



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**INTERVENÇÕES PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE COMUNIDADE CIDADÃ, FREI MIGUELINO -
PERNAMBUCO**

MARCELLO DANTAS ARAUJO

NATAL/RN
2021

INTERVENÇÕES PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE COMUNIDADE CIDADÃ, FREI MIGUELINO - PERNAMBUCO

MARCELLO DANTAS ARAUJO

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: MARIA HELENA PIRES
ARAUJO BARBOSA

NATAL/RN
2021

Agradeço à minha mãe, pai, irmão e a secretaria de saúde de Frei Miguelinho em nome de José
Luiz.

Dedico a cidade de Frei Miguelinho - PE e a todos os meus pacientes.

RESUMO

Este trabalho trata-se de uma coletânea de três relatos de experiências, com microintervenções realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Comunidade Cidadã, localizada no município de Frei Miguelinho, no estado de Pernambuco. Foram escolhidas três temáticas, consideradas como prioritárias para a atuação e implementação de microintervenção da equipe, visando qualificar o trabalho da equipe: Acolhimento à demanda espontânea; Atenção à saúde da criança, crescimento e desenvolvimento; Controle das Doenças Crônicas Não - Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde. Desse modo, buscou-se trabalhar essas ações com a equipe na Unidade, visando a melhoria da assistência aos usuários e comunidade da nossa área. A especialização e as microintervenções proporcionaram um amplo conhecimento sobre Atenção Primária à Saúde no SUS, me auxiliando nas práticas diárias como médico da Unidade Básica de Saúde (UBS), aprimorando as ações, melhorando o atendimento à população e o trabalho em equipe.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1	7
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2	10
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3	11
CONSIDERAÇÕES FINAIS	13
REFERÊNCIAS	14

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho é uma coletânea de três relatos de experiências, com microintervenções realizadas na Unidade Básica de Saúde Comunidade Cidadã, localizada no município de Frei Miguelinho, no estado de Pernambuco. Foram escolhidas três temáticas, consideradas como prioritárias para a atuação e implementação de microintervenção da equipe, visando qualificar o trabalho da equipe, por meio da elaboração e execução das microintervenções.

A primeira abordou o Acolhimento à Demanda Espontânea e à Demanda Programada. Este tema foi escolhido devido a ausência do acolhimento na UBS e da necessidade de sua implementação. A segunda tratou da Atenção à Saúde da Criança - Crescimento e Desenvolvimento após a equipe identificar a necessidade de qualificar e ampliar as ações voltadas ao crescimento e desenvolvimento das crianças da área, por meio da implementação da puericultura. A terceira microintervenção abarcou o Controle das Doenças Crônicas Não - Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde visto que este é o maior agravo que temos em nossa área, principalmente a hipertensão e o diabetes, e nesse sentido, necessitava de ações para melhorar a atenção aos usuários.

Desse modo, buscou - se trabalhar essas ações com a equipe na Unidade, visando a melhoria da assistência aos usuários e comunidade da nossa área. A UBS está situada na zona urbana, com uma população adscrita de 1800 usuários, e composta por uma equipe multiprofissional: 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 01 dentista, 01 técnica de saúde bucal, e 05 agentes comunitários de saúde (ACS).

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

Na Atenção Primária à Saúde (APS), os parâmetros para acompanhamento da implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), incluem "[...] formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis de serviços do sistema de saúde. Para alguns autores, o acolhimento é visto, concomitantemente, como uma tecnologia do encontro aos buscar a inclusão do usuário e do profissional em uma rede de conversações capaz de resgatar o enfoque do trabalho em saúde centrado no usuário; e como ação técnico - assistencial, proposta para reorganizar os processos de trabalho, ofertando uma atenção integral e ampliando a capacidade da equipe multiprofissional para identificar e resolver problemas de saúde.

O acolhimento possibilita uma reflexão acerca dos processos de trabalho em saúde, pois estabelece uma relação concreta e de confiança entre o usuário e o profissional/equipe, estando diretamente orientado pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desse modo, o Acolhimento com classificação de risco, favorece a assistência de forma humanizada e equânime aos usuários na Atenção Primária à Saúde (APS), através da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Nossa Unidade Básica de Saúde (UBS), não se utiliza o acolhimento com classificação de risco. A unidade funciona de segunda a sexta, 40 hr semanais. O atendimento dos pacientes é por ordem de chegada, à medida que vão chegando na unidade, já recebem uma ficha para o profissional desejado. Sempre tem filas para o atendimento, e nem sempre era por critérios de prioridades, e também não trabalhávamos com agendamento de consultas. Geralmente eu atendia de 15 a 20 fichas diárias. Contudo, devido a pandemia pela COVID - 19, diminuimos a quantidade de atendimentos, para evitar aglomerações.

