

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CULTURA E SAÚDE NA  
CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO BÁSICA NO  
BAIRRO MORRINHOS EM MONTES CLAROS – MINAS GERAIS/ BRASIL.**

Yara Maria Soares Costa da Silveira<sup>1</sup>  
Júlio César Lima Ramires<sup>2</sup>  
Thaís Pereira da Silva<sup>3</sup>

**Resumo**

Objetivo: Verificar se o novo modelo da atenção primária à saúde tem proporcionado mudanças de mentalidade e cultura da população adstrita na micro-área 01 e as contribuições percebidas pela própria comunidade na melhoria da saúde através dos serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família –ESF, como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde - SUS. A metodologia utilizada foi de caráter quantitativa e constou de pesquisa bibliográfica, aplicação de questionário semi-estruturado a 25% da população adstrita no território, além de entrevistas não dirigidas. Utilizou-se observações nas visitas a campo, análise documental, elaboração de mapas, gráficos e tabelas. O estudo poderá contribuir na verificação dos avanços e aplicativos do novo modelo de atenção básica, sob a óptica dos entrevistados, nas questões relacionadas à cultura e saúde. O bairro Morrinhos é antigo, sem planejamento. Sua urbanização iniciou-se a partir de 1980 e possui diversidades culturais sociais próprias. A ESF foi implantada em 2006 com a criação de três equipes multiprofissionais para atender a demanda local, concernentes à atenção primária, baseando-se nos princípios da Universalidade, Equidade, Descentralização, Integridade, Hierarquização, Regionalização, Controle Social e Participação Complementar do setor privado.

**Palavras-chave:** cultura, saúde, Estratégia Saúde da Família, atenção primária.

---

<sup>1</sup> E-mail: yara.mariasilveira@gmail.com

<sup>2</sup> E-mail: ramires\_julio@yahoo.com.br

<sup>3</sup> E-mail: thaís.geografia@gmail.com

## Introdução

A saúde nas sociedades da Antigüidade obedecia a contextos culturais singulares, baseados no holismo. Depois da Idade Média, renasce o interesse pelo mundo material e o homem passa a ser visto como centro do universo, em contraposição ao divino e sobrenatural. Dá-se a “revolução intelectual”, época de importantes conquistas no campo filosófico e da ciência. Os séculos XVI e XVII foram marcados pelo surgimento de novo paradigma, a “Revolução Científica”. Nela a produção da ciência fica “restrita” a fenômenos matemáticos e quantificáveis, repercutindo na instalação do modelo de saúde que substituiu a concepção holística do Universo pela noção de mundo máquina. BURKE (1989) afirma que, com a consolidação do positivismo nos fins do século XIX e início do século XX, ocorreu ruptura do conhecimento metafísico e ênfase no desenvolvimento da pesquisa experimental. Os cientistas passam a priorizar o corpo humano e a assistência à saúde passa a seguir *a orientação cartesiana e mecanicista*, que permanece na Contemporaneidade. O surgimento da medicina científica ficou marcado por práticas assistenciais individualistas, centradas na figura do médico, dependência de recursos tecnológicos e consultas clínicas especializadas. O conceito de saúde foi considerado sob a óptica biológica como ausência de doenças. Com o advindo da globalização, no terceiro milênio, o neoliberalismo e posteriormente o capitalismo produz uma sociedade cada vez mais competitiva e produtiva (CORREA, 2000). Tal fato, somado aos avanços da tecnologia, deixa o homem mais vulnerável aos riscos adicionais relacionados ao trabalho, saúde, ambiente e ainda gera desigualdade, exclusão e restrição aos acessos de bens e serviços indispensáveis. Ficando evidente a multicausalidade das doenças, este modelo tecnicista não foi capaz de responder às necessidades de saúde do mundo moderno, devido às paliatividades das soluções, deixando as análises causais de lado, surgindo a necessidade de reestruturar nova maneira de enfrentar os problemas relacionados à saúde. (Santos, 2008)

As concepções modernas de saúde implicam considerá-las em sua positividade, muito além, portanto, de suas conseqüências imediatas, indicadas negativamente, como doença, seqüela ou morte. Saúde é, então, 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. (MENDES, 1999, p. 237)

