

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

ISIS LUZ SOUZA NASCIMENTO

LUANA BARROS DOS SANTOS

**SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ:**

Uma investigação sobre a baixa adesão de pacientes de doenças crônicas (Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistema) ao Programa de Saúde da Família

SÃO PAULO - SP  
2011

ISIS LUZ SOUZA NASCIMENTO

LUANA BARROS DOS SANTOS

**SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ:**

Uma investigação sobre a baixa adesão de pacientes de doenças crônicas (Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistema) ao Programa de Saúde da Família

Relatório apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas como requisito da realização do Projeto Conexão Local para Estudantes de Graduação ciclo 2011.

Campo do conhecimento: Gestão Pública.

Supervisora: Maria Grazia Gorla Justa.

SÃO PAULO - SP  
2011

## **RESUMO**

Palavras-chave:

## **ABSTRACT**

Keywords:

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2 METODOLOGIA.....</b>	<b>7</b>
<b>3 MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ.....</b>	<b>9</b>
3.1 Dados históricos e Demográficos .....	9
3.2 Dados sobre a Saúde .....	9
<b>4 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>10</b>
4.1 Dados do PSF no Brasil .....	11
4.2 O PSF em Porto Feliz .....	11
<b>5 DOENÇAS CRÔNICAS .....</b>	<b>13</b>
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).....	14
5.2 Diabetes Mellitus .....	14
<b>6 A PESQUISA DE CAMPO.....</b>	<b>16</b>
<b>7 ANÁLISE E RESULTADOS DA PESQUISA .....</b>	<b>17</b>
7.1 Entrevistas com Agentes Comunitários de Saúde.....	17
7.2 Entrevistas com Médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.....	20
7.3 Entrevista com a população .....	23
<b>8 QUESTIONÁRIO SOBRE “AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS” .....</b>	<b>25</b>
<b>9 CONCLUSÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>10 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>29</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

O objetivo do presente artigo é investigar a baixa adesão de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus ao Programa de Saúde da Família no Município de Porto Feliz, SP. Para a realização do estudo, foi realizada uma pesquisa qualitativa utilizando questionários com perguntas abertas aplicadas a todos os agentes envolvidos no sistema de saúde do município: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e os próprios usuários do SUS (pacientes). Foi aplicado também um questionário junto aos gestores de saúde a fim de analisar a atenção às doenças crônicas na cidade. Com a realização da pesquisa foi possível observar que o município possui uma infra-estrutura de saúde muitas vezes não utilizada pela população em sua plenitude. Isso acontece por uma série de elementos que leva a baixa adesão de pacientes de doenças crônicas ao tratamento, tais como: falta de informação da população sobre o Programa de Saúde da Família, desconhecimento sobre as causas, sintomas e seqüelas das doenças crônicas e a falta de discurso coordenado entre os membros dos postos de saúde e os gestores da secretária de saúde.

## 2 METODOLOGIA

Para o estudo da problemática de não adesão ao Projeto DAQUARAS & DM da população portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus no Município de Porto Feliz-SP, foi escolhida a pesquisa qualitativa com aplicação de questionários pré-formulados elaborados pelas pesquisadoras com auxílio da supervisora. Foram elaborados três questionários diferentes para cada grupo de entrevistados: um para os agentes comunitários de saúde (ACS), um segundo para médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, e um terceiro para a população portadora das doenças referidas. Também foi aplicado um questionário elaborado pela instituição norte-americana *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) aos diretores da secretaria de saúde.

As perguntas foram elaboradas com base nas suposições prévias da Secretaria Municipal de Saúde sobre os motivos da não adesão da população ao programa de cuidado às doenças crônicas. O objetivo era obter um amplo material com a opinião de todos os agentes envolvidos no programa (ACS, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, população e Secretaria de Municipal de Saúde). Dessa forma, será possível uma avaliação mais completa da situação, não limitando nossas conclusões a uma explicação unilateral da realidade.

A amostragem da pesquisa foi definida com base no método por saturação aplicado a todos os grupos. “O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição<sup>1</sup>, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados”. (Amostragem por Saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas).

A escolha dos grupos de ACS e médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem para a realização das entrevistas foi feita de acordo com a disponibilidade dos membros de cada equipe das unidades PSF. Foi possível entrevistar os membros de cada grupo nas unidades PSF de acordo com sua disponibilidade. A população, por sua vez, foi determinada por amostra intencional, sendo entrevistados apenas indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, mas que não faziam o tratamento de forma adequada.

Ao adotar a metodologia por saturação na pesquisa, um dos pontos principais é a determinação do tal ponto de saturação. O fechamento da amostra resulta de um balanço que

---

<sup>1</sup> Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications;1994.

o pesquisador faz em relação às várias respostas obtidas. Cabe a ele decidir se as informações estão suficientes ou se novas respostas continuarão a contribuir com a pesquisa.

O processo utilizado para determinar o ponto de repetição das amostras não é matemático e sim cognitivo (envolvendo a percepção do pesquisador e seu domínio teórico); ou seja, para conseguir determinar a saturação o pesquisador deve ultrapassar tal ponto, constatar que as contribuições marginais das respostas não são mais expressivas e assim determinar o fechamento da amostra. Por tratar-se ser de uma ferramenta influenciada por fenômenos cognitivos e afetivos dos pesquisadores, o encontro desse ponto de saturação está sujeito a imprecisões.

Para evitar erros, a determinação do ponto de saturação foi um aspecto de extrema relevância no decorrer da pesquisa. As pesquisadoras evitaram falsas impressões de repetições analisando cuidadosamente as respostas obtidas antes de se chegar a qualquer conclusão. Apesar de não se poder afirmar que houve 100% de precisão, pois como explicado anteriormente, métodos que envolvem aspectos cognitivos estão sujeitos a falhas, pode-se dizer que as respostas foram analisadas, a fim de minimizar as imprecisões e assegurar o fechamento correto das amostras.



