

Título:

Território e Saúde: estudo do território de abrangência da Unidade de Saúde da Família Bairro de Lourdes, Anápolis/GO (2011-2012)

## **01. Justificativa**

No Brasil o setor saúde passou por várias transformações nos últimos 40 anos. Com início na década de 70, o movimento da Reforma Sanitária foi considerado um grande marco na história da saúde no país. O movimento ganhou força e novas conquistas foram acontecendo como a promulgação da Constituição Brasileira, a regulamentação de Sistema Único de Saúde – SUS, a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e do Programa Saúde da Família - PSF.

As mudanças que aconteceram na saúde brasileira não ficaram restritas ao setor saúde, mas também com reflexos em outras áreas do conhecimento, como é o caso da educação, que tem um papel importante no processo de formação de profissionais para atuação na área da saúde, principalmente na saúde pública.

No âmbito da graduação em enfermagem, que minha área de formação, a disciplina saúde pública foi pouco explorada, no que se refere às questões relacionadas aos usos do território para a saúde pública, dando ênfase somente aos aspectos históricos da saúde no Brasil. Pouco se estudou sobre o atual modelo de atenção a saúde que é o PSF, bem como a atuação do enfermeiro neste programa, no que se refere aos conhecimentos sobre o território da saúde e suas diversas configurações existentes na literatura.

Ao ingressar no Mestrado Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente da UniEvangélica em Anápolis/GO, tive a oportunidade de conhecer e estudar sobre território da saúde, deixando evidente que este tema precisa ser melhor explorado e divulgado para que os profissionais que atuam na ESF possam entender e apreender os significados das configurações do território e territorialidade, bem como o uso de cada configuração: demográficas, epidemiológica, sócio-culturais, econômicas, ambientais e riscos, pode ser colocado em prática para a melhoria da qualidade da assistência a saúde do indivíduo e da comunidade em que estes profissionais estão inseridos.

## 2. Referencial Teórico

A Constituição Federal Brasileira de 1988, estabelece que saúde é um direito de todos e dever do Estado. Para atender aos preceitos constitucionais, foi estabelecido como modelo de política de saúde o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado através das Leis 8.080/90 e 8.142/90, representando um marco na luta pelos direitos de cidadania. O desafio permanente do SUS é possibilitar o acesso de todos os usuários de forma universal garantindo a integralidade, equidade, humanização e qualidade na atenção (PISTELLI, 2008).

A criação oficial do SUS tendo a universalidade como princípio proporcionou diferentes iniciativas para a reformulação do modelo de assistência à saúde: o modelo dos “Distritos Sanitários”; o movimento “Em defesa da Vida”; “Ação Programática em Saúde” e, “Programa de Médicos de Família de Niterói”. A iniciativa realizada em Niterói foi uma das inspiradoras do surgimento nacional do Programa de Saúde da Família. Destaca-se também que a experiência mais importante para delineá-lo ocorreu no nordeste brasileiro em 1989 com a criação pelo governo federal do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Segundo Aguiar (2010, p. 21):

O PACS teve como referencial diversas experiências comunitárias, religiosas e ligadas a organizações não governamentais. Baseava-se no trabalho do Agente Comunitário de Saúde ou ACS – profissionais que deveriam ser recrutados entre pessoas da própria comunidade alvo, dotadas de capacidade de liderança, relacionamento pessoal e ação política.

O PACS é o ponto de partida para o enfoque na família como objeto de atenção primária à saúde e como introdução do conceito de cobertura territorial para assistências as famílias. A ação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados ao PACS proporcionou no nordeste brasileiro a diminuição da mortalidade infantil e seus resultados acabaram servindo como incentivo, ao lado do programa Médico de Família de Niterói, para a ampliação da proposta através do Programa de Saúde da Família lançado em janeiro de 1994. Em 1999 o PSF passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma importante estratégia para o alcance dos objetivos da Atenção Básica (AB), o programa agora recebe a nomenclatura de Estratégia Saúde da Família (ESF) em todo território brasileiro. O termo programa foi substituído por apresentar

atividade com início, desenvolvimento e finalização (AGUIAR, 2010; BRASIL, 2008; VIANA & DAL POZ, 1998).