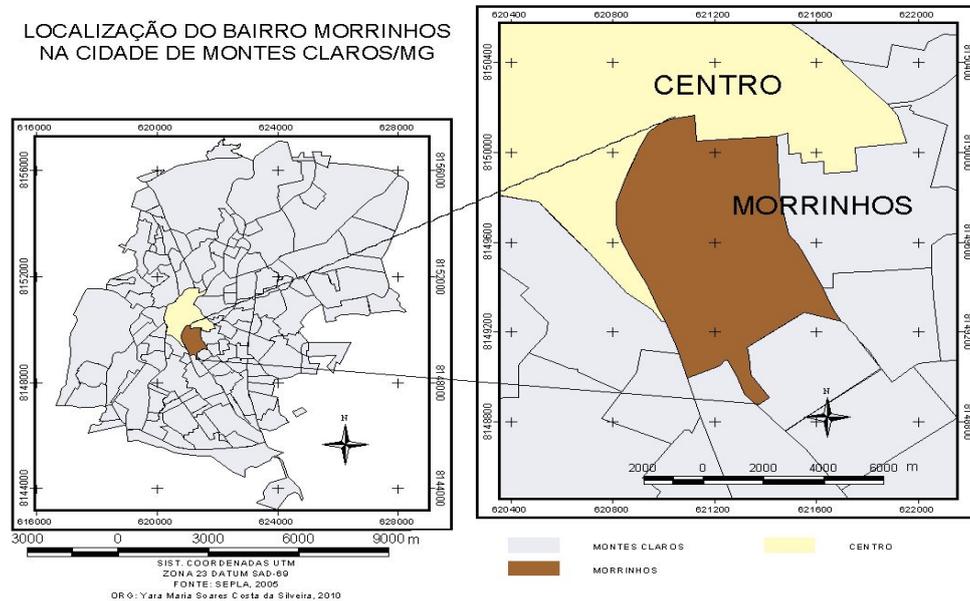
O modelo assistencial da atenção primária, materializada na Estratégia Saúde da Família, do Sistema Único de Saúde (SUS), após a Constituição Federal do Brasil de 1988, vem tentar quebrar o paradigma hegemônico centralizador com o objetivo de reorganizar os sistemas de saúde no Brasil.

### **Estratégia saúde da família**

Roncolleta (2003) apud Besen (2007) ressalta que a Estratégia da Saúde da Família (ESF) teve início em meados de 1993, sendo regulamentado de fato em 1994, como uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) para mudar a forma de prestação de assistência, e que visava estimular a implantação de um novo modelo de atenção primária que resolvesse a maior parte (cerca de 85%) dos problemas de saúde. Este programa tem como objetivo priorizar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de modo contínuo, agindo também na prevenção das doenças. Dentro da Estratégia da Saúde da Família (ESF), o acompanhamento dos pacientes é feito através das Unidades Saúde da Família (USF) e também nos domicílios, onde os agentes, juntamente com outros profissionais da saúde, fazem visitas mensais para acompanhamento dos casos de doenças crônicas como hipertensão, diabetes, doenças cardíacas, entre outras. Assim, esses profissionais e a população acabam por criarem vínculos de co-responsabilidade, o que acaba por facilitar a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade. Roncolleta (2003) ressalta que é necessária a vinculação dos profissionais com a comunidade, além da perspectiva de promoção de ações intersetoriais. A cidade de Montes Claros possui, atualmente, 73 equipes completas da Estratégia de Saúde da Família, segundo Caldeira (2007). Estes números representam 58,3 % de cobertura da ESF no município de Montes Claros.

## Caracterização da área de estudo

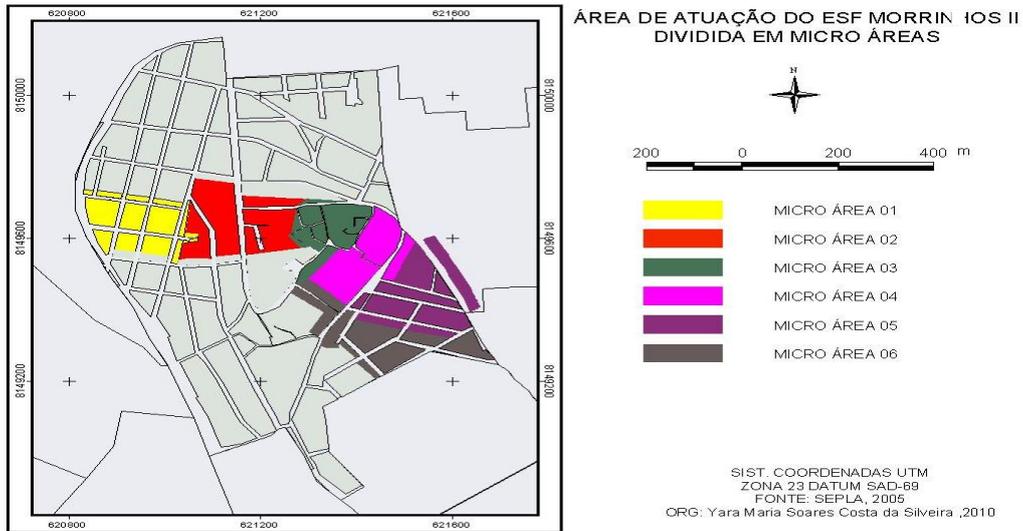
**Mapa 01:** Localização do bairro Morrinhos na cidade de Montes Claros - MG.



Fonte; SIST COORDENADAS URM; ZONA 23 DATUM SAD-69; SEPLA, 2005. Organização: Silveira, 2010.