### 3 MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ

#### 3.1 Dados históricos e Demográficos

Porto Feliz é um município localizado no Estado de São Paulo com extensão de 556,56 quilômetros quadrados e população de 49.225 habitantes. A densidade demográfica da região é de 88,45 habitantes por quilômetro quadrado. A porcentagem da população com menos de 15 anos é de 21,04% e a porcentagem com mais de 60 anos é de 11,4%.

Porto Feliz possui um papel relevante no processo de extensão das fronteiras nacionais. O município era ponto de partida das monções, via Tietê. As monções foram expedições fluviais que partiam em direção ao sertão a procura de ouro, para realizar comércio e estimular o povoamento.

#### 3.2 Dados sobre a Saúde

**Tabela 1 Dados sobre a saúde no município de Porto Feliz**

<b>Estatísticas Vitais e Saúde</b>	<b>Ano</b>	<b>Município</b>	<b>Reg. Gov.</b>	<b>Estado</b>
Taxa de Natalidade (Por mil habitantes)	2009	13,13	13,94	14,69
Taxa de Fecundidade Geral (mil mulheres entre 15 e 49 anos)	2009	46,60	48,95	52,12
Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos)	2009	14,13	13,40	12,48
Taxa de Mortalidade na Infância (Por mil nascidos vivos)	2009	15,70	15,96	14,46
Taxa de Mortalidade da População entre 15 e 34 Anos (Por cem mil habitantes nessa faixa etária)	2009	132,68	131,14	127,25
Taxa de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais (Por cem mil habitantes nessa faixa etária)	2009	3.927,15	3.947,07	3.709,39
Mães Adolescentes (com menos de 18 anos) (Em %)	2009	9,73	7,18	7,22
Mães que Tiveram Sete e Mais Consultas de Pré-natal (%)	2009	89,42	86,44	76,61
Partos Cesáreos (Em %)	2009	61,07	55,80	57,56
Nascimentos de Baixo Peso (menos de 2,5kg) (Em %)	2009	10,06	8,93	9,22
Gestações Pré-termo (Em %)	2009	9,13	8,46	8,62

Fonte: Fundação SEADE

#### 4 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF) com o objetivo de substituir e reorganizar o modelo de atenção básica à saúde. Esta nova estratégia de atendimento à comunidade prioriza ações de prevenção, promoção, educação e reabilitação, tendo como meta não apenas o atendimento integral do paciente, mas também o incentivo à organização e participação comunitária. O trabalho é realizado por equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários) responsáveis pelo atendimento e cuidado das famílias de uma área geográfica delimitada.

O atendimento à população é feito nas chamadas Unidades Básicas de Saúde da Família. Essas unidades são postos de saúde que oferecem atendimento contínuo nas especialidades básicas, como, por exemplo, clínica médica, pediatria e ginecologia. O principal diferencial desse modelo são as visitas realizadas às residências por agentes comunitários de saúde (ACS), e em casos especiais por médicos e enfermeiros também. O agente comunitário de saúde<sup>2</sup> é o profissional que realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde nas comunidades, sempre provisionado e coordenado por um médico ou gestor de saúde. É morador da comunidade e passa por treinamentos e cursos a fim de entender melhor as causas das doenças e das técnicas de prevenção formando, assim, um elo entre a população e o sistema de saúde. Além de promover trabalhos para a conscientização da população, o ACS realiza o cadastro das famílias, faz orientações individuais e coletivas, identifica áreas de risco e focos de doenças, realiza visitas domiciliares e desenvolve ações educativas que envolvam a comunidade. Como resultado de todo esse trabalho, as equipes do PSF constroem vínculos com a comunidade ao verificar os problemas e necessidades das famílias cadastradas.

Como o PSF tem como um de seus objetivos a prevenção de doenças, o acompanhamento regular dos pacientes é essencial. Por isso, existem as chamadas consultas de rotina, agendadas geralmente pelo ACS. Os agentes também controlam a medicação dos doentes crônicos, oferecem orientação sobre dengue, leptospirose, higiene básica e outros cuidados com a saúde. Já as visitas domiciliares de médicos, enfermeiros e auxiliares são realizadas somente quando o agente identifica uma situação especial na qual o paciente

---

<sup>2</sup> Definição extraída do artigo “O agente comunitário de Saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde”, 2002. SILVA, J; DALMASO, A.

necessite de mais cuidado como no caso de idosos em situação de abandono, com dificuldades motoras, acamadas e com feridas.

#### **4.1 Dados do PSF no Brasil**

O IBGE divulgou em 2010 uma pesquisa realizada em todo o Brasil sobre o PSF. Segundo resultados da pesquisa, mais da metade dos brasileiros (cerca de 96 milhões de pessoas) estão cadastradas no Programa Saúde da Família. Os dados apontam que nos 27,5 milhões de residências cadastradas no programa – de um total de 57,6 milhões – vivem 50,9% da população.

A maior parte das famílias atendidas vive na Região Nordeste, que concentra 35,4% dos domicílios cadastrados, o que corresponde a 9,7 milhões de famílias. Em seguida estão o Sudeste, com 9,1 milhões de casas e o Sul, onde as equipes de saúde visitam 4,5 milhões de casas. A região Norte tem a menor cobertura: 2 milhões de domicílios, representando 7,4% do total no país.

Segundo a pesquisa, a população cadastrada é composta principalmente por pessoas de baixo nível de instrução e renda. Dos cadastrados, 61,9% tinham renda de até um salário mínimo e 36,1% ganhavam mais que dois salários mínimos. Além disso, dentre os 8,5 milhões de residências onde a pessoa de referência tinha menos de um ano de estudo, o atendimento chegava a 63,8%.

#### **4.2 O PSF em Porto Feliz**

O município de Porto Feliz implantou a Estratégia Saúde da Família no ano de 1999, iniciando o trabalho com duas equipes PSF. Ao longo dos anos o programa foi sendo expandido, tendo sido intensificado a partir de 2004. Atualmente, o município conta com dez Equipes de Saúde da Família completas. Tais equipes estão distribuídas em sete Unidades Básicas de Saúde da Família, localizadas nas regiões periféricas do município.