A criação do ESF significou um processo de mudanças na atenção à saúde, resgatando conceitos fundamentais de vínculo, humanização, co-responsabilidade e outros, que apontam para a reorientação do modo de operar os serviços de saúde da Atenção Básica (PISTELLI, 2008; RODRIGUES, 2008).

Na ESF o foco da atenção está voltada para a família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes de saúde uma compreensão do processo saúde-doença e da necessidade de intervenção que vão além de práticas curativas, dentro de seu território de abrangência (RODRIGUES, 2008). A ESF representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, ou seja, caracteriza-se como porta de entrada do sistema local de saúde, assegurando a referência e contra-referência para os diferentes níveis do sistema, desde que identificada à necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados.

A ESF é organizada em uma base territorial delimitada, nesta perspectiva o território pode ser entendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação e o seu saber preexiste, como parte do meio ambiente, possuir de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade (CAMPOS, 2003).

O Sistema Único de Saúde utiliza uma variedade de nomenclatura e divisões territoriais para operacionalizar suas ações ao longo de vários anos, quais sejam: o município, o distrito sanitário, a micro-área, a área de abrangência ou adscrita de unidades de saúde, dentre outros, são áreas de atuação de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político, que se estruturam no espaço e criam territórios próprios, dotados de poder (GONDIM et. al., 2010).

Dentro de uma visão do planejamento o território de um Distrito Sanitário pode ser tipificado em: a) Território-Distrito: que obedece à lógica político-administrativa e pode coincidir com o espaço de um município ou com o espaço de subprefeituras, no caso de municípios maiores ou ainda em pequenos municípios, com os consórcios intermunicipais. A delimitação do Território-distrito é o planejamento urbano e o objetivo é o administrativo assistencial (macro-contexto). b) Território-Área: que corresponde à área de abrangência de uma unidade ambulatorial de saúde e é delimitado

em função do fluxo e contra fluxo de trabalhadores de saúde e da população de um determinado território. A lógica de sua estruturação são as barreiras geográficas relacionadas à circulação. c) Território-Microárea: uma subdivisão do Território-Área é um espaço privilegiado para o enfrentamento de problemas específicos de saúde, pois, as ações são direcionadas aos nós críticos, identificados no contexto sócio-ambiental, com a intenção de intervir na promoção, proteção e recuperação da saúde. Território-Moradia: institui-se no espaço de vida de uma micro unidade social (família nuclear ou extensiva) é o lócus para o desencadeamento de ações de intervenção sobre os condicionantes de micro-contexto que afetam a saúde (ARAÚJO & AUGUSTO).

A delimitação geográfica de um território permite a saúde conhecer características da população adscrita, bem como desenvolver programas e projetos viáveis frente aos diagnósticos levantados. A base espacial do recurso da territorialização permite o levantamento de dados sobre a população e seus problemas de saúde, o impacto dos serviços de saúde na qualidade de vida da população, bem como estreitar a relação de responsabilidade entre os serviços e a população, naquele espaço delimitado (GRANDO, 2010).

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho do PSF. Essa tarefa adquire, no entanto, ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência de acordo com a complexidade (PEREIRA & BARCELLOS, 2006).

Nesse processo serão identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas. Essa etapa inicia o vínculo da unidade de saúde/ equipe com a comunidade, a qual é informada da oferta de serviços disponíveis e dos locais, dentro do sistema de saúde, que prioritariamente deverão ser a sua referência (BRASIL, 1997).

A territorialização é vista como uma etapa da implantação do PACS e PSF. As equipes devem definir a prioridade da população a ser atendida, o que é colocado, inclusive como requisito para o financiamento do programa pelo Ministério da Saúde. Este processo implica no cadastramento e adscrição de uma população a ser atendida por cada agente e ESF, dentro de uma Unidade de Saúde da Família (USF).

A Unidade de Saúde da Família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade. Este tipo de unidade pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Recomenda que número de equipe por unidade não seja superior a três, facilitando a identificação da equipe e organizando melhor o fluxo dos usuários. Recomenda-se que, no âmbito de abrangência da unidade básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. Este critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade sociopolítica e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como de relevância local (BRASIL, 1997, BRASIL, 2000). É o que mostra também o estudo de (GONDIM, et.al. 2010, p.12):

A estratégia Saúde da Família define e é responsável por um recorte territorial, que corresponde à área de atuação das equipes de saúde da família, ou dos agentes comunitários de saúde, segundo agregados de famílias a serem atendidas (no máximo 1.000 famílias ou 4.500 pessoas), que pode compreender um bairro, parte dele, ou de vários bairros, nas áreas urbanas ou em várias localidades, incluindo população esparsa em áreas rurais.

