



**DIALOGANDO SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COM A COMUNIDADE:  
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
DIALOGUING ON THE UNIFIED HEALTH SYSTEM WITH THE COMMUNITY:  
AN EXPERIENCE REPORT IN THE CONTEXT OF HEALTH EDUCATION  
DIALOGANDO SOBRE EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD CON LA COMUNIDAD:  
UN RELATO DE EXPERIENCIA EN EL CONTEXTO DE LA EDUCACIÓN EN SALUD**

*Aline Macedo Carvalho<sup>1</sup>, Izabel Vilas Boas dos Santos<sup>2</sup>, Candisse Alves de Almeida<sup>3</sup>, Josele de Farias Rodrigues Santa Barbara<sup>4</sup>*

#### RESUMO

**Objetivo:** informar os princípios, a relevância e a funcionalidade da Unidade de Saúde da Família (USF). **Método:** estudo descritivo, tipo relato de experiência, vivenciado por estudantes de enfermagem, após a execução do projeto de intervenção “Conhecendo a USF e suas ações”, o qual contou com a participação 15 pessoas da comunidade e a equipe de uma USF adstrita do município de Santo Antônio de Jesus/ BA, Nordeste do Brasil. **Resultados:** receptividade do grupo em ampliar os seus conhecimentos quanto à importância da atividade proposta e da realização da educação em saúde na comunidade. **Conclusão:** a realização da atividade proporcionou uma maior aproximação da equipe de saúde da USF com a comunidade local, permitindo a identificação do conhecimento prévio dos participantes, demonstrando que a USF é o início da rede que abrange toda a assistência à saúde. **Descritores:** Sistema Único de Saúde; Educação em Saúde; Enfermagem.

#### ABSTRACT

**Objective:** to inform the principles, the relevance and workability of the Family Health Unit (FHU). **Method:** this is a descriptive study, an experience report, experienced by nursing students, after implementation of the intervention project “Knowing the FHU and its actions”, which had the participation of 15 members of the community and the staff of a FHU attached to the municipality of Santo Antonio de Jesus/BA, situated in the Brazilian Northeast. **Results:** receptivity of the group to broaden its knowledge with regard to the importance of the proposed activity and the accomplishment of health education in the community. **Conclusion:** the completion of the activity provided a closer approximation of the health team of the FHU with the local community, thereby allowing the identification of the prior knowledge of the participants and demonstrating that the FHU is the beginning of the network that covers the entire context of health care. **Descriptors:** Health System; health education; Nursing.

#### RESUMEN

**Objetivo:** informar acerca de los principios, la pertinencia y la funcionalidad de la Unidad de la Salud de la Familia (USF). **Método:** se trata de un estudio descriptivo, un relato de experiencia, experimentado por los estudiantes de enfermería, después de la implementación del proyecto de intervención “Conociendo la USF y sus acciones”, el cual contó con la participación de 15 miembros de la comunidad y el equipo de una USF vinculada al municipio de Santo Antonio de Jesus/BA, situada en el Nordeste de Brasil. **Resultados:** la receptividad del grupo para ampliar sus conocimientos en cuanto a la importancia de la actividad propuesta y de la realización de educación en salud en la comunidad. **Conclusión:** la realización de la actividad ha propiciado una mayor aproximación del equipo de salud de la USF con la comunidad local, lo que permite la identificación del conocimiento previo de los participantes, demostrando que la USF es el inicio de la red que abarca todas las acciones de atención de la salud. **Descritores:** Sistema Único de Salud; Educación en Salud; Enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeira, Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia/UFRB. Santo Antônio de Jesus (Ba), Brasil. [allycarvalho@hotmail.com](mailto:allycarvalho@hotmail.com); <sup>2</sup>Enfermeira, Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia/UFRB. Feira de Santana (Ba), Brasil. [candy\\_lanai@hotmail.com](mailto:candy_lanai@hotmail.com); <sup>3</sup>Enfermeira, Especialização em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB (em andamento). Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia/UFRB. Nazaré (Ba). Brasil. [izabelvilasboas@hotmail.com](mailto:izabelvilasboas@hotmail.com); <sup>4</sup>Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS. Docente de Enfermagem em Saúde Coletiva no Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Recôncavo da Bahia/UFRB, Enfermeira. Santo Antônio de Jesus (Ba). Brasil. [joselefaras@yahoo.com.br](mailto:joselefaras@yahoo.com.br)

