

---

# Implantação de Agenda Integrada em uma USF de Campo Grande (MS) – Relato de Experiência

Mônica Abreu Gonzalez Marques<sup>I</sup> / Luiza Helena de Oliveira Cazola<sup>II</sup>

**Palavras-chave:** Relações Interprofissionais. Acesso aos Serviços de Saúde. Saúde da Família.

---

## RESUMO

Os serviços de saúde no Brasil sofreram diversas mudanças ao longo das últimas décadas, culminando na adoção da Estratégia Saúde da Família, que teve como finalidade reorganizar a Atenção Básica por intermédio de equipes multiprofissionais. Suas diretrizes, no entanto, delimitam os objetivos de promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde sem relatar *como* deve ser o processo de trabalho para atingi-los, havendo uma lacuna a respeito dos modos de organização das equipes e da demanda de atendimento. Este artigo relata uma proposta de organização do processo de trabalho por meio da integração das ações dos profissionais de uma equipe de saúde da família no município de Campo Grande (MS), mediante a implantação de uma agenda de trabalho. Foi implantada uma agenda de trabalho que definiu a prioridade de atendimento de todos os profissionais da equipe em cada dia da semana. A demanda foi dividida entre atendimento programado, ao qual foram destinadas de 50% a 60% das vagas, e demanda espontânea, que correspondeu aos outros 40% a 50%. A demanda espontânea consistiu na população que procurou a unidade livremente para o agendamento de consulta, realizado por meio da distribuição de senhas, e a demanda programa-

da foi composta por pacientes pertencentes a grupos de gestantes, hipertensos e diabéticos, que foram agendados previamente pelos profissionais da unidade por meio dos cartões dos programas, utilizados como documentos de registro e acompanhamento da história médica e odontológica desses pacientes. Para a equipe, a utilização dessa agenda representou um avanço em direção ao trabalho interdisciplinar e à lógica de atendimento por ordem de chegada, ampliando o acesso mediante outros critérios. A agenda também possibilitou maior aproximação com os pacientes e entre os membros da equipe.

## INTRODUÇÃO

A organização dos serviços de saúde no Brasil sofreu diversas mudanças ao longo das últimas décadas, com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, que enfrentou diversos entraves para sua operacionalização, decorrentes da resistência do modelo de assistência até então hegemônico – centrado na doença, hospitalocêntrico, individualista, com utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e baixa resolubilidade<sup>I</sup>.

Em 1991, o Ministério da Saúde formulou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituindo alguns elementos centrais, como o enfoque na família e a

---

<sup>I</sup> Cirurgiã-Dentista da Prefeitura do Município de Campo Grande (MS); Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Fiocruz Mato Grosso do Sul.

<sup>II</sup> Mestre em Saúde Coletiva; Doutora em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; Tutora do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Fiocruz Mato Grosso do Sul.

noção de área de cobertura, e introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, agindo preventivamente sobre a demanda. A experiência possibilitou adotar uma prática centrada não apenas na intervenção médica, com maior integração com a comunidade<sup>1</sup>.

Dessa forma, o PACS é considerado o precursor do Programa Saúde da Família (PSF), implantado em 1994 pelo Ministério da Saúde como estratégia para reorientar o modelo assistencial vigente, revertendo a forma da prestação de assistência ao romper com o comportamento passivo dos serviços de saúde, estendendo suas ações à comunidade<sup>2</sup> e priorizando as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua<sup>3</sup>.

Esse programa se estrutura por intermédio da Unidade Saúde da Família (USF), na qual atua uma equipe multiprofissional, e é fundamentado por diretrizes básicas, como substituição das práticas tradicionais por um novo processo de trabalho, compromisso com a integralidade e a intersetorialidade, territorialização, responsabilização e vínculo das equipes com a população adscrita, e estímulo à participação popular e ao controle social<sup>2</sup>.

No entanto, a organização do processo de trabalho das equipes, a relação com os usuários nessa construção e, principalmente, o desafio de trabalhar com equilíbrio entre autonomia e responsabilidade não eram pautados no processo de implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), seja pelos gestores, seja pelos trabalhadores<sup>4</sup>.

As normas que orientam os serviços da ESF indicam como *deve ser* este novo modelo, mas apresentam uma lacuna do *como fazer*, como operacionalizá-lo. Dentre as diretrizes do ESF, está a atuação em equipes multiprofissionais, cujo objetivo seria possibilitar o conhecimento mais amplo nas intervenções de saúde, com a finalidade de superar a fragmentação gerada pelo excesso de especialização, conferindo maior eficiência aos serviços de saúde. São descritas as atribuições gerais da equipe e também especificadas as atribuições de cada um de seus componentes. Contudo, não são encontradas orientações acerca de como se processaria a articulação das diferentes atribuições de cada profissional da equipe a fim de atingir seus objetivos<sup>5</sup>.