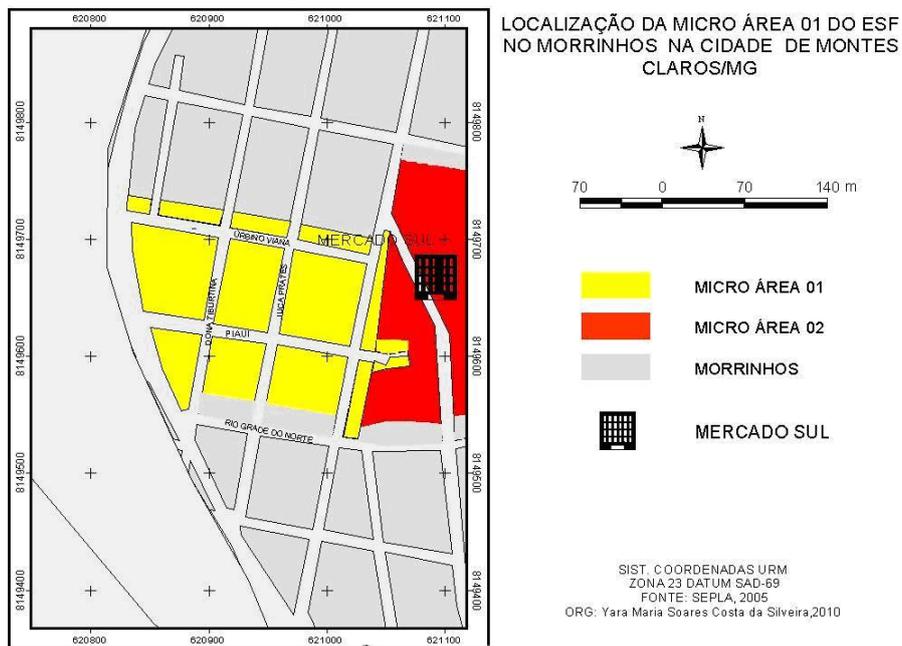
Como demonstrado no mapa 01, o bairro Morrinhos, onde está inserida a Micro área I, objeto desta pesquisa, localiza-se na área central da cidade de Montes Claros, MG/Brasil. Há na macro-área do bairro 9.751 pessoas cadastradas na base de dados da USF, sendo subdivididas em três meso-áreas de abrangência. Cada meso-área é composta por seis micro-áreas sob a responsabilidade de uma equipe multiprofissional. (Borges, 2007). Os critérios de classificação das micro-áreas seguem o perfil socioeconômico e sanitário do bairro. Os mapas 02 e 03 a seguir mostram as micro-áreas de atuação da ESF no Bairro Morrinhos e a localização da micro área I:

### Mapa 02: Área de atuação da ESF Morrinhos dividida em Micro-Área



Fonte; SIST COORDENADAS URM; ZONA 23 DATUM SAD-69; SEPLA, 2005. Organização: Silveira, 2010.

### Mapa 03: Localização da Micro-Área 01 do ESF no Morrinhos



Fonte; SIST COORDENADAS URM; ZONA 23 DATUM SAD-69; SEPLA, 2005. Organização: Silveira, 2010.

Na micro-Área I estão cadastradas 145 famílias, de acordo com os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Montes Claros/2010, distribuídos em 43% do sexo feminino e 57% do sexo masculino, em que a faixa etária com maior quantidade de indivíduos é a dos adultos, totalizando 59%.

A partir dos dados coletados verificou-se que as famílias vivem em boas condições sanitárias. Sobre a infra-estrutura, observou-se que 100% dos pesquisados são abastecidos com água tratada e rede de esgoto; 94% das famílias utilizam da filtração como a única forma de tratamento de água em seus domicílios e 6% destas consomem a água sem nenhum tratamento. Ainda sobre a micro-área verificou-se que 100% dos domicílios se servem da coleta de lixo pública como destino final dos seus resíduos. No que se refere às residências, observou-se que 100% delas são de alvenaria e usam energia elétrica.

## **Metodologia**

A metodologia utilizada na elaboração deste artigo teve como suporte a pesquisa a campo de caráter quali-quantitativo. A pesquisa quantitativa utiliza técnicas estatísticas e normalmente consiste na aplicação de questionários. Neves (1996) afirma que os estudos quantitativos geralmente procuram seguir um plano previamente estabelecido, dizendo ainda que a pesquisa quantitativa enumera e mede eventos, utilizando instrumentos estatísticos no momento de análise dos dados.

Este trabalho tem como objetivo geral verificar se o novo modelo da atenção primária à saúde tem proporcionado mudanças de mentalidade e cultura da população adstrita na micro-área 02 e as contribuições percebidas pela própria comunidade na melhoria da saúde, através dos serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família - ESF, como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde – SUS.

Para tentar alcançar os objetivos deste trabalho, foi feita revisão bibliográfica e a seguir realizou-se pesquisa de campo com 15 famílias da micro-área 01/ Equipe 02, que representam 25% das que mais utilizam os serviços oferecidos pela ESF. A pesquisa de campo foi efetuada com entrevistas dirigidas por questionários semi-estruturados, que foram as principais fontes de informação.