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988, na qual está disposto, em seu Artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, sendo então regulamentado em 1990 pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, consideradas as bases jurídicas legais do SUS.<sup>1</sup> A conquista do direito à saúde em nosso país deu-se por meio de uma mobilização social coletiva, a partir de reivindicações que originaram o movimento conhecido como “Movimento Sanitarista”, culminando na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cujas **resoluções serviram de base para inserção da Lei da Saúde na Constituição Federal de 1988.**<sup>2</sup>

Essa determinação possibilitou a inclusão, de modo rápido e extensivo, de milhões de cidadãos brasileiros como detentores de direitos aos serviços de saúde, visto que, antes dessa conquista, a população era desigualmente dividida entre uma minoria que possuía emprego formal, desfrutando dos serviços de saúde da previdência pública e aqueles que não possuíam vínculo empregatício formal, sendo por isso, considerados como indigentes ou tratados por meio de políticas de saúde público-seletivas, santas casas de misericórdia ou pagamento (desembolso) direto por serviços de saúde.<sup>3</sup>

Anterior ao surgimento do SUS, a saúde do Brasil era compreendida apenas como a ausência de doença, tendo o seu foco direcionado para as ações de assistência curativista. Com a implementação desse sistema, o conceito de saúde passou a assumir uma visão ampla, a qual permite considerar os aspectos que envolvem a interação do indivíduo com o meio em que vive, bem como as condições socioeconômicas e culturais.<sup>2</sup>

O SUS tem sido regido pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização da rede e da participação social, os quais convergem seu significado para uma idéia de democratização das ações nos serviços de saúde, deixando de ser centralizados e, conseqüentemente, assumindo a condição de descentralização.<sup>2</sup>

Diante disso, a descentralização do SUS surge como uma forma de assegurar a participação na construção e efetivação das ações e serviços de saúde, estando embasada na representatividade do município, através da municipalização, dada a sua maior proximidade com a realidade da população local e, conseqüentemente, maior entendimento de suas prioridades e demandas

no que diz respeito a políticas de saúde.<sup>2</sup> Nesse contexto de responsabilização do quesito saúde ao nível municipal, em 1991, foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo posteriormente inserida a Saúde da Família (SF), a qual teve seu surgimento em 1994, através da criação do Programa de Saúde da Família (PSF), vindo em 2006 a ser chamada de Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual permitiu estabelecer a fase de consolidação e entendimento de continuidade da proposta. Esses serviços são coordenados pelo Ministério da Saúde com o objetivo de nortear a organização da Atenção Básica no país, no sentido de assegurar os princípios de territorialização, longitudinalidade do cuidado, intersetorialidade e equidade, no que diz respeito à descentralização da assistência.<sup>4</sup>

A ESF incorpora em sua execução os princípios do SUS e se estrutura a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), entendendo-se que esta deve ser o contato preferencial dos usuários e a principal “porta de entrada” ao serviço de saúde. A execução de seu trabalho é realizada por uma equipe multiprofissional, a ESF, composta por, no mínimo, médico e enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ser acrescidos os profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista e técnico em saúde bucal). Além desses, farmacêutico, assistente social, educador físico, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta poderão compor as equipes de apoio - Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)-, conforme a necessidade de cada comunidade adstrita às Unidades de Saúde da Família (USF).<sup>5</sup>

O trabalho em equipe é uma estratégia para o desenvolvimento de ações que influenciam na qualidade de saúde da população, gerando vínculo, acolhimento, humanização da assistência e melhora no acesso dos usuários aos profissionais e aos serviços de saúde.<sup>6</sup>

A implementação da ESF objetiva a proposta de atendimento e oferta de serviços de qualidade e continuidade, que permitem uma visão integrada dos indivíduos, possibilitando assim os cuidados e acompanhamento à saúde da mulher, do homem, da criança, do adolescente e do idoso. Considerando toda a magnitude de composição da ESF, o Programa de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), criado pelo Ministério da Saúde (MS), é uma das

Carvalho AM, Santos IVB dos, Almeida CA de et al.