Segundo dados obtidos no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) de Março de 2011, Porto Feliz tem 10.008 famílias cadastradas na ESF, totalizando 35.031

peças, cobrindo 73,04% da população do município. A meta estabelecida para o ano de 2011 é o aumento do efetivo acompanhamento de 80% dos hipertensos e diabéticos cadastrados nas ESF/EACS. Segundos dados da Secretária Municipal de Saúde de Porto Feliz, o número de hipertensos cadastrados no programa é de 4.618 e 1.454 diabéticos.

O PSF em Porto Feliz conta com outros projetos auxiliares na assistência e atenção à saúde básica, como o projeto ProQuali cujo objetivo é proporcionar às famílias assistidas pelo PSF, especialmente grupos vulneráveis, o acesso ao alimento saudável, em quantidade e qualidade suficiente. O Projeto ganhou reconhecimento nacional, recebendo o Prêmio Pró-Equidade em Saúde no ano de 2011.

## 5 DOENÇAS CRÔNICAS

As doenças crônicas são doenças de evolução prolongada, permanente, para as quais, atualmente, não existe cura, afetando negativamente a saúde e funcionalidade do doente. No entanto, os efeitos dessas doenças podem ser controlados, sendo que os doentes podem manter uma boa qualidade de vida se seguirem o tratamento e prevenção adequados. As doenças crônicas mais comuns são diabetes, obesidade, cancro, doenças respiratórias, doenças cardiovasculares, a maioria das doenças auto-imunes e algumas infecções como tuberculose, lepra e sífilis.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) as doenças crônicas representam cerca de 59% do total de 57 milhões de mortes todos os anos e 46% do total de doenças. A expansão dessas doenças reflete os processos de industrialização. Urbanismo e desenvolvimento econômico e globalização alimentar, que acarretam em alteração das dietas alimentares, aumento dos hábitos sedentários, crescimento do consumo de tabaco. Além disso, metade das mortes causadas por doenças crônicas está diretamente associada às doenças cardiovasculares. Adicionalmente, cerca de 75% das doenças cardiovasculares são atribuíveis ao colesterol elevado, tensão arterial elevada, dieta pobre em frutas e vegetais, sedentarismo e tabagismo. Em relação ao diabetes, calcula-se que no mundo existam 177 milhões de pessoas com essa doença, a maioria portadora do tipo 2. Dois terços do total dos pacientes vivem nos países de desenvolvimento e mais de mil milhões de adultos sofrem de excesso sofrem com o excesso de peso, o que é um fator de risco tanto para hipertensão quanto para diabetes.

Apesar de muito diferentes entre si, as doenças crônicas apresentam fatores de risco comuns. Tais fatores são poucos e podem ser prevenidos: colesterol elevado, tensão arterial elevada, obesidade, tabagismo e consumo de álcool. É possível reduzir o risco de desenvolver uma doença crônica alterando o estilo de vida da população, como por exemplo: alterando a dieta alimentar, privilegiando vegetais, frutos secos e cereais integrais, reduzir as doses de alimentos salgados e doces; iniciando a prática de exercícios físicos diários; mantendo um peso normal (índice de massa corporal entre 18,5 e 24,9) e eliminando o consumo de tabaco.

## **5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**

A HAS é uma doença crônica que se caracteriza pela elevação da pressão do sangue dentro das artérias do corpo. É um dos problemas de saúde mais importantes do mundo, pois é um importante fator de risco para a ocorrência de acidentes vasculares cerebrais e infarto agudo do miocárdio. A HAS também está associada a um risco mais elevado de desenvolvimento de insuficiência cardíaca, insuficiência arterial periférica, insuficiência renal, disfunção erétil, e aneurisma da aorta. Na maioria das vezes não existe uma causa conhecida ou única para a hipertensão, coexistindo fatores como consumo acentuado de sal, sedentarismo, excesso de peso, herança genética, intolerância a glicose, entre outros. Os sintomas causados pela elevação da pressão arterial são raros. Geralmente o que se observa são sintomas como cefaléia, tontura e vômitos. Detectada a hipertensão arterial, o médico solicita alguns exames complementares (como exame de sangue e eletrocardiograma) e orienta medidas gerais como reduzir o consumo de sal, controle do peso, realização de atividades físicas e controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares: diabetes, tabagismo e colesterol elevado. Além disso, quando indicado, o médico prescreve medicamentos anti-hipertensivos.

## **5.2 Diabetes Mellitus**

Diabetes Mellitus é um grupo de enfermidades metabólicas caracterizada pela hiperglicemia (aumento dos níveis de glicose no sangue, resultado de defeitos na secreção de insulina ou em sua ação. Também pode ocorrer de o defeito estar relacionado às duas causas. Essa doença é um complexo transtorno global do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. Além disso, a determinação de suas causas é multifatorial, porém os fatores principais são excesso de peso, má alimentação e falta de exercícios físicos.

Existem dois tipos de Diabetes Mellitus: o chamado tipo 1 e tipo 2. A DM tipo 1 inicia-se normalmente na infância ou adolescência e se caracteriza por um déficit de insulina no sangue devido à destruição das células beta do pâncreas por processos auto-imunes ou idiopáticos. Os pacientes que sofrem dessa doença devem receber injeções diárias de insulina. A DM tipo 2, por sua vez, é caracterizada pela diminuição na resposta dos receptores de

glicose presentes no tecido periférico à insulina, levando ao fenômeno de resistência à insulina. As células beta do pâncreas aumentam a produção de insulina e, ao longo dos anos, a resistência à insulina acaba por levar as células beta à exaustão. A DM tipo 2 desenvolve-se freqüentemente em adultos, sendo muito associada com a obesidade.