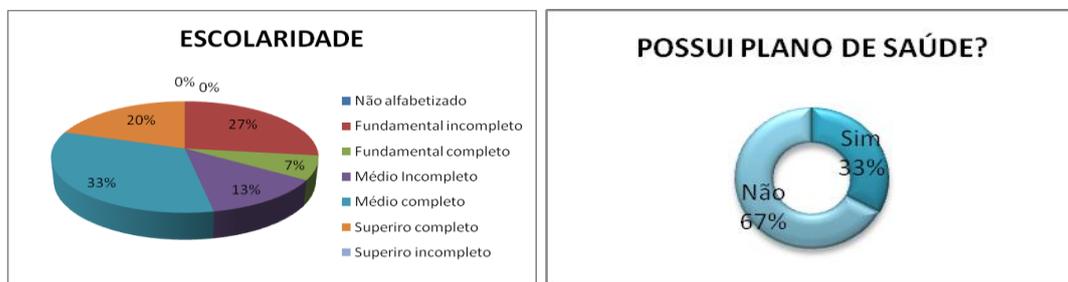
Foram, ainda, levados em consideração os depoimentos obtidos através de comentários dos moradores pesquisados entre uma pergunta e outra. Os dados

secundários coletados pela Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros mostraram-se imprescindíveis para se caracterizar a área de estudo. Utilizaram-se ainda técnicas de geoprocessamento para a elaboração de mapas e outros softwares para processamento dos dados da pesquisa e construção dos gráficos.

## Análise e discussão dos resultados

### 1. Perfil socioeconômico e utilização dos serviços de saúde

A pesquisa consistiu em fazer levantamento do perfil socioeconômico dos entrevistados e quais serviços oferecidos pela ESF que mais utilizam com a finalidade de traçar o perfil da clientela. Posteriormente foi identificado o nível de satisfação dos usuários concernente a infra-estrutura, relação usuário-equipe saúde da família e resolutividade dos serviços oferecidos. Esse processo consistiu em conhecer as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, se possui ou não plano de saúde e quais os serviços oferecidos pela ESF que eles mais utilizam, além de conhecer qual é o ponto de vista dos clientes em relação à assistência a saúde antes e depois da implantação da ESF.



**Gráfico 01:** Nível de escolaridade dos usuários Gráfico 02: Distribuição percentual dos usuários participantes da pesquisa. Fonte: Org.: Silva, 2011. que possuem ou não plano de saúde.Org.: Silva, 2011

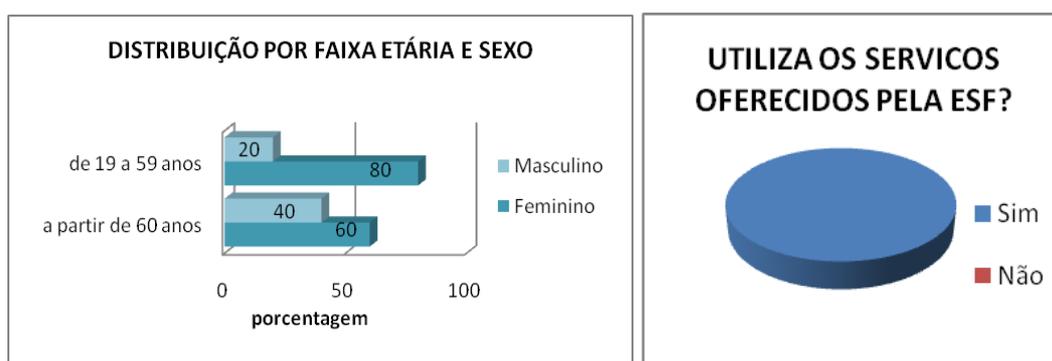
É possível destacar nos gráficos 01 e 02 que o grau de escolaridade predominante é de nível médio completo e ensino fundamental incompleto, bem como que mais da metade dos entrevistados não possui



Figura 1: Atividades de educação em saúde na USF. Autor: Silva, 2011.

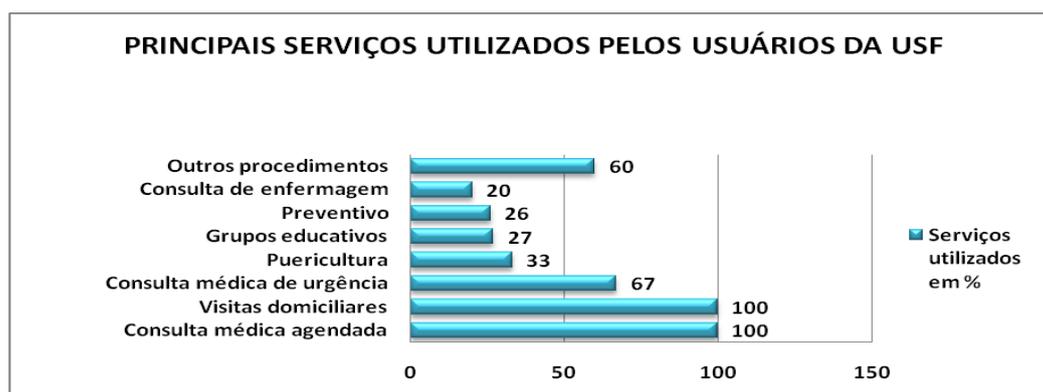
nenhum plano de saúde, fator que está diretamente ligado ao nível de escolaridade que

gerará menor percentual socio-econômico, e até mesmo a exclusão social na questão relacionada a saúde, donde se conclui que a ESF é de suma importância para a sua universalização, o que vem reforçar também os dados mostrados no gráfico 04, todos usufruindo os serviços públicos da ESF.