Dialogando sobre o Sistema Único de Saúde com a...

estratégias inseridas na USF, que tem o objetivo de diminuir a morbimortalidade associada à hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), ao mesmo tempo em que permite o cadastramento, o acompanhamento e a garantia de recebimento dos medicamentos pelas pessoas que convivem com estas doenças que estão inseridas entre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).<sup>7</sup>

Em 2001, com o objetivo de compreender as ações práticas de assistência aos usuários e familiares que convivem com o DM e a HAS, foi desenvolvido o Plano de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus integrado às ações do programa HIPERDIA conforme supracitado. Essa estratégia propôs o estabelecimento de metas e diretrizes que abarcassem ações de prevenção, controle, tratamento sistemático e diagnóstico dessas patologias.<sup>8</sup>

Por serem doenças, onde apenas a reabilitação e a promoção de melhores estilos de vida podem ser estabelecidas, essas variantes fazem com que as DCNT sejam as doenças que mais demandam atenção, procedimentos e custos para os serviços de saúde.<sup>2</sup> Os hábitos alimentares e de vida da população brasileira têm sido motivo de preocupação, visto que a modificação vinculada ao cenário da urbanização, aumento da ingestão de alimentos industrializados e o sedentarismo têm caracterizado fatores de riscos responsáveis pelo aumento da prevalência das DCNT, entre as quais se destaca o crescente índice do Diabetes Mellitus (DM) e da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Nesse sentido, no Brasil, DM e HAS juntas são responsáveis pela primeira causa de mortes, hospitalizações e amputações de membros inferiores.<sup>9</sup>

Compreendida como problema de saúde pública no Brasil e no mundo, as DCNT têm provocado importantes mudanças no cenário de transições demográficas e epidemiológicas a nível nacional. Dentre as consequências mais prevalentes das DCNT, as doenças cardiovasculares têm perpassado por um complexo contexto, mostrando que, na década de 30, eram responsáveis por apenas 12% das causas de mortes, sendo atualmente caracterizada como a principal causa de mortes em todas as regiões brasileiras, respondendo por quase um terço dos óbitos.<sup>10</sup>

O diabetes mellitus é um conjunto de doenças metabólicas que ocasiona o aparecimento de hiperglicemia, podendo gerar complicações como: insuficiências visual, renal e cerebral, assim como nos sistemas cardíaco e circulatório. Dentre as

diferentes formas de diagnósticos do DM, são encontradas o tipo 1, tipo 2, gestacional, além de estados de intolerância à glicose. As consequências decorrentes do DM podem ser resultantes de alterações ocorridas na destruição das células beta produtoras de insulina no pâncreas; insuficiente liberação da insulina; distúrbios da secreção da insulina; resistência à ação da insulina, entre outras alterações.<sup>9</sup>

Em relação à hipertensão arterial sistêmica (HAS), a patologia é considerada uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA).<sup>11</sup> Para que possa ser estabelecido o diagnóstico da HAS, é necessário que ocorra a aferição da PA durante intervalos regulares, baseados em duas ou três mensurações feitas por profissionais de saúde. Os valores devem estar direcionados à medida da pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.<sup>12</sup>

Por pertencerem às DCNT e possuírem características similares, o DM e a HAS são considerados como importante desafio para o Sistema único de Saúde (SUS) e para as sociedades científicas, que precisam ter um vasto conhecimento frente às situações de prevenção e tratamento dessas doenças.<sup>13</sup>

No âmbito dessas ações, é importante destacar que as ações vinculadas ao atendimento ao usuário com DM e HAS só terão êxito se forem estabelecidos vínculos de uma rede integrada de atendimento e de profissionais comprometidos com a assistência, prevenção e tratamento desses usuários. Nessa perspectiva, o profissional enfermeiro tem o importante papel de atuar; atender executar atividades de educação em saúde e serviço, promover o cuidado e prevenir agravos através das suas ações assistências e gerenciais, que envolvem o planejamento, a programação, a avaliação e a coordenação de ações frente às abordagens atendidas no programa HIPERDIA.

Ao compreendermos a seriedade da Lei Federal nº 8.080/1990, que traz, entre outros princípios e diretrizes, o direito de pessoas assistidas a adquirirem informações sobre sua saúde, à divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário, objetivamos, neste artigo, informar os princípios, a relevância e a funcionalidade da Unidade de Saúde da Família (USF) para a população local, buscando sensibilizá-la quanto à importância da USF na assistência à saúde da comunidade.