A ESF conta com uma equipe mínima de atuação dentro do programa sendo: um médico generalista, ou especialista em saúde da família, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, de 4 a 6 agentes comunitários de saúde, outros profissionais podem ser incorporados ao programa de acordo com as necessidades da população atendida. Cada profissional tem suas atribuições e responsabilidades definidas no campo de atuação, estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

A equipe de saúde da família (BRASIL, 2002), deve conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um plano de ações e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes sociais do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção e promoção da saúde. Sendo assim:

A promoção de saúde supõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes. Incidindo sobre as condições de vida da população, extrapola a prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer,

entre outros determinantes sociais da saúde (SICOLI & NASCIMENTO, 2003.p.91-112).

A Promoção da Saúde pode ser entendida como uma das estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. Seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor saúde e de outros setores, produzindo a autonomia e co-responsabilidade entre os usuários, a comunidade local e os profissionais de saúde atuantes na Unidade Saúde da Família.

O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade de interagir com a prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO & ROCHA, 2007).

O município de Anápolis, importante na configuração econômica do estado de Goiás, possui uma forte demanda populacional carente de infra-estrutura urbana, saneamento básico, equipamentos educacionais, lazer e também de atendimento à saúde. Este último, interesse de nossa pesquisa, diz respeito a 31 Unidades de Saúde da Família, 11 Unidades Básicas de Saúde e 03 Unidades de Referência. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB, 2010) o Programa Agente Comunitário da Saúde (PACS) e o Programa da Saúde da Família (PSF) foram implantados em 2001 em Anápolis. No primeiro ano o PACS atendia 7,17% e a PSF 8,36% da população; hoje o município conta com 359 agentes comunitários de saúde (ACS) que atende 61,44% da população do município; e, 48 equipes de saúde da família que cobre 49,29% da população. Dados que reforçam a necessidade de ampliação da atenção primária no município, pois o mesmo conta com uma população de 335.032 (IBGE, 2011) em um território de 917.011 quilômetros quadrados, sendo composto pela sede do município e pelos distritos de Interlândia, Suzânia, Goialândia e Joanópolis (TAVARES, 2011).

Este projeto tem o território de abrangência da USF Bairro de Lourdes, Anápolis/GO como espaço de investigação. A região onde se encontra o Bairro de Lourdes começou a ser povoada entre as décadas de 1950 e 1960. Na década de 1970 houve início do loteamento no local que se consolidou como um setor majoritariamente residencial, margeado por duas rodovias federais, as BR-060 e BR-153, onde vários outros bairros foram surgindo para transformar a região leste de Anápolis em uma das mais populosas do município. O Bairro fica a 6 km do Centro da Cidade, sendo um dos

maiores bairros da cidade e sofre com as péssimas condições estruturais em que se encontra atualmente, mesmo sendo considerado uma das maiores zonas eleitorais do município.

Diante do exposto, a proposta deste trabalho torna-se relevante por contribuir para as pesquisas acadêmicas e para o planejamento das políticas públicas no município de Anápolis, tendo em vista: estudar a utilização do conceito de território e territorialidade pelo poder público, pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família com a finalidade de compreender o seu uso para a organização das ESF; entender os critérios do poder público para configurar o território e transformá-lo em uma territorialidade da saúde e, ainda, o projeto se propõe a colaborar com o poder público, os profissionais das USF e sociedade ao produzir mapeamentos georreferenciados dos territórios da saúde.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Geral**

Estudar o território de abrangência da USF – Bairro de Lourdes (Anápolis/GO) e sua territorialidade, bem como o entendimento de suas configurações demográficas, epidemiológica, sócio-culturais, econômicas, ambientais e riscos, pelos gestores e profissionais de saúde.