**Gráfico 03:**Distribuição de faixa etária e sexo. **Gráfico 04:** Entrevistados que utilizam os serviços da USF. Fonte: Org.:Silva,2011. Org.:Silva,2011.

Em relação à faixa etária dos entrevistados, na sua maioria são adultos e do sexo feminino, embora todos utilizam os serviços oferecidos pela ESF. Como demonstra o gráfico 05, os principais serviços utilizados pelos usuários da USF são consultas médicas agendadas e de urgência, visitas domiciliares e outros procedimentos como aferição de Pressão Arterial (P.A) e glicose, vacinas, curativos, etc.



**Gráfico 05:** Distribuição percentual dos usuários participantes da pesquisa segundo serviços utilizados na Unidade Saúde da Família, na micro-área 01/ Equipe 02 no bairro Morrinhos em Montes Claros/MG.

Fonte: Org.:Silva, 2011.

## 2. Infra-estrutura

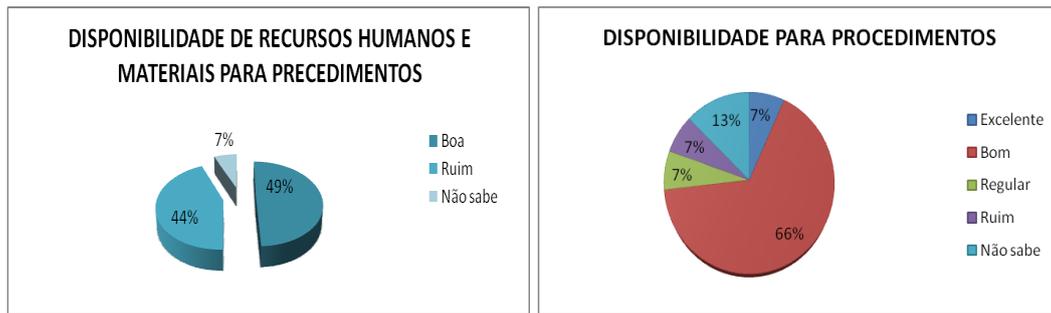
Quanto à infra-estrutura, na percepção dos usuários, os gráficos de 06 e 07 demonstram que a maioria dos entrevistados estão satisfeitos com a aparência e estrutura física da USF, no que concerne a percepção visual, sonora, olfativa nos itens: limpeza, conforto, número de salas, distribuição e tamanho das mesmas. E quanto ao estado e conservação da Unidade de Saúde confirmam também o nível positivo de satisfação nos seguintes itens: mobília, organização do espaço físico, escadas, rampas, banheiros, equipamentos.



**Gráfico 06:** Distribuição percentual dos usuários da USF segundo aparência física. **Gráfico 07:** Distribuição percentual dos usuários da USF segundo estado e conservação da USF.

Fonte: Org.:Silva,2011.

Os gráficos 07 e 08 permitiram identificar que 66% dos clientes da ESF consideram boa a disponibilidade para realização dos procedimentos, como por exemplo, aferição de pressão e glicose, curativos, aplicação de medicamentos e vacinas, principalmente em campanhas. Em contrapartida, os mesmos avaliaram que embora haja disponibilidade de estrutura na realização dos procedimentos, há um déficit de materiais, principalmente para curativos, e também recursos humanos para atender a demanda. Alguns usuários chegam a comprar materiais como soro, gaze ou esparadrapo para procedimentos realizados na USF.



**Gráfico 08:** Disponibilidade de recursos humanos Gráfico 09: Disponibilidade para procedimentos e materiais para procedimentos.

Fonte: Org.: Silva.2011.

A quantidade e qualidade de equipamentos disponíveis na USF, são consideradas satisfatórias segundo os entrevistados, com bom número de aparelhos disponíveis para aferir P.A, ou glicose, balanças, macas, cadeiras, bebedouros, etc. Quanto à privacidade no atendimento, percebe-se um elevado nível de satisfação por parte dos clientes.

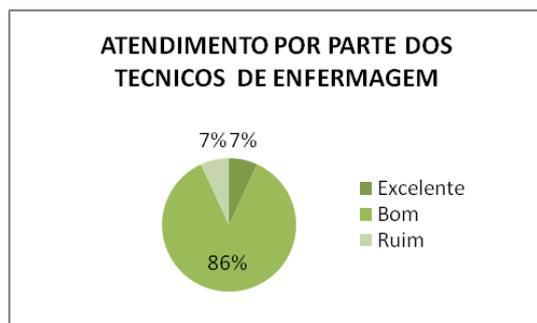


**Gráfico 10 :**Qualidade e quantidade de Gráfico 11: Privacidade no atendimento equipamentos na USF.

Fonte: Org.: Silva, 2011.