O aperfeiçoamento da equipe para a realização do acolhimento na UBS foi o tema escolhido nesta microintervenção, tendo em vista a necessidade de melhor organizar o funcionamento de atendimentos da UBS, bem como, para que possamos aprofundar o conhecimento sobre o Acolhimento com Classificação de Risco, sua importância para o trabalho da equipe e seus benefícios para humanização dos serviços de saúde na APS e no SUS. Foi realizada em dezembro de 2020, a reunião mensal de planejamento dos profissionais da equipe, onde ficou definido que a estratificação de risco e avaliação de vulnerabilidades, orientaria a necessidade de atendimento dos pacientes, e não mais a ordem de chegada dos usuários na UBS. Após reunião, realizamos uma organização do processo de trabalho da equipe, estabelecendo um cronograma semanal de atividades diárias (atendimentos) e acrescentando a demanda espontânea em todos os dias. A busca pelo serviço entre abril a setembro, foi muito baixa devido a pandemia, retomando com maior frequência a partir de

agosto. As pessoas sentiam medo de buscar o serviço. Realizamos mapeamento das áreas e famílias que tiveram COVID, com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs).

Em janeiro de 2021, elaboramos um Plano de Ação, com base nas diretrizes do protocolo de acolhimento do Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica - Acolhimento à demanda espontânea, vol I e vol II), e levando em consideração nossas principais dificuldades e o cenário de pandemia pela COVID – 19, que requer a reorganização do serviço: medidas não farmacológicas, uso de EPIs e organização dos atendimentos para que não tenha aglomerações na UBS, e atender possíveis casos suspeitos de COVID - 19.

Tivemos dificuldades com a estratificação de risco, devido a falta de conhecimento de alguns profissionais da equipe. Assim, eu e a enfermeira realizamos uma breve explanação sobre o acolhimento e critérios de risco.

Desse modo, desenvolveu - se um Plano de Ação, com o objetivo de implantar o acolhimento com classificação de risco. Para isso, a equipe precisará desempenhar as seguintes atividades: realizar escuta qualificada dos usuários; utilizar o acolhimento com classificação de risco conforme protocolo do Ministério da Saúde; atender conforme as prioridades; orientar a população durante os atendimentos sobre as mudanças no serviço com a implantação do acolhimento. Todos os profissionais da equipe são responsáveis por essa execução, sob a coordenação da enfermeira.

A partir dessa ação, a equipe reorganizou o fluxograma de atendimentos (conforme classificação de risco e prioridades), passando a realizar escuta qualificada dos usuários, em seguida, o profissional que acolhe dar direcionamento ao profissional responsável, registrando todas as informações no livro ata de registro de atendimento (nele consta data, nome, cartão do SUS, tipo de atendimento). A aceitação da população, tem sido gradativa, pois muitos eram acostumados a ser atendidos por ordem de chegada. Nesse sentido, a equipe faz orientações diariamente sobre as mudanças, e o impacto dessas para melhoria do atendimento. Entretanto, a equipe reconhece que é necessário realizar ações educativas com a população, no intuito de favorecer a adesão e compreensão da população.

Diante da pandemia, a equipe continua atendendo conforme à classificação de risco e prioridades, porém, foi diminuído o número de atendimentos por horários e consultas, visando melhor organizar os atendimentos, para não haver aglomerações e risco de contaminação. Dessa forma, elencamos como um dos principais desafios e aos mesmo tempo potencialidades, a qualificação dos profissionais em relação ao processo em relação ao processo de trabalho e a realização da escuta qualificada seguido da estratificação de risco como fator determinante para o sucesso do acolhimento na UBS.

Para continuidade do acolhimento na UBS, é necessário a realização da avaliação contínua do processo; Implementação de ações educativas sobre acolhimento com a população; Confecção de banner com orientações sobre a classificação de risco, para ser

inserido na recepção da Unidade, para melhor orientar a população.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

A atenção à saúde da criança, crescimento e desenvolvimento foi a microintervenção selecionada e realizada pela equipe. De acordo com o Ministério da Saúde (2013), a equipe de atenção primária à saúde (APS) deve garantir as consultas às crianças através de previsão de agendamento com base nos nascidos vivos do território, sendo previsto acompanhamento para todos os seus ciclos de vida: recém - nascido, primeiro ano de vida, pré - escolar e escolar. Preconiza - se que a previsão de consultas de acompanhamento ocorra de acordo com a estratificação de risco, conforme será abordado adiante. Contudo, além das consultas de rotina, a equipe de APS deve proporcionar acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco à criança trazida pelo seu familiar, escutando os acompanhantes e propondo encaminhamentos em tempo oportuno.