## MÉTODO

Estudo descritivo, tipo relato de experiência, vivenciado por discentes do 9º semestre de enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) na execução prática do componente curricular Estágio Supervisionado I (ES-I), referente à Atenção Básica, com carga horária de 459 horas, no interior da Bahia. Dentro da proposta pedagógica do ES-I, os estagiários devem planejar e implementar um projeto de intervenção para a Unidade de Saúde da Família (USF) e/ou comunidade na qual estão desenvolvendo suas atividades.

O projeto tem por base a identificação de demandas que necessitam de resolutividade no ambiente interno/externo da unidade. Para esse reconhecimento, obtivemos a contribuição dos agentes comunitários de saúde (ACS) e da enfermeira responsável pela USF em questão. Assim, dentre as inúmeras situações referidas, elegemos trabalhar com a divulgação local sobre a importância da USF na comunidade, assim como as suas ações e programas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa escolha foi fortalecida mediante o relato dos ACS, os quais afirmaram que a população local não valoriza a relevância da inserção da USF no bairro, inclusive os seus princípios e objetivos, além de referir que algumas pessoas não valorizam adequadamente o trabalho e a finalidade destes profissionais e demais componentes da equipe de saúde no que tange à política da promoção à saúde e à prevenção de agravos.

Para a implementação do referido projeto, inicialmente, foi realizada uma discussão do tema e construído um cronograma de apresentação, estabelecendo-se as etapas da explanação, seus respectivos responsáveis e horários; em seguida foi produzido um material educativo do tipo *folder* com os temas HAS e DM, bem como a confecção de “caixinhas descartáveis” para o acondicionamento dos remédios para hipertensão e diabetes.

Para obter o maior número de participantes, contamos com a parceria do educador físico, que difundiu a atividade no grupo de caminhada dos idosos pelo qual é responsável. Além disso, foram elaborados cartazes que foram afixados na USF e convites que foram distribuídos pelos ACS nas suas respectivas microáreas.

Ao iniciar a ação educativa, foi efetuada primeiramente a triagem do público-alvo com a medida da pressão arterial e da glicemia capilar, procedendo-se à elucidação da temática com a apresentação dos profissionais

da USF e do NASF. No decorrer da atividade, abordamos sobre a hipertensão arterial (HAS), o diabetes mellitus (DM) e a relevância do Programa de Cadastro e Acompanhamento dos Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), o qual está inserido na agenda de atendimento da USF. Essas morbidades pertencem às DCNT e estão cada vez mais incidentes e prevalentes no país. Tais doenças são configuradas como um problema de saúde pública, consideradas patologias crônicas, estigmatizantes e de alta incapacidade funcional, as quais necessitam de uma avaliação e monitoramento contínuo, tanto da parte do (a) médico (a) quanto da parte do (a) enfermeiro (a) através do referido programa.

Na contextualização da HAS e DM, utilizamos do lúdico para abordar sobre estas doenças, executando uma encenação teatral, em que os personagens eram representados pelo coração e vaso sanguíneo, dialogando sobre o aparecimento da hipertensão e diabetes, sintomas e formas de prevenção.

Em seguida, foram distribuídas as “caixinhas de medicamentos”, bem como explicada a forma de uso para os conviventes com HAS e/ou DM, sendo identificadas por imagens como o sol, representando o horário matutino; a refeição (almoço), representando o horário de meio-dia; e a lua referindo ao horário noturno. Também foram disponibilizados *folders* para a população, contendo informações sobre a promoção à saúde e a prevenção de complicações no HAS/DM, encerrando as atividades com a oferta de um lanche saudável contendo frutas e suco natural.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto “*Conhecendo a USF e suas ações*” aconteceu no dia 26/03/2013, às 15 horas, com duração de 03 horas, em local acessível e conhecido por todos os moradores, contando com os seguintes participantes: 15 pessoas da comunidade, a equipe de saúde da USF (os ACS, a enfermeira e a odontóloga) e a adesão dos integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), representados pela farmacêutica e a assistente social.

A discussão teve abordagem bidirecional, com diversos questionamentos, onde se buscou uma maior interação com o grupo. Durante a execução do projeto, percebemos a participação ativa do público, o qual mostrou o aprendizado do senso comum sobre o tema explicitado.

A partir disso, aconteceram as discussões sobre a história antecedente ao surgimento e

Carvalho AM, Santos IVB dos, Almeida CA de et al.

Dialogando sobre o Sistema Único de Saúde com a...

implantação do SUS, contemplando o contexto político-social da época. Assim, verificamos através dos relatos que o SUS se resumia apenas as instituições de saúde como o “posto” e os hospitais, não sabendo que outros estabelecimentos integram essa rede no cuidado à saúde.