A interdisciplinaridade no campo da saúde pública é de fundamental importância diante de problemas complexos que a saúde impõe. Entretanto, sua prática é limitada devido à tradição positivista e à rigidez disciplinar. As várias categorias profissionais trabalham paralelamente, de for-

ma isolada, havendo pouca ou até mesmo nenhuma discussão entre elas, o que gera uma atenção fragmentada<sup>6</sup>.

O profissional de saúde se vê diante de muitos desafios, sentindo-se inseguro em exercer suas atividades devido à sua formação voltada a questões biológicas e ações curativas e técnicas, com pouca ênfase nos fatores socioeconômicos e psicológicos do processo saúde-doença<sup>7</sup>. Essa formação baseada no paradigma flexneriano constitui um desafio para esses profissionais, gerando dificuldade em transcender o espaço do consultório médico e em propor diagnósticos e intervenções em nível coletivo, numa abordagem holística. Assim, a proposta de um trabalho interdisciplinar está presente mais na filosofia da ESF que no fazer cotidiano das equipes<sup>6</sup>.

Além de haver pouca discussão entre a equipe sobre o planejamento terapêutico, os usuários sobrevalorizam as consultas médicas, sendo perceptível sua busca por medicamentos e exames, de forma que, para muitos, a solicitação de vários exames é sinônimo de boa conduta médica<sup>8</sup>.

A proposta da ESF de não se centralizar no médico visa enfatizar a ideia de equipe interdisciplinar, com o objetivo de cumprir o princípio da integralidade na saúde, concebendo cada indivíduo como uma totalidade, valorizando a “soma de olhares” de diferentes profissionais. O trabalho em equipe tem ocupado posição de destaque como um importante recurso de trabalho e se apresenta de modo complexo no interior de uma prática que, historicamente, é constituída com base na fragmentação do conhecimento<sup>6</sup>.

Outro aspecto é o conhecimento da realidade local da área de abrangência das equipes, incluindo suas características socioeconômicas, culturais, geográficas e epidemiológicas. Com base nessas informações é que se deve realizar a programação de atividades e a reestruturação do processo de trabalho, de acordo com a população cadastrada. Com esse planejamento, poderão ser acompanhadas as situações de exposição a agravos, as condições de vida, as ações programáticas desenvolvidas e a situação de saúde das famílias e da comunidade, melhorando a capacidade de identificação das desigualdades entre os grupos, para melhor planejar as ações de saúde<sup>5</sup>.

A reorganização dos serviços tem como finalidade garantir acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado, isto é, inverter a lógica do atendimento de quem chega primeiro para quem precisa mais. Nesse sentido, todos têm de ser ouvidos e ter seus problemas de saúde atendidos. Até mesmo a dificuldade de acesso

à consulta clínica por falta de profissionais médicos pode ser resolvida mediante maior oferta de consultas, com o aproveitamento de outros profissionais da unidade, entre eles o enfermeiro<sup>9</sup>.

Na prática, o que se observa é a forma excludente de atendimento, em que a prioridade é de quem chega primeiro<sup>4</sup>, gerando restrição ao acesso, com filas para o atendimento, sem avaliação de risco. Os serviços são organizados com base na oferta limitada de ações de saúde, sem levar em conta as reais necessidades da demanda, o que compromete sua resolutividade<sup>10</sup>, sendo vigente o modelo de pronto-atendimento baseado na demanda espontânea e com enfoque na doença<sup>11</sup>.

O agendamento prévio de consultas é um instrumento que humaniza a assistência, facilita o acesso efetivamente e permite priorizar casos de risco ou grupos específicos que devem ser atendidos por determinados programas, possibilitando alterar o modelo exclusivo do pronto-atendimento<sup>9</sup>. A forma de organização da demanda poderá ser diferente de uma unidade para outra, mas em todas as situações é necessário avaliar os riscos e a queixa do usuário<sup>10</sup>.

A necessidade de articulação entre uma demanda programada e uma demanda espontânea aproveita as oportunidades geradas por esta para a aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco à saúde, assim como o desenvolvimento em conjunto de atividades coletivas com a comunidade<sup>3</sup>.

O trabalho das equipes depende de profissionais de diferentes formações (médicos, enfermeiros e outros) e da interação interdisciplinar entre essas diversas ações, de forma que a organização do trabalho de uma equipe de Saúde da Família requer a elaboração conjunta da agenda de seus profissionais, ou seja, a equipe precisa combinar suas atividades: o que fazer, como fazer e com que frequência fazer<sup>12</sup>. É importante, assim, que todos os profissionais da unidade compartilhem a responsabilidade sanitária, garantindo a integração da equipe no processo de trabalho, para um ganho potencial das intervenções das diferentes categorias profissionais<sup>10</sup>.

Para organizar a demanda, é necessário prever espaço e tempo tanto para a demanda programada, quanto para a demanda espontânea, de forma que elas se complementem. Caso contrário, as unidades de saúde correm o risco de se tornarem instituições burocratizadas, de portas fechadas ou apenas entreabertas. Além disso, é essencial uma ampla discussão que envolva todos os traba-

lhadores da unidade e a participação da comunidade no processo de decisão, pactuando de forma consciente com os usuários que a forma de organização visa facilitar a identificação de prioridades e dar resposta a todos os que procuram a unidade, e não transformar o serviço em uma unidade de pronto-atendimento, em que tudo será traduzido como prioridade<sup>10</sup>.