A avaliação adequada do crescimento e desenvolvimento da criança é fundamental para os profissionais que atuam na APS. Neste sentido, ressalta - se a importância de saber identificar os fatores de riscos e adotar as condutas necessárias. Entre estas estão a discussão de casos com os demais membros da equipe, com a pediatria do Núcleo de Atenção ao Saúde da Família (NASF), o nutricionista e demais profissionais, além da referência para os demais níveis de atenção, como avaliar e orientar uma alimentação equilibrada, discutir com a família sobre os cuidados gerais, promoção da saúde e saúde bucal (UFSC, 2016).

São fundamentais para o acompanhamento do crescimento da criança as medidas antropométricas de peso e altura, assim como a relação entre elas, peso em relação à altura, e o índice de massa corpórea. Tais indicadores de crescimento, embora numericos, são extremamente sensíveis do ponto de vista socioeconômico, remetendo - nos a importantes questões envolvidas no desenvolvimento infantil, como as condições de saúde e de vida da família. Portanto, pode - se considerar tal mensuração (UFSC, 2016).

A puericultura é realizada de forma compartilhada entre a enfermeira e eu: a enfermeira realiza o primeiro atendimento, verificando o crescimento e desenvolvimento (peso, altura, estado nutricional, calendário de vacinação, presença de agravos, entre outros), sendo também orientado a mãe ou cuidador quanto aos cuidados com a criança (higienização, aleitamento materno e alimentação, imunização), e quando existe alguma alteração nos parâmetros de crescimento e desenvolvimento (CD) da criança, a enfermeira encaminha para mim; como também se tiver algum caso de urgência (febre, infecção, entre outros).

No acompanhamento regular do CD, o Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (18º e 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário.

Assim sendo, acompanhamos as crianças até 5 anos de idade, de forma que, até 1 ano, as consultas são mensais, e após essa idade, a cada três meses e quando necessário. Quando

alguma criança, apresenta problemas nutricionais (sobrepeso ou baixo - peso), encaminhamos para consulta com o nutricionista do Núcleo de Saúde da Família (NASF), que atende uma vez ao mês na unidade; além disso, também temos atendimento com o pediatra uma vez ao mês no município, e as crianças que apresentam complicações, encaminhamos ao pediatra.

São realizadas visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), em todas as crianças faltosas as consultas, porém, isso muito pouco acontece em nossa área, as mães sempre levam seus filhos. Identificamos como fragilidade, a pouca adesão das mães com filhos até 6 meses ao aleitamento materno exclusivo. Assim, elaboramos um Plano de Ação para suprir tal problema.

Para isso, elaborou - se um Plano de Ação, cuja o objetivo foi orientar as mães quanto ao aleitamento materno exclusivo. Assim, foram pensadas atividades, tais como: orientar as mães de forma contínua sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, durante o pré - natal, puerpério e puericultura, tendo como responsáveis o médico e enfermeira da UBS. Esperamos com essas ações, maior adesão das mães que não amamentam seus filhos e 90% das crianças até 6 meses com aleitamento materno exclusivo.

A equipe conseguiu implementar, durante o pré - natal, puerpério e consultas de puericultura em crianças até 6 meses, as orientações referentes à importância do aleitamento materno, inclusive avaliando as mamas e retirando dúvidas das gestantes/mães. Isso tem colaborado bastante, pois temos despertado para a importância do aleitamento e seus benefícios para o bebê e à mãe. Em relação as palestras previstas para realização, devido à pandemia, todas as ações em grupo foram suspensas.

Os agentes de saúde continuam realizando as visitas domiciliares, realizando busca ativa das puérperas ou mães com crianças de até 6 meses que estão com dificuldade para amamentar, para que a equipe possa consultar e avaliar a mama, e melhor orientar à mãe. Essa atenção e cuidado, tem surtido bons efeitos, tanto na adesão quanto no fortalecimento dessas ações.