Os sintomas mais freqüentes da diabetes são poliúria (pessoa urina com freqüência), polidipsia (sede aumentada e aumento do consumo de líquidos), polifagia (apetite aumentado), e em alguns casos, perda de peso. Quando os níveis altos de glicose permanecem por longos períodos, ocorre a absorção de glicose e isto causa mudanças no formato das lentes do olho, levando a dificuldade de visão. As complicações causadas pela diabetes se dão basicamente pelo excesso de glicose no sangue, sendo assim, existe a possibilidade de glicosilar as proteínas, além de retenção de água na corrente sanguínea e retirada da mesma do espaço intracelular. As principais complicações são, portanto: hiperglicemia, coma diabético, amputação, hipertensão, problemas dermatológicos, trombozes, pé diabético e dificuldade em coagular o sangue.

Por ser uma doença crônica, a diabetes não tem cura, sendo que as principais medidas a serem tomadas são: evitar e administrar os problemas relacionados à diabetes, a longo e curto prazo. É de extrema importância que o paciente siga uma dieta adequada, pratique exercícios físicos e monitore seus níveis de glicose. Medicamentos também são recomendados em alguns casos, bem como o uso de insulina, principalmente nos casos do tipo 1.

## **6 A PESQUISA DE CAMPO**

As pesquisadoras chegaram à cidade de Itu no dia 4 de julho, onde foram recebidas pelo Diretor de Saúde Junior Mantovani e a coordenadora Francies Oliveira. Em seguida, todos partiram para Porto Feliz para as primeiras instruções/ apresentações. Durante o período de estadia no município as pesquisadoras realizaram entrevistas presenciais com agentes comunitários, médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, usuários com hipertensão e/ou Diabètes e com os gestores do sistema de saúde em Porto Feliz (Julia, Junior Mantovani, Claudia Meirelles e Francies Oliveira). Para cada grupo de entrevistados foi formulado um questionário específico.

As primeiras semanas foram dedicadas a colher informações com agentes comunitários, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. As últimas semanas foram utilizadas para entrevistas com a população e gestores. É importante ressaltar que em todo o período de pesquisas as pesquisadoras obtiveram tanto suporte de informações quanto logístico da secretaria de saúde do município.

Realizadas todas as entrevistas, a última etapa foi a aplicação do questionário de “Avaliação da atenção às doenças crônicas” com os gestores (Julia, Claudia Meirelles, Junior Mantovani e Francies Oliveira). No final desse mesmo dia (22/07) as pesquisadoras voltaram para São Paulo.



## **7 ANÁLISE E RESULTADOS DA PESQUISA**

### **7.1 Entrevistas com Agentes Comunitários de Saúde**

Foram entrevistados 30 agentes comunitários - de um total de 48 - das oito equipes PSF da cidade. Os questionários foram aplicados aos agentes disponíveis, ou seja, que estavam presentes nos postos de saúde fazendo suas anotações e relatórios rotineiros. Todos eles foram bastante receptivos e se dispuseram a responder a todas as perguntas com transparência. Um dado importante é 47% deles atende entre 150 e 200 famílias por mês e 33% entre 200 e 250 gastando, em 40% dos casos, de 16 a 20 minutos em média em cada vista.

A maioria dos agentes comunitários é bastante jovem sendo que 67% têm idade entre 18 e 30 anos, 20% entre 30 e 42 e 14% possuem mais de 42 anos. Além disso, 67% possuem o ensino médio completo. Tais fatos (trabalhadores muito jovens e boa escolaridade) podem explicar a grande rotatividade de agentes comunitários no programa, sendo que 54% dos agentes entrevistados estavam realizando esse trabalho há menos de um ano. O trabalho como agente comunitário se torna, então, uma alternativa para os jovens conseguirem o primeiro emprego, sendo que ao encontrar oportunidades melhores, deixam o serviço. Dessa forma, a essência da função e a real finalidade do agente comunitário se perdem em meio à conveniência desse emprego. Quando entrevistados, 57% dos ACS responderam que sua função era servir como elo entre a unidade de saúde e as famílias, 40% acredita que seja orientar os pacientes e 27% afirmaram ter como função principal visitar as famílias para verificar sua situação atual. Porém, esquecem-se de que a função de um ACS vai muito além das questões pragmáticas, como visitas de rotina para averiguação da realidade de cada família. É preciso também que desenvolvam ações de educação e vigilância à saúde, promovam a educação e mobilização comunitária, visando principalmente a ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente. No município, as atividades coletivas de conscientização e envolvimento comunitário ainda são questões pouco desenvolvidas. A própria Secretária de Saúde reconhece que a participação comunitária ainda é limitada, sendo que no questionário aplicado aos gestores da secretaria sobre avaliação da atenção às doenças crônicas o item que trata sobre cooperação comunitária obteve pontuação média de 7,33. Quando o quesito é a associação dos pacientes aos recursos da comunidade, a pontuação

atribuída é de apenas cinco pontos. Neste sentido, a fim de desenvolver ações de longo prazo, é preciso o que os agentes estejam treinados, motivados e engajados com a causa.

Foi constatado também pelas respostas das entrevistas que parte dos agentes desconhecem as causas, sintomas e conseqüências da Hipertensão Arterial e da Diabetes Mellitus. A porcentagem de ACS que não sabiam citar nenhuma causa das doenças era de 27% no caso da HAS e 20% no de Diabetes. Além disso, 23% deles responderam incorretamente sobre as causas da HAS e 20% sobre a Diabetes, atribuindo causas erradas às doenças. A porcentagem daqueles que não sabiam relatar nenhum sintoma de uma pessoa com HAS foi de 13%, sendo que no caso da Diabetes esse número chegou a 27%. Adicionalmente, os sintomas mais comentados sobre a HAS foram dor na nuca (60%), dor de cabeça (57%) e tontura (30%). Em relação a Diabetes M. as respostas foram um pouco mais dispersas, sendo sede o sintoma mais lembrado (50%) seguido de tontura (20%). Quando perguntados sobre quais as conseqüências de não se tratar a HAS e a Diabetes, aqueles que não souberam responder correspondem a 20% e 27%, respectivamente. Os números são bastante altos se levarmos em consideração que os ACS recebem treinamento sobre as duas doenças e sobre seu trabalho todos os meses e que 33% dos entrevistados consideram-nos muito básicos. É de se preocupar que os agentes não saibam questões básicas sobre as doenças, visto que eles são o primeiro contato que a família tem com o programa PSF. O primeiro contato deve ser muito bem feito para que a família entenda os objetivos do programa e queira aderir-lo.