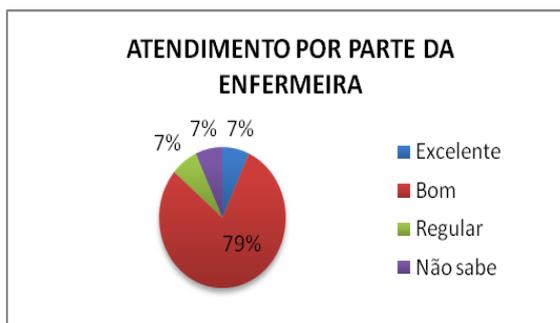
### 3. Relação usuário-equipe de saúde da família

A qualidade da assistência relacionada aos profissionais da enfermagem foi avaliada como positiva (bom) tanto para as técnicas em enfermagem quanto para a enfermeira. O que demonstrou competência e qualidade técnica da equipe.



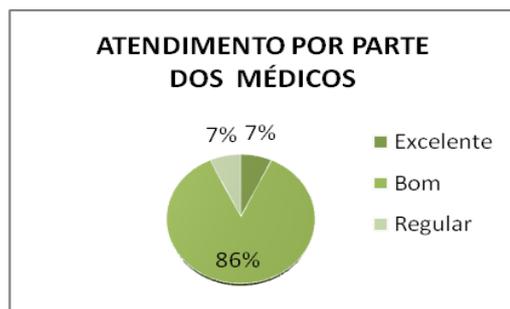
**Gráfico 12:** Atendimento por parte dos Enfermeira.

Fonte: Org.: Silva, 2011.



**Gráfico 13:** Atendimento por parte da técnicos de enfermagem.

Nos gráficos 13 e 14 ,os resultados da avaliação se assemelham com os gráficos anteriores, mas apesar do esforço dos profissionais, o número de médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos, segundo os entrevistados, ainda é insuficiente para atender a demanda com agilidade necessária à saúde. Apesar deste quadro, as consultas e atendimentos acontecem obedecendo os critérios de prioridade.



**Gráfico 14:** Atendimento por parte do Médicos.

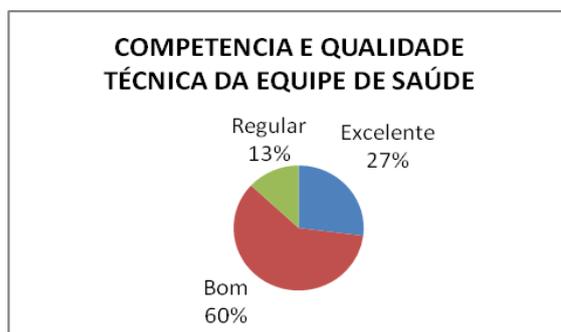
Fonte: Org. Silva, 2011.



**Gráfico 15:** Atendimento por parte dos dentistas.

A qualidade de assistência otimizada na Unidade de Saúde está relacionada a oferta dos serviços de saúde disponibilizados. Neste prisma , a competência dos profissionais está intrinsecamente ligada à qualidade dessa assistência. Observa-se que em todo o trabalho desenvolvido pela equipe da ESF, os clientes preferem , no caso do bairro Morrinhos, Montes Claros – MG/Brasil, os serviços públicos, preterindo os privados, não apenas pela falta de condições socioeconômicas, também pela boa qualidade que usufruem dos mesmos, no sentido de terem satisfação , liberdade, praticidade, segurança e confiabilidade nos atendimentos. Para Merly (1994), é bem simbólico para o usuário e algo considerado indispensável e singular na vida dos

mesmos. Starfield (2002) confirma os escritos de Merly , reforçando que o senso de confiança no profissional produz nos usuários mais conforto nos relatos importantes por eles prestados e resposta positiva às orientações do profissional. Diante das questões aqui relatadas pelos pesquisadores sobre a relação usuário e a equipe de Saúde da Família, é preciso levar em consideração os resultados não satisfatórios das avaliações dos profissionais em geral, confirmadas através dos resultados demonstrados nos gráficos, pois nota-se que ainda há muito para melhorar em diversos requisitos da assistência primária.



**Gráfico 16:** Competência e qualidade técnica oferecidos pelos da equipe de Saúde da Família.  
Fonte: Org.:Silva,2011.