Muitas vezes por falta de conhecimento e incentivo, à mãe além de não ter paciência, por sentir dor e achar mais prático, acaba utilizando a mamadeira, e a nossa intenção é evitar com que isso aconteça. Em relação ao que se pode melhorar, consideramos que a equipe precisa de uma qualificação quanto o AIDIPI, que por mais que seja utilizado pela enfermeira e por mim, nosso conhecimento ainda é muito limitado, e isso impossibilita de prestarmos uma melhor assistência as crianças de nossa área. Assim, resolvemos realizar um grupo de estudo, para ampliar nossos conhecimentos frente ao tema e melhor atender as crianças. O grupo será composto por mim, os ACSs e tendo como responsável a enfermeira.

Devido à pandemia, as consultas passaram a ser realizadas com número limitado de crianças por dia, e com a presença de apenas um acompanhante (e com uso devido de máscara), também respeitamos o tempo de 10 min entre um paciente e outro, para a

higienização dos materiais e lavagem das mãos.

Para continuidade das ações, planejamos continuar realizando a busca ativa das mães que não estão amamentando, Além, propor uma agenda compartilhada das consultas entre a enfermeira e o médico para melhor organizar os atendimentos. Espera-se que, após à pandemia, possamos retomar as consultas e as atividades em grupo.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

A importância que as doenças crônicas não transmissíveis têm assumido na atualidade, com valores crescentes dos indicadores de morbimortalidade e representando 70% da carga atual de doenças no território nacional (SCHMIDT, 2011), tem moldado, também, o debate sobre a promoção da saúde, passando-se a associá-la a medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre estilos de vida, não estando mais voltadas exclusivamente para indivíduos e famílias com enfoque biomédico, tal como formulado no modelo da história natural da doença.

De fato, a emergência das doenças crônicas como um importante problema de saúde pública tem colocado na ordem do dia o debate sobre as práticas de saúde e o processo de trabalho desenvolvido no âmbito das equipes, especialmente na APS, ao que tudo indica, ainda centrado em formas de organização que não se adequam às necessidades de atenção a populações crescentemente assoladas por problemas de natureza crônica (MEDINA et al., 2014)

No âmbito do Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde (APS), a equipe elencou entre as fragilidades, a ausência de um instrumento que auxilie no acompanhamento e monitoramento dos usuários portadores de DCNT, em especial os hipertensos e diabéticos, tendo em vista ser um dos grandes agravos que acomete a maioria da população, e necessita serem melhor acompanhados. Os pacientes com hipertensão arterial (HA) e diabetes mellitus (DM), são atendidos diariamente na Unidade, porém reservamos um dia na semana para a realização do Hiperdia, com a avaliação mensal e sempre que necessário, da pressão arterial (PA), glicemia, peso, avaliação clínica e consulta médica. Acompanhar esses pacientes é de extrema importância, pois o não acompanhamento pode ocasionar em complicações, principalmente doenças vasculares. Muitas vezes é necessário mudança de medicamento, realização de exames periódicos e/ou encaminhamento ao especialista. Mesmo com encaminhamento a consultas especializadas, a equipe da UBS também acompanha o paciente.

Desse modo, propomos a realização de um Plano de Ação, com o objetivo de elaborar uma ficha de acompanhamento e monitoramento dos usuários, bem como a realização de atividades educativas com os usuários.

Realizamos em novembro de 2020, uma reunião em equipe entre médico, enfermeira e alguns ACSs, e discutimos sobre a proposta de elaboração da ficha de monitoramento. A ficha terá dados pessoais do usuário, nome do ACS e informações referentes aos medicamentos utilizados pelo paciente (tipo, dosagem, posologia), data da consulta, informações referentes ao peso/IMC, pressão arterial - PA, glicemia, queixas frequentes e orientações/prescrição médica. Será utilizada pelo médico e enfermeira, durante as consultas, sendo consolidada mensalmente na reunião da equipe, com o intuito de reconhecer a situação de saúde de cada pessoa, identificando os faltosos as consultas e aqueles em situação crítica, que necessitam de

encaminhamento ao serviço especializado e maior atenção. Esse monitoramento, possibilita ao profissional acompanhar melhor cada paciente, prescrevendo uma conduta específica, e ao mesmo, planejar com à equipe melhores condutas para esse público (melhoria de conduta, auxílio de demais profissionais, entre outras ações).