No que se refere à abertura da população ao PSF, todos os ACS relataram ser fácil conversar com as famílias, sendo que 90% dos agentes afirmaram que a população é bastante receptiva. O caso daqueles que não se mostram dispostos a conversar e a seguir o programa e o tratamento, é levado para os médicos e enfermeiros da unidade a qual a pessoa pertence, sendo pensadas ações para fazer com que esse paciente passe a fazer parte do programa, sendo que apenas 7% dos ACS afirmaram que tais casos não são resolvidos. Foi possível observar, portanto, que a receptividade da população não é uma dificuldade encontrada pelos ACS. Além disso, a pergunta referente às maiores dificuldades na realização do trabalho do ACS não obteve respostas unânimes: elas variavam de acordo com a área e com características pessoais do próprio agente. Algumas respostas obtidas foram: distância entre as residências (13%), falta de informação da população sobre o PSF (7%), falta de especialidades (7%) e dificuldade de encontrar as pessoas em suas casas durante o dia (13%). Cabe ressaltar que 13% dos agentes afirmaram não encontrar nenhuma dificuldade para a realização de seu trabalho.

Quando perguntados sobre sua opinião a respeito das razões que levavam os pacientes a não aderirem ao programa de saúde da família, 27% dos entrevistados acreditam que a falta de informação sobre o PSF seja a principal explicação para a falta de adesão, sendo que o segundo motivo mais relatado (20%) foi o fato de algumas famílias possuírem um plano de saúde. Tal fato é confirmado pelas respostas dos médicos e enfermeiros, sendo que 40% deles também consideram que a falta de conhecimento sobre as doenças e sobre o próprio PSF é a principal causa para a falta de adesão. Além da falta de informação, os médicos e enfermeiros apresentam outro fator importante: a falta de uma cultura preventiva. 13% deles afirmam que os pacientes desejam atendimento imediato nos postos PSF, sendo que o objetivo do programa é o de atender os pacientes de forma preventiva, com acompanhamento constante e consultas regulares e agendadas. Além disso, os médicos e enfermeiros relataram que há grande facilidade de conseguir receitas dos medicamentos por outros meios que não através do médico que deveria fazer o seu acompanhamento (por exemplo, na Santa Casa da cidade e nos horários de acolhimento dos postos de saúde).

Os agentes entrevistados também sugeriram alguns motivos pelos quais os pacientes não comparecem às consultas de rotina, principalmente: “teimosia” (27%), esquecimento das datas e horários (23%), questões de trabalho (17%) e irresponsabilidade dos pacientes (17%). Em relação aos motivos de não comparecimentos nas consultas agendadas, os médicos e enfermeiros possuem opiniões divergentes dos ACS, apontando outros motivos como: facilidade que os pacientes possuem de conseguir atendimento nos horários de acolhimento (47%), fugindo da responsabilidade de comparecer às rotinas de rotina; falta de informação sobre o PSF (12%); desinteresse dos pacientes em relação ao tratamento e à doença (12%) e esquecimento dos horários e dias das consultas (12%). Percebe-se, então, que agentes e médicos/enfermeiros possuem algumas opiniões diferentes. Entretanto, as respostas de dois grupos de entrevistados, parecem se complementar visto que cada um possui uma percepção sobre a realidade da população.

Algo bastante contraditório na pesquisa foi que a 43% dos ACS responderam que os pacientes seguem as recomendações de auto cuidado enquanto 47% afirmaram o contrário. Além disso, durante a realização da pesquisa com a população foi possível observar que as pessoas não se cuidavam de maneira adequada, tanto em relação à alimentação, medicação e exercícios físicos. Na entrevista com a população, 23% das pessoas afirmaram não seguir as recomendações de auto cuidado, 77% não se preocupam e não seguem a dieta adequada ao tratamento e prevenção da doença e 18% afirmaram não tomar a medicação prescrita de forma correta. Em contrapartida, uma questão que obteve respostas unânimes foi a respeito do

apoio das famílias aos pacientes portadores de doenças crônicas. Pelos resultados apurados, apenas 7% dos ACS consideram que o paciente não tem o apoio da família para realizar seu tratamento. Apesar disso, foi constatado, durante a realização da pesquisa e das conversas com os agentes, que alguns idosos são negligenciados pela família, contando apenas com o apoio dos ACS para levar o tratamento de forma correta.

Outro aspecto bastante evidente nas respostas dos agentes é que praticamente todos eles (80%) já receberam algum tipo de reclamação sobre o atendimento na unidade de saúde, sendo que os principais motivos de reclamação são: demora para marcar a consulta (47%), atendimento ruim por parte dos funcionários do posto (médicos, enfermeiros e atendentes), falta de médicos (17%) e atendimento feito por enfermeiros (13%). Apenas um dos agentes relatou nunca ter ouvido qualquer tipo de reclamação. As reclamações sobre a falta de medicamento é grande, sendo que 67% dos agentes afirmaram já terem recebido reclamações a esse respeito. Durante a realização da pesquisa também foi possível constatar que existe um preconceito por parte da população em serem atendidos por enfermeiros(as), pois as pessoas acreditam que tais profissionais sejam incapazes de prestar um bom atendimento por falta de conhecimento sobre as doenças, possuindo a crença que apenas os médicos são competentes e de que o atendimento com enfermeiras é perda de tempo, já eles não podem prescrever medicamentos.

Quando questionados a respeito do que se poderia fazer para melhorar o atendimento e tratamento das doenças crônicas, os agentes deram respostas bastante diversas, porém algumas se destacaram: oferecer mais informação para a população sobre as doenças e também sobre o PSF (37%), além de um maior incentivo ao cuidado da saúde por parte de toda equipe (17%), aumentar o número de especialidades na cidade (10%) e o acompanhamento (7%). 17% dos agentes afirmaram que não mudariam nada no modo como o atendimento e tratamento das doenças são feitos e 7% deles não soube responder a pergunta.