#### **3.2 Específicos**

- Compreender os conceitos de território e territorialidade, e sua utilização para a delimitação das abrangências nas Estratégias Saúde da Família;
- Analisar o entendimento dos conceitos de território e territorialidade pelos profissionais atuantes nas unidades Saúde da Família da cidade de Anápolis;
- Mapear o território de abrangência, áreas e micro áreas das USFs, destacando suas áreas de riscos;
- Identificar os principais programas de saúde existentes nas USFs, bem como sua relevância para a melhoria da saúde da população local.

## 4. Metodologia

O território de saúde envolvido nesta pesquisa está localizado na periferia da cidade de Anápolis. A proposta é trabalhar com a área de abrangência que envolve a Unidade de Saúde da Família do Bairro de Lourdes. Por se tratar de um subprojeto de um projeto intitulado: Cidade e Território da Saúde: estudo da territorialidade e práticas das equipes das Unidades de Saúde da Família de Anápolis- Goiás (2001 – 2010), que se propõe a trabalhar com outras Unidades de Saúde da Família, a escolha da Unidade de Saúde da Família do Bairro de Lourdes justifica-se por ser região carente, populosa e que sofre a falta infraestrutura.

Para realização da pesquisa seguiremos os seguintes passos. O primeiro passo, diz respeito ao levantamento bibliográfico de autores que tem abordado as temáticas: Anápolis (POLONIAL; BERNARDES & TAVARES); estratégia da saúde da família (BRASIL; CAMPOS, CARMONA, ESCOREL, PISTELL, RODRIGUES); território (BRASIL; CAMPOS; GONDIN et. al.; GONDIN & BARCELLOS; LIMONGI, et. al.; MONKEN & BARCELLOS; PESTANA & MENDES; PEREIRA); territorialidade (BRASIL; GONDIN et. al; GONDIN & BARCELLOS; PEREIRA); processo saúde-doença (BATISTELLA; BRASIL; BRAVO); riscos ambientais e sociais (BRASIL; BUSS,) e promoção de saúde(BRASIL; ). Serão pesquisados os relatórios de pesquisa, teses, dissertações, documentos oficiais e sites que têm abordado as temáticas.

No segundo passo: serão feitas consultas em bases de fontes secundarias para o levantamento de pesquisa documental (Constituição Federal 1988; Lei n. ° 8.080/90; Lei n. ° 8.142/90; Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB/01/96; Portaria n.º 692/94; Portaria GM/MS n. ° 1.882/97; Portaria GM/MS n. ° 1.886/97; Portaria GM/MS n. ° 3.925/98; Portaria GM/MS n. ° 95/01- Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01; Portaria GM/MS n. ° 373/02 - Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02; Portaria n. ° 399/06/GM; Portaria n° 2.488/11), para fundamentar nossa pesquisa, no que se refere aos aspectos históricos.

O terceiro passo refere às entrevistas que serão utilizadas para captar a percepção dos gestores públicos, dos profissionais das equipes de saúde, especialmente, mais não somente, do agente comunitário sobre a compreensão do território e territorialidade.



Tais instrumentos serão semi-estruturados e estruturados em quantidades e cotas estatisticamente definidas.

Para atingir o primeiro objetivo específico serão realizadas leituras bibliográficas e análise de documentos oficiais de governo federal como: Leis, portarias, cadernos de saúde, e outros, para uma fundamentação teórica do projeto.

O segundo objetivo específico se atende com as entrevistas, realizadas com os gestores, profissionais de saúde e os ACS atuantes na Unidade Saúde da Família do Bairro de Lourdes.

Para atingir o terceiro objetivo específico serão usadas as entrevistas e a cartografia do mapa de área da região em estudo

Já o quarto e último objetivo específico, se atende com as entrevistas e análises de documentos sobre a região do Bairro de Lourdes, sendo o último gerado e disponibilizado pelo município de Anápolis.

Destaca-se que os entrevistados serão abordados em seu local de trabalho (gestores e profissionais das USFs). O Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado de modo mais claro possível, será lido para cada um dos entrevistados, sendo informados que pelas características e relevância das informações tornarem-se fontes de pesquisa depositadas na biblioteca desta Instituição de Ensino Superior.

Como fontes suplementares, serão utilizados observação de campo, fotografia, pesquisa em jornais da cidade de Anápolis.