Diante do momento de pandemia pelo novo coronavírus (COVID - 19), inicialmente os pacientes sentiam medo de procurar a Unidade, e tivemos uma grande resistência. Contudo, os atendimentos já voltaram ao normal, e os pacientes retomando suas consultas aos poucos. Porém, ainda necessidade um grande trabalho da equipe, para o acompanhamento de todos os pacientes, com os cuidados necessários para segurança do paciente, principalmente aqueles mais críticos e/ou que além da DCNT, apresenta algum tipo de complicação. As atividades em grupo estão temporariamente suspensas pela equipe.

No momento, estão sendo realizadas consultas individuais, agendadas pelos agentes comunitários de saúde - ACS/familiares, tele - atendimento e/ou atendimento de urgência. No início de 2020, a UBS teve grande dificuldade com o seu funcionamento, devido a pandemia; estávamos muito inexperientes em como lidar com essa situação. Muitos pacientes deixaram de procurar o serviço, por medo, assim, as receitas estão sendo renovadas e entregues aos ACS para levar ao domicílio do paciente ou algum familiar.

Desse modo, conforme orientações do Ministério da Saúde (2021), esses grupos devem ter atenção especial a todas as medidas para evitar o contágio que valem para a população geral: lavar as mãos com frequência (ou utilizar álcool em gel quando não for possível lavá-las); limpar e desinfetar objetos e superfícies tocadas com frequência; manter distância mínima de 1 metro de outras pessoas; se tossir ou espirrar deverá cobrir o nariz e a boca com o cotovelo; evitar tocar a boca e o nariz; se houver sintomas gripais, usar máscaras descartáveis, e sempre que necessário, buscar consulta médica.

Em todos os casos, é essencial que as pessoas com doenças crônicas tenham seu calendário vacinal atualizado, principalmente a vacina da influenza e Pneumocócica 23 - valente (para idosos), dado o aumento do risco de infecção bacteriana secundária pela COVID - 19. Também importante ressaltar, no cenário atual, a importância da vacinação da covid - 19, para esse grupo específico, conforme o calendário vacinal do município, reiterando a importância das duas doses. Ainda, sempre reforçamos sobre a alimentação saudável, a saúde do sono e mental, principalmente nesse momento de pandemia, onde as pessoas estão mais ansiosas, e com a saúde mental abalada.

Para continuidade das ações, é necessário a implementação do uso da ficha, bem como, a avaliação periódica dos dados/informações disponíveis, de forma auxiliar no diagnóstico precoce e preciso para tomada de decisão para o cuidado dos usuários. Ainda, o acompanhamento dos pacientes considerados críticos, e que apresentam sequelas da doença ou da COVID - 19; também é necessário, a implementação de ações educativas com os pacientes

portadores de DCNT e o auxílio aos familiares com orientações referentes ao cuidado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A especialização e as microintervenções me proporcionaram um amplo conhecimento sobre Atenção Primária à Saúde no SUS, me auxiliando nas práticas diárias como médico da Unidade Básica de Saúde (UBS), aprimorando as ações, melhorando o atendimento à população e o trabalho em equipe.

Os conteúdos programáticos favoreceram o meu olhar sobre promoção da saúde e prevenção dos agravos de forma abrangente, percebendo o sujeito como singular e plural, não apenas para a doença, mas todo o contexto social, econômico e de vulnerabilidade das pessoas que favorecem o processo saúde-doença.

A partir das microintervenções realizadas, à equipe de saúde tem adotado estratégias para qualificar o processo de trabalho, como por exemplo, nas ações do planejamento familiar, do acolhimento, da saúde da criança e saúde mental, até aos pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Também importante frisar, o estreitamento das relações entre paciente e profissional, foram bastante fortalecidas.

Importante destacar que frente à pandemia pelo COVID-19, a rotina da equipe de saúde mudou bastante, tivemos que restringir alguns atendimentos e tentar planejar as ações com mais segurança. Foram adotadas medidas de biossegurança, como: uso de equipamento de proteção individual (avental, máscara e óculos), a reorganização dos atendimentos apenas com as prioridades e atendimentos essenciais (pré-natal, puericultura e atendimentos emergentes/urgentes).

Diante de todas as ações, ainda foi perceptível que precisamos nos organizar para atender a população, para que as pessoas não adoeçam de outros agravos ou piorem a situação diante da patologia já instalada. Assim, a atenção básica, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem um papel importante no enfrentamento da pandemia, por favorecer no diagnóstico precoce e acompanhamento dos casos suspeitos e notificados de COVID-19.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. 2012. 272 p.: il. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v. 2).

MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?. Revista Saúde Debate. (38). Out 2014.