## **7.2 Entrevistas com Médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem**

Foram entrevistados sete enfermeiras, quatro médicos e três auxiliares das unidades de saúde. Nessa etapa, algumas dificuldades surgiram, entre elas: conciliação entre os horários das entrevistas com o do atendimento aos pacientes, e em alguns dos postos o médico não estava presente. No período da manhã, os postos ficam cheios devido ao processo

conhecido como acolhimento (pessoas que não têm hora marcada, mas que precisam de atendimento com certa rapidez são recebidas). Após tal processo, tem início às consultas com hora marcada, o que torna o dia atarefado para esses profissionais da saúde e com pouca disponibilidade para receber as pesquisadoras; apesar do ritmo intenso de trabalho, os médicos e enfermeiras foram receptivos e responderam as questões. Em outros casos, nas unidades de saúde não havia médicos e os motivos eram variados como treinamento de equipe, demissão, licença por doença e congresso.

Aos médicos, enfermeiras e auxiliares entrevistados foi aplicado um questionário com 11 questões abertas. Por meio de tal ferramenta, puderam-se constatar alguns aspectos que serão apresentados adiante. Dos entrevistados, 64% tinham até 30 anos e 36% executam suas respectivas funções por um período de até seis meses, o que pode significar elevada rotatividade entre os profissionais. A frequência de atendimento para 64% dos médicos e enfermeiras é entre 20 e 40 pessoas por dia e para 21% é de até 20 pessoas.

Quando perguntados sobre a maior dificuldade encontrada ao realizar seu trabalho, as respostas obtidas foram variadas, mas apresentaram certo grau de repetição. 14% dos médicos, enfermeiras e auxiliares afirmaram que há pacientes que não entendem a doença (diabetes e/ou hipertensão) e o tratamento necessário, pois essas doenças necessitam de autocuidado permanente (medicação tomada adequadamente e dieta especial). A maioria das pessoas não realiza alimentação balanceada e alguns nem tomam o remédio de maneira satisfatória; quando questionados sobre os motivos de tal fato os médicos e enfermeiras responderam que muitos usuários têm preguiça, descaso com sua própria doença ou então acreditam que nunca irão piorar.

Outra resposta obtida dos profissionais da saúde em relação ao maior problema enfrentado em seu trabalho é a falta de aderência da população ao programa saúde da família (resposta de 7% dos profissionais). Segundo 29% dos médicos, enfermeiros e auxiliares, a população não tem a “cultura” da medicina preventiva, pois acreditam que devem recorrer ao médico apenas quando sentirem dores ou mal estar, assim muitos pacientes não freqüentam regularmente as consultas de rotina ou então não praticam uma dieta saudável.

Há também aqueles profissionais que reclamaram em relação à falta de infra estrutura como material, exames e medicamentos (36% dos entrevistados); a reclamação mais freqüente foi em relação a exames específicos. Isso ocorre, pois em Porto Feliz não há possibilidade de o paciente realizar determinados tipos de exames, assim a população é encaminhada para Itu ou alguma outra cidade próxima; entretanto a demanda por alguns tipos de exame excede a capacidade de atendimento, o que origina longas filas de espera.

Somente uma enfermeira elencou a distância como sua principal dificuldade para o trabalho. Isso é explicado por tratar-se de uma enfermeira da unidade de saúde rural, localizada em uma região de assentamento de terra, onde as residências são distantes umas das outras e também distantes em relação ao posto. A enfermeira afirmou que não é sempre que tem um carro disponibilizado pela secretaria de saúde, o que diminui sua produtividade por ter que percorrer a pé longas distâncias.

Outra pergunta que estava no questionário aplicado era em relação às causas que levariam a população a não aderir ao programa. Falta de conhecimento sobre o funcionamento do programa foi a resposta mais dada, 43% dos entrevistados responderam isso. Ainda não há um pleno entendimento e aceitação sobre tratamento baseado na prevenção; aderir ao programa significa freqüentar regularmente as consultas de rotina, tomar os remédios de maneira correta e realizar dieta adequada. Além disso, há a falta de conhecimento das pessoas sobre suas doenças e as conseqüências trazidas por ela, o que influencia ao não tratamento adequado, entretanto, para os médicos e enfermeiras, há aqueles que mesmo tendo orientações sobre suas respectivas doenças, não aderem ao programa por “teimosia”, segundo 7% dos entrevistados.

O tema atendimento por enfermeiras, também foi abordado pelas pesquisadoras nessa etapa da pesquisa, pois ao entrevistar os agentes comunitários, elas perceberam, pelas respostas dos agentes, que boa parcela da população tinha restrições quanto ao atendimento por enfermeiras. Nas entrevistas com médicos e enfermeiras tal informação foi confirmada. As respostas mais constantes eram que as pessoas não gostavam de ser atendidas por enfermeiras, pois acreditavam que o médico é mais competente e se sentiam tratados com descaso, quando eram atendidos apenas por enfermeiras (resposta obtida de 43% dos entrevistados).

Caso médicos e enfermeiras pudessem melhorar alguma coisa no tratamento das doenças crônicas, a maioria investiria em informação e educação para as pessoas: 36% e 43% dos entrevistados respectivamente. Como ressaltado anteriormente, o tratamento de uma doença crônica consiste em acompanhamento contínuo por meio de consultas, remédio e dieta. O fornecimento de mais e melhores informações para os pacientes sobre suas respectivas doenças e sobre a forma de tratamento eficaz ajudaria, segundo os profissionais da saúde entrevistados, a melhorar o tratamento dessas doenças.