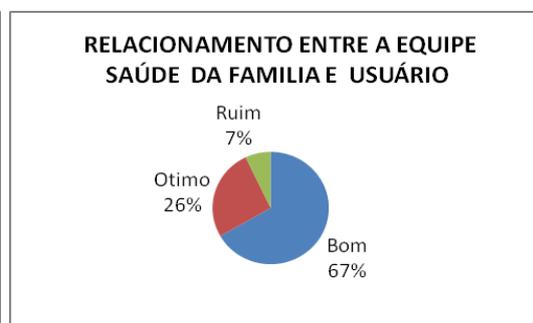


**Gráfico 17:** Esclarecimentos oferecidos pelos profissionais da USF.

A pesquisa ainda possibilitou conhecer que as famílias estão satisfeitas com o trabalho da Agente Comunitária de Saúde (ACS) que visita suas casas. Os entrevistados relataram que no trabalho da ACS há uma relação de responsabilidade, de vínculo afetivo, amizade, eficiência, conduta ilibada, além de conhecimento do modelo assistencial vigente. Vide gráficos 18 e 19.



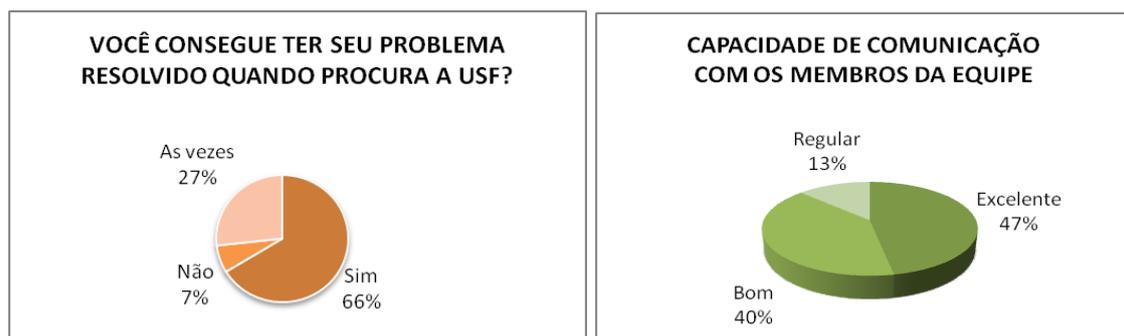
**Gráfico 18:** O trabalho realizado pela agente comunitária de Saúde.  
Fonte: Org.:Silva,2011.



**Gráfico 19:** Relacionamento entre a família e usuário.

#### 4. Resolutividade

O Ministério da Saúde (2001) esclarece que a resolutividade relaciona-se à competência dos diversos níveis de atenção, dentro do limite de capacidade de enfrentar e solucionar os problemas ligados à saúde, apresentados pela população. Merly (1994) infere que a resolutividade nas ações não é apenas uma conduta, mas a capacidade que o profissional dispõe de utilizar tecnologias adequadas disponíveis no diagnóstico e tratamento de cada usuário, o que resultará em satisfação do mesmo. Apesar de 34 % dos entrevistados não estarem satisfeitos com a resolução das suas queixas quando procuram a Unidade de Saúde, em contraposição, 66 % sentem-se satisfeitos neste quesito. Quanto à capacidade de comunicação com a equipe, verifica-se que a USF tem cumprido seu papel, visto que 87 % dos usuários reconhecem que é boa ou excelente a comunicação entre eles e a equipe, o que vem confirmar o *feed-back* entre ambos. Apenas 13 % responderam ser regular, fato relevante quanto às críticas citadas por eles.



**Gráfico 20:** Problema de saúde resolvido quando procura a USF. **Gráfico 21:** Capacidade de comunicação com os membros da equipe.

Fonte: Org.:Silva,2011.

Fez parte da pesquisa conhecer qual era a concepção dos entrevistados quanto ao conceito de promoção à saúde, pois é esta a máxima da ESF e suas atividades são, em sua maioria, voltadas para promover a saúde das famílias que a USF atende. Neste contexto, 54% respondeu saber o que é promoção de saúde. Para eles, promover saúde significa:

*“é não estar doente”(usuário 1- idosa)*

*“ausência de doenças”(usuário 2 - adulto)*

*“é cuidar da saúde”(usuário 3 –idosa)*

*“fazer atividades físicas e ter uma alimentação saudável”(usuário 4 - idoso)*

*“é promover campanhas, divulgar e prevenir”. (usuário 5- adulta)*

*“é apresentar formas saudáveis de viver.”(usuário 6 – adulta)*

“é o equilíbrio físico, mental, social e espiritual. È ter qualidade de vida.”

(usuário 7- adulta)

“ é estar disposta, trabalhar ,ter lazer e ter relacionamentos.” (usuário 8- adulta)



**Gráfico 22:** O que é promover saúde promoção a saúde.

Fonte: Org.:Silva,2011.