Percebemos a receptividade do grupo em ampliar os seus conhecimentos quanto à importância da atividade proposta e da realização da educação em saúde na comunidade; assim como o reconhecimento da importância da USF para a comunidade local e dos profissionais que compõe a equipe na assistência à saúde no nível primário; e a discussão e o esclarecimento das inúmeras dúvidas proferidas sobre o funcionamento e estrutura da USF.

Os participantes eram majoritariamente hipertensos e diabéticos, e detinham um conhecimento prévio sobre as patologias, porém evidenciaram-se questionamentos quanto ao aparecimento da doença e às complicações da HAS/DM, sendo sanados imediatamente. A execução da peça teatral foi o momento fastigioso da nossa atividade, visto que o público participou integralmente durante as falas dos personagens, relatando-nos as suas experiências.

Sabendo que ocorrem inúmeros equívocos quanto ao tratamento correto e no horário certo, lançamos como estratégia para reduzir tais erros, a distribuição das “caixinhas”, onde se explicou a finalidade e função desses objetos. As pessoas relataram o entusiasmo em receber e pôr em prática as referidas “caixinhas”. Na oportunidade, aproveitamos para orientar sobre os cuidados com a saúde, a prevenção de complicações provenientes das doenças e do uso racional de medicamentos.

No encerramento das atividades, foi oferecido um “lanche saudável”, marcando um momento de descontração e fortalecimento da ação educativa; do reforço ao autocuidado, principalmente sobre a qualidade da alimentação das pessoas com HAS e/ou DM; e o incentivo para frequentarem continuamente o programa HIPERDIA no atendimento com a enfermeira (o), pois foi averiguada baixa adesão às consultas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde integra o eixo da promoção da saúde e prevenção de agravos, atendendo aos princípios do SUS e da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). A realização dessa atividade educativa proporcionou uma maior aproximação da

equipe de saúde da USF citada e dos (as) estagiários (as) de enfermagem com a comunidade local, permitindo a identificação do conhecimento prévio dos participantes sobre o sistema de saúde brasileiro e a explanação da magnitude do SUS, demonstrando que a USF é o início da rede que abrange toda a assistência à saúde.

Essa estratégia é um meio de levar a USF para conhecer a realidade dos moradores e as situações de saúde nas quais eles estão inseridos e, a partir disso, buscar o desenvolvimento de suas ações voltadas para a necessidade local. À medida que a comunidade toma conhecimento da importância e função desse serviço no seu território, a assistência à saúde é realizada de forma mais efetiva e ativa, mesmo dentro das limitações do SUS no que tange a gestão/administração do sistema de saúde nas três esferas de governo.

Salienta-se que a educação em saúde deve ser realizada continuamente, independente dos recursos econômicos e/ou humanos disponíveis, pois pode ser executada a nível individual ou coletivo e por todos os profissionais de saúde nos três níveis de complexidade do cuidado.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília, 2005; 82. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília. 2001; 69. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/artes/guia\\_psf1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/artes/guia_psf1.pdf)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília. 2002; 102. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Normas e Manuais Técnicos. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica n. 16. Brasília: 2006; 64. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes\\_mellitus.PDF](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF)

5. Brasil. Ministério da Saúde. Normas e Manuais Técnicos. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica n. 15. Brasília: 2006; 53. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica15.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf)
6. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS. 2009; 282. Available from: <http://www.conass.org.br/publicacoes/sus20anosfinal.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: 2000; 44. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006.- Brasília: 2008; 200. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_familia\\_analise\\_indicadores\\_1998\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_familia_analise_indicadores_1998_2006.pdf)
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: 2012; 110. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
10. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes. Belo Horizonte: SAS/MG. 2006; 198. Available from: [http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha\\_guia\\_hiperdia.pdf](http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha_guia_hiperdia.pdf)
11. OPAS. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde. 2011; 111. Available from: [http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS\\_Verde\\_web\\_final.pdf](http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS_Verde_web_final.pdf).

Submissão: 19/08/2013

Aceito: 03/01/2014

Publicado: 01/02/2014

#### Correspondência

Aline Macedo Carvalho

Praça São Sebastião, 71, Centro.

CEP: 46835-000- Nova Redenção (BA), Brasil