Comparecer a consultas de rotina é um dos cuidados essenciais dos portados de doenças crônicas. Nos postos de saúde de Porto Feliz, o índice de falta em consultas agendadas ainda é muito elevado. Para entender esse fenômeno, as pesquisadoras

questionaram os médicos e enfermeiras em relação a isso. 57% dos entrevistados disseram que a falta à consulta ocorre devido à facilidade de atendimento no acolhimento. Caso o paciente não tenha comparecido na consulta agendada, ele sabe que se ele for no dia seguinte, no horário de acolhimento, receberá a receita de que ele necessita para os remédios, pois os médicos e enfermeiras não podem deixá-lo sem medicamento.

A outra medida essencial para os portadores de doenças crônicas é realizar o autocuidado, que consiste em tomar os remédios adequadamente e seguir dieta saudável. Segundo os médicos, enfermeiras e auxiliares 57% não adotam essas medidas. Os profissionais explicaram às pesquisadoras que a maioria dos usuários até toma os remédios, entretanto, é muito raro o paciente seguir a dieta, pois há dificuldade de modificar os hábitos alimentares, ou então, falta de recursos financeiros para poder realizar uma boa alimentação.

A etapa da pesquisa com médicos e enfermeiros foi finalizada com a pergunta sobre reclamações dos pacientes nas unidades de saúde. Dentre os motivos das reclamações estão: o pedido por mais vagas (segundo 14% dos entrevistados), pois o tempo de espera é muito longo, ou então porque os usuários não conseguem o que querem (segundo 43% dos entrevistados). Médicos e enfermeiras e auxiliares comentaram que para muitas pessoas que vão ao posto, ser mal atendido é sinônimo de não conseguir o que deseja, como por exemplo, alguma receita ou então atestado para o trabalho.

### **7.3 Entrevista com a população**

A terceira etapa da pesquisa consistiu na aplicação de um questionário para pacientes com diabetes e/ou hipertensão. As pesquisadoras, acompanhadas de um agente comunitário, foram até a casa das pessoas, realizando 44 entrevistas. As maiores dificuldades encontradas para realizar essa etapa foram as distancias entre as casas dos pacientes. Além disso, muitas vezes eles não se encontravam na residência, pois estavam trabalhando e portanto não puderam ser entrevistados.

Alguns resultados obtidos foram: 73% dos entrevistados tinham a cima de 55 anos, 21 dos 44 pacientes tinham somente diabetes, 6 apenas hipertensão e 17 ambas. 41% dos entrevistados descobriram suas respectivas doenças quando foram ao médico por motivos diversos, porém, não tinham sintomas e 52% descobriu quando passou mal.

Quando perguntados se conheciam as conseqüências do não tratamento da doença, as respostas foram distribuídas: 48% tinham conhecimento e 45% não tinham conhecimento. Pode-se perceber por meio dessa pergunta que há aqueles que não têm uma idéia bem definida do que é uma doença crônica, o que ela causa e como deve ser tratada. Uma das entrevistadas disse a seguinte frase: “Eu não sou doente, por que ter pressão alta não é uma doença, pode levar a ter doenças, mas não é uma doença”.

O auto cuidado, um dos importantes elementos para o tratamento das doenças crônicas, também foi averiguado na entrevista com a população. Dos entrevistados, 77% tomavam a medicação, porém não realizavam dieta. Entre os motivos pelos quais a dieta não é seguida está a falta de hábito ou barreiras financeiras. Em relação à falta de hábitos, muitas pessoas afirmaram, no caso dos diabéticos, que não conseguiam deixar de comer um “docinho”, ou então até seguiam as recomendações de dia de semana, mas no fim de semana acabavam desregulando a dieta. Aqueles que responderam que tinham poucos recursos financeiros para se alimentar bem, afirmavam que não tinham o luxo de escolher, deveriam comer o que tinham na mesa.

Apesar de o índice de falta nas consultas ser elevado, 73% dos entrevistados afirmaram que compareciam às consultas de rotina e faltavam somente em raros casos. Os entrevistados também foram questionados em relação à falta de remédios. 66% dos entrevistados responderam que nunca ficaram sem remédio e alguns responderam que já haviam ficado sem medicação devido ao remédio ser caro.

Ao longo da entrevista com a população, pudemos confirmar algumas repostas obtidas com médicos, enfermeiras e agentes. Entre elas a restrição ao atendimento da enfermeira e a falta da cultura da medicina preventiva. Percebeu-se, em muitos casos, o preconceito em relação ao modelo do PSF. Ser atendido por enfermeira, para alguns pode ser considerado uma ofensa ou um descaso. Outros argumentavam a ineficiência das unidades de saúde pelo fato de não oferecer atendimento imediato como no pronto socorro.

Um fenômeno curioso observado foi em relação à unidade rural. Nessa região rural, há aspectos particulares como a relação da população com os agentes comunitários e a satisfação dos pacientes em relação ao posto. Os agentes comunitários estabelecem um vínculo maior com a população do que em relação às outras regiões. Uma das agentes afirmou: “Já aconteceu de me ligarem domingo à noite perguntando sobre data de vacinação”. Além disso, as agentes afirmaram que acabam executando muito mais tarefas do que seria seu trabalho obrigatório, devido ao vínculo forte criado com os pacientes (que, no entanto, é o esperado entre este profissional e a população). “Quando a gente sabe que alguém está para



ganhar neném, procuramos arrecadar roupinhas, carrinho de bebe com a vizinhança”. Diferentemente das outras regiões, na unidade rural as pesquisadoras não presenciaram reclamação em relação ao atendimento ou a qualquer outro aspecto relacionado ao posto de saúde.

A região do centro de Porto Feliz também tem características peculiares. A população não tem reclamação em relação ao atendimento e a maior causa desse fenômeno dá-se ao trabalho realizado pela médica na unidade. Raramente um dos entrevistados dessa região deixou de ressaltar sua satisfação em relação à médica. Há casos de pessoas que moram em outras áreas da cidade, mas mentem o endereço para consultar-se no centro.