**Gráfico 23:** Participa de atividades de oferecidas pela ESF? Org.: Silva, 2011.

A noção de promoção de saúde dos entrevistados que responderam saber o seu significado, demonstrou que este conceito vem sendo reformulado de acordo com as possibilidades de ampliarem e aprimorarem seus conhecimentos, que aos poucos vão sendo adquiridos no convívio e freqüência das atividades educativas promovidas pela equipe de saúde da família. Embora saibam que as atividades de promoção à saúde fazem parte da rotina da USF, somente 40% participam de pelo menos alguma delas. Nota-se que é grande (60%) o número de pessoas que não aderiram a nenhum grupo de educação continuada. Mas os pesquisadores perceberam que já existe uma sensibilização por parte dos mesmos. Os depoimentos relatados estão diretamente ligados ao estilo de vida que as famílias possuem, demonstrando a sua identidade cultural. Já o conceito utilizado pela Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde em Ottawa (1986), traz a idéia de que saúde é sinônimo de qualidade de vida como resultado de um complexo processo ligado a diversos fatores, tais como a alimentação, a justiça social, o ecossistema, renda e educação.

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde

é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (OTTAWA, 1986)

No Brasil este conceito serviu de base ideológica para se desenvolver a Estratégia Saúde da Família como um modelo de reorganização dos serviços da Atenção Primária. Cabe aqui inferir que compreender esse conceito possibilita maior esclarecimento da finalidade das ações e atuação na ESF.



**Figura 01:** Frente da USF Morrinhos (superior-esquerda), recepção (superior-centro), atendimento médico (inferior-esquerda), acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da criança (inferior-centro) e atendimento odontológico (direita).

Autor: SILVA, T., 2011.

### **Considerações finais**

A proposta do ESF busca compreender a família em seu próprio espaço social, através de ferramentas do campo da promoção de saúde, para a construção de ambientes familiares mais saudáveis, compreendendo seus contextos socioeconômicos, culturais e psicológicos. A Unidade Básica de Saúde da Família (UBS) é considerada a porta de entrada para o acesso da atenção primária, devendo ela estar integrada a outros serviços de diferentes níveis de complexidade, formando, assim, um conjunto complementar que garanta resolutividade e permita que os pacientes sejam acompanhados continuamente (BRASIL, 2001).

Entende-se que verificar quais as contribuições percebidas pela comunidade na melhoria da saúde através dos serviços prestados pela ESF, como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), através de um novo modelo de atenção primária é decisório na melhoria das ações desenvolvidas pelos gestores municipais responsáveis pelos serviços.

Dentre os aspectos avaliados é possível inferir que nas questões relativas à infraestrutura e aparência física da USF, os entrevistados as avaliaram positivamente. Também nas relações desenvolvidas entre equipe e usuários, os resultados foram satisfatórios pois enquadram nos princípios de humanização do SUS.

Quanto à resolutividade dos aspectos avaliados, existe comprometimento por parte da equipe profissional em resolver as situações que lhes são peculiares, porém há déficits que precisam ser revistos e aperfeiçoados, em especial no que concerne as relações de comunicação usuários e equipe.

Pode-se inferir ainda que famílias ainda não valorizam o esforço desenvolvido na USF para a promoção da saúde, fato que foi possível constatar nos gráficos de frequência e adesão das atividades de ações em saúde. É preciso maior dinamização na divulgação por parte da USF sobre a importância das atividades educativas como uma das garantias de efetivação e materialização da promoção da saúde das famílias.

Estudos que visam avaliar a assistência a saúde pelos usuários devem ser reconhecidos no dia-a-dia dos seus profissionais, bem como no âmbito acadêmico, pois poderá auxiliar o cotidiano das ações e gestão dos serviços de saúde. Neste sentido, cumprir-se-á o exercício da cidadania e assegurará um direito constante na Lei Orgânica da Saúde, LEI 8.142/90 ( Brasil ,1990).

## **Referências**

- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília, 2001. 128 p.
- BESEN, B.C. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. Revista Saúde e Sociedade v.16, n.1, p.57-68, jan-abr 2007.
- BORGES, M. D. Processo de re-territorialização do Programa Saúde da família do bairro Morrinhos – Equipe I. Relatório de Estágio Curricular do Curso de Enfermagem. Universidade Estadual de Montes Claros, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem, 2007.
- BURKE, P. A cultura popular na idade moderna. S. Paulo, Cia. das Letras, 1989.
- CALDEIRA, A.P. et al. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(8):1965-1970, ago, 2007.
- CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre promoção de saúde. Ottawa, 1986. Disponível em

-----

<<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em 16 abr 2010.

CORREA, V. Globalização e Neoliberalismo: o que isso tem a ver com você professor? Rio de Janeiro: Quartet, 2000.

\_\_\_\_\_. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP. Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1994, 95p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 72 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. Secretaria Executiva Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 32p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/0440%20miolo.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2007.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca das ações de saúde. In: CECÉLIO: L.C.O. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 117-160.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, expectativa e possibilidade. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 1, n. 3, p.1-5, 1996.

RONCOLLETA, A.F.T. et al. Princípios da medicina de família. São Paulo: Sombramfa, 2003.

SANTOS, M. S. Estratégia Saúde da Família : Qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário. Dissertação apresentada no mestrado em Educação, cultura e organizações Sociais. Fundação Educacional de Divinópolis. UFMG, MG, 2008

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

\_\_\_\_\_. Uma Agenda para a Saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999a. 300 p.