p.55, 24 out.2011.Seção 1, pt1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 22 nov 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2005: Uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, 2005.

CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, S.A. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interlace Comunicação, Saúde, Educação**. Fundação UNI Botucatu/Unesp, v.5, n.9, São Paulo, 2001.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Belo horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2ªed. 2010, 186p.

CARBONE, M; COSTA, E. Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

FORTES, P.A.C.; SPINETTI, S. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1328-1333, 2004.

GÉRVAS Juan; FERNÁNDEZ, M. Pérez. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 205-218, 2005.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Gerencia de Ensino e Pesquisa. Diretrizes Clínicas: Protocolos assistenciais. 11p. 2008.

LOPES, I; LOPES, D. História de Alpinópolis. Belo Horizonte: O Lutador, 2002.

MENDES, E.V. A construção da vigilância a saúde no Distrito Sanitário. In: OPAS.Organização Panamericana de Saúde. A Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário. Brasília: OPAS / OMS, 1993, p. 7-18.

MENDES-GONÇALVES, R.B. Práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

PAIM, J. S.; ALMEIDA, F.N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316,1998.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S.Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1487-1494, nov./dez.2004.