## **5. Resultados Esperados**

Esperamos com essa pesquisa ampliar os estudos das condições de saúde da população de Anápolis, bem como oferecer ao poder público e a sociedade informações coletadas no decorrer da pesquisa. Os resultados desta pesquisa serão somados aos resultados da pesquisa do projeto intitulado: Cidade e Território da Saúde: estudo da territorialidade e práticas das equipes das Unidades de Saúde da Família de Anápolis- Goiás (2001 – 2010), e serão divulgados a cada fase da pesquisa, por meio de artigos em jornais locais, divulgação de informações nas associações de bairros e escolas, ou através eventos (congressos, simpósios,

seminários entre outros) locais, regionais ou nacionais, além da divulgação no Conselho Municipal de Saúde. Será também entregue relatórios parciais ao poder público, especificamente a Coordenação das Unidades de Saúde da Família do Município de Anápolis/Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA). Os mapas temáticos dos territórios de abrangência da USF pesquisada, contendo informações ambientais, riscos, entre outras que, a nosso entender, possam auxiliar no trabalho desenvolvido pela USF também será colocado à disposição dos gestores.

A conclusão da pesquisa, a nosso entender, proporcionará uma maior visibilidade das questões que envolvem a saúde no espaço urbano anapolino, colaborando para a gestão pública que terá uma visibilidade ampliada dos processos saúde-doença e com o usuário que poderá utilizar os resultados como forma de entendimento do funcionamento do sistema. O resultado final também gerará artigos inéditos que serão encaminhados para publicação em revistas científicas.

## 6. Cronograma

Atividades	Período/2012											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Levantamento Bibliográfico	X	X	X	X	X							
Elaboração do projeto de pesquisa					X	X	X					
Elaboração dos instrumentos de coleta de dados												
Análises de Fontes												
Coleta de dados												
Tabulação dos dados												
Análise dos dados e produção das pranchas sobre temáticas específicas (risco, meio ambiente, moradia etc.)												
Elaboração do trabalho final												
Apresentação dos resultados (trabalho final)												

## 7. Referências

AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de. **A universidade e as políticas de educação permanente para a estratégia saúde da família: um estudo de caso.** Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação /Universidade Federal de Minas, 2010.

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P. M. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):455-464,2007.

ARAÚJO, M. H. & AUGUSTO, L. G. S. **Conceito de Território e implicações para a saúde e o desenvolvimento sustentável.** Disponível em: fesfsus. net.br Acesso em: 05/05/12.

BENITO, G.V; BECKER, L.C. **Atividades gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: Visão da Equipe Saúde da Família.** *Rev. Brás Enferm, Brasília*, maio - jan.; 60(3): 312-6,2007.

BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Ministério da Saúde, 1997.

BUSS, P. M. **Promoção da saúde e qualidade de vida.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 163-177 2000.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial de União*; 20 Set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família.** Disponível em <<http://www.saude.go.gov.br> > Acesso em: **02/04/2008, 15h30min.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implantação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos.** Síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pactos pela Saúde.** Vol 1. Brasília; 2006.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil - Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** 2001.

CAMPOS, F.E. et al. **O desafio da expansão do programa de saúde da família nas grandes capitais brasileiras.** *Rev, saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 12(1): 47-58, 2002.

CARMONA, V. **Programa de saúde da família: uma saúde humanizada.** *Revista Nursing*, V.64, n. 6, setembro 2003.

ESCOREL, S. et al. **O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.** Rev. Panam Salud Pública/Pam Am J Public Health 21(2/3), 2007.

GRANDO, S. **Territorialização.** SEMUSA. Florianópolis. 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/territorializacao>.

GONDIM, G. M. M. et al. **O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização.** Disponível: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File>. Acesso: 20/05/2012.

PEREIRA, M. P. B. & BARCELLOS, C. **O território no programa de saúde da família.** Hygeia, 2(2):47-55, jun 2006.

PISTELLI, A.C. et al. **Informação e comunicação na construção de políticas públicas – o exemplo da política nacional de humanização.** Ministério da Saúde, Brasília, Brasil.

RODRIGUES, M.P. et al. **A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal.** Ciência & Saúde Coletiva, 13(1): 71-82, 2008.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. **Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização.** Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.12, p.91-112, 2003.

TAVARES, G.G. **Cidade e Território da Saúde: estudo da territorialidade e práticas das equipes das Unidades de Saúde da Família de Anápolis- Goiás (2001 – 2010).**

VIANA, A. L. D. & DAL POZ, M. R. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225- 264, 2005.