## **8 QUESTIONÁRIO SOBRE “AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS”**

No ultimo dia em Porto Feliz foi aplicado aos gestores da Secretaria de Saúde de Porto Feliz (Julia, Claudia Meirelles, Junior Mantovani e Francies Oliveira) o questionário de “Avaliação da Atenção às Doenças Crônicas”. O objetivo do questionário é apoiar os sistemas (organizações, serviços) ao seu auto-conhecimento e para desenvolver-se no manejo de doenças crônicas. O questionário possui três partes. A primeira parte é a avaliação em relação à organização do Sistema de Saúde, a segunda parte é em relação à cooperação comunitária, a terceira é subdividida em outras quatro partes (apoio para o auto-cuidado, suporte para decisões clínicas, desenho da linha de cuidado e sistema de informação clínica); por ultimo há uma avaliação da integração dos componentes do modelo de atenção às condições crônicas.

Cada componente deveria ser respondido por meio de uma escala que varia de 0 a 11, onde 0 é o extremo de uma avaliação negativa e o 11 da positiva. Em cada parte é feita a soma da pontuação dos componentes e a pontuação média. Para a pontuação final, utiliza-se a pontuação global do programa para encontrar a média da pontuação do programa, tal média pode variar de 0 a 11. Caso o resultado encontrado seja entre 0 e 2, classifica-se como “limited supported for chronic illness care”, entre 3 e 5 como “basic support for chronic illness care”, entre 6 e 8 como “reasonably good support for chronic illness care” e entre 9 e 11 como “fully developed chronic illness care”. De acordo com a pontuação estabelecida pelo grupo, o resultado final do município tem pontuação 7,35 e classifica-se como

“reasonably good support for chronic illness care”. Os componentes em que apresentaram melhor pontuação estão relacionados a organização do sistema de saúde, da estruturação de políticas/gestão de programas de doenças crônicas, com pontuação média de 8,66.

## 9 CONCLUSÃO

Ao longo da realização da pesquisa e das conversas com médicos, enfermeiros, agentes comunitários e população, foi possível identificar alguns aspectos que colaboram para a baixa adesão da população hipertensa e diabética ao tratamento e ao programa de saúde da família. No início da investigação, acreditava-se que o problema da falta de adesão estava relacionado diretamente à falta de infra-estrutura do SUS, assim como à falta de médicos, enfermeiros, medicamentos e material. Concomitantemente, acreditava-se que os pacientes procuravam ativamente pelo tratamento, mas não tinham condições de fazê-lo por falta de organização e estruturação do sistema de saúde municipal.

As informações obtidas, por meio de entrevistas e questionários, revelaram que os problemas da baixa adesão ao PSF e ao tratamento vão muito além da infra-estrutura do sistema de saúde municipal. Uma das constatações foi que uma parcela considerável dos usuários do SUS não gostava de ser atendidos por enfermeiros. A maioria deles prefere ser atendido por médicos, pois consideram que os enfermeiros não possuem qualificação adequada para a assistência. Além disso, os pacientes sabem que os enfermeiros não podem receitar medicamentos, e por isso preferem ser atendidos imediatamente por médicos, para conseguirem suas receitas mais rapidamente.

Observou-se que tal atitude dos pacientes em relação aos enfermeiros está relacionada à falta de informação e conhecimento sobre a função destes e sobre os objetivos do PSF. Neste sentido, nota-se um problema de comunicação entre o sistema de saúde como um todo e os usuários. Agentes comunitários e médicos concordam sobre a questão da falta de um discurso único e coordenado entre profissionais da saúde, ACS e a Secretaria de Saúde Municipal. Como consequência, a população não recebe informações unificadas sobre o PSF, as doenças e tratamento, dificultando muito seu entendimento e desestimulando-os a fazer um acompanhamento junto ao posto de saúde.

Um dos mais importantes elos para a comunicação entre sistema de saúde e população são os agentes comunitários, pois eles mantêm uma relação mais próxima com os pacientes do que qualquer outro profissional. Por tanto, é fundamental que os ACS estejam preparados para dar informações corretas aos pacientes em relação ao funcionamento do PSF e como deverá ser feito o tratamento. Nota-se, porém, que muitos agentes estão despreparados para exercer tal função mesmo recebendo treinamentos periódicos. Por isso, recomenda-se

que o método de treinamento seja revisto a fim de garantir maior entendimento e absorção das informações por parte dos agentes.

Foi possível observar também, durante a estadia na cidade, que muitas vezes os médicos não estavam disponíveis nos postos de saúde. Os motivos eram os mais diversos, porém, por vezes, a secretária de saúde nem chegava a saber que o médico não estava em seu posto de trabalho. Mais uma vez nota-se uma falha na comunicação entre as diversas esferas que compõe o sistema de saúde do município. A fim de melhorar a comunicação, é preciso também realizar ações comunitárias, melhorar e aumentar os grupos de apoio aos portadores de doenças crônicas além de aprimorar e o coordenar os discursos.

## 10 REFERÊNCIAS

FONTANELLA, B; RICAS, J; TURATO, E. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Rio de Janeiro, Janeiro 2008.

Publicação do Ministério da Saúde: Entendendo o SUS, 2006.

GIBBS, G. Análise de Dados Qualitativos. Porto Alegre: Bookman Artmed, 2009.

LOEBEL, E. Movimento social urbano por moradia e sociedade civil local: experiências de participação no bairro Conceição, Osasco - SP, nos anos 1980. 2006. (Doutorado). Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

GUSMÃO, J; GINANI, G; SILVA, G; ORTEGA, K; JR, D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada, 2009.

MALTA, D; CEZÁRIO, A; MOURA, L; NETO, O; JUNIOR, J. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde.

Consulta ao Projeto de Consolidação e Qualificação da Assistência Ambulatorial da Secretária de Saúde do Município de Porto Feliz elaborado pelo ISAMA (Instituto de Saúde e Meio Ambiente) do Município de Porto Feliz.

Saúde WEB <http://saudeweb.com.br/14576/brasil-psf-e-mais-abrangente-que-os-planos-de-saude/>. Acessado em 9/09/2011

Portal educação <http://www.portaleducacao.com.br/fisioterapia/artigos/5604/o-que-e-psf>. Acessado em 02/09/2011