Este artigo relata uma proposta de organização do processo de trabalho a partir da integração das ações dos diferentes profissionais de uma equipe de Saúde da Família, mediante a implantação de uma agenda de trabalho que prevê atenção à demanda espontânea e às atividades programadas, na USF Aquino Dias Bezerra, do município de Campo Grande (MS).

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

A Unidade Saúde da Família Aquino Dias Bezerra está localizada no município de Campo Grande, em Mato Grosso do Sul, no bairro Vida Nova III. Sua inauguração ocorreu no dia 9 de agosto de 2010, com três equipes de Saúde da Família. Cada equipe é constituída por médico, enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal. A unidade conta também com uma assistente social, que trabalha em conjunto com as três equipes, e três recepcionistas.

A equipe 67, cuja agenda de trabalho será descrita, é responsável por uma área localizada nos bairros Jardim Anache e Vida Nova III. Segundo os dados consolidados do SIAB, há na área 3.198 famílias cadastradas. A população é composta predominantemente por adultos jovens, com renda média de 1 a 4 salários mínimos, e o índice de alfabetização dos indivíduos a partir de 15 anos de idade é de 96,39%. Os homens são os principais provedores da família, e suas ocupações denotam baixa escolaridade. Muitas mulheres relatam ser do lar, de forma que não contribuem com a renda familiar.

As condições de saneamento não são satisfatórias na área, pois, embora 99,06% das casas possuam abastecimento público de água, 85,46% não tratam a água para beber, e apenas 1,44% são beneficiadas com o sistema de esgoto. Quanto ao manejo do lixo, 99,50% se destinam à coleta pública. As habitações são, em sua maioria, de alvenaria, totalizando 97,47% das residências, e 99,12% têm fornecimento de energia elétrica.

**Quadro I**  
**Agenda da USF Aquino Dias Bezerra – Equipe 67**

Período	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Médico 7h 13h	Saúde da Mulher DE Saúde Homem DE	VD DE	Hiperdia & Idoso DE DE Reunião externa (Ceinf)	Gestante & Puérpera Hipertenso & Idoso DE	Saúde Criança & Adolescente DE 13h – Reunião equipe 15h – Reunião geral
Enfermeiro 7h 13h	Saúde da Mulher DE ACS Saúde Homem DE	Preventivo ACS Saúde Criança & Adolescente DE	Hiperdia & Idoso DE ACS Última semana Exame Pé Diabético	Gestantes ACS 14h – VD Supervisão	VD com assistente social + dentista ACS 13h – Reunião equipe 15h – Reunião geral
Odontólogo 7h 13h	Saúde da Mulher DE Saúde da Mulher DE	Idoso Criança & Adolescente	Hiperdia & Idoso DE DE	Gestante & Puérpera Criança & Adolescente	Visita domiciliar ou Saúde Criança & Adolescente DE 13h – Reunião equipe 15h – Reunião geral
Téc. Enfermagem 7h 13h	Pré-consulta DE Pré-consulta DE	Visita domiciliar com médico Pré-consulta DE	Pré-consulta DE VD (Kimbelly)	Pré-consulta DE VD (Angela)	Pré-consulta DE 13h – Reunião equipe 15h – Reunião geral
ACS 7h 13h	VD Reunião com enfermeira Itinerário	VD com médico Reunião com enfermeira Itinerário	VD com enfermeira Reunião com enfermeira Itinerário	VD Reunião com enfermeira Itinerário	VD 13h – Reunião equipe 15h – Reunião geral

Legenda: DE = demanda espontânea; VD = visita domiciliar.

Quanto à atenção à saúde, apenas 19,85% relatam possuir algum plano de saúde, de modo que a grande maioria depende exclusivamente do SUS.

Diante da inauguração da USF Aquino Dias Bezerra, foi instituído na unidade um modelo organizacional cuja finalidade seria integrar as ações dos diferentes profissionais da equipe de saúde. Esse modelo foi projetado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande e consistiu na implantação de uma agenda de trabalho que define de maneira conjunta o enfoque de todos os profissionais da equipe, em cada dia da semana.

Esse enfoque consiste na priorização da assistência a um grupo populacional determinado, em um período da semana estabelecido, como explicitado no Quadro I. Todos os dias há também o atendimento de outros grupos populacionais, possibilitado pela disponibilidade de vagas destinadas à livre demanda.

As três equipes atuantes possuem um esboço organizacional semelhante, mas com diferenças na agenda e na forma de trabalho, em decorrência das características da população atendida e dos profissionais atuantes. A agenda apresentada no Quadro I demonstra o modelo utilizado por uma das equipes da unidade, a equipe 67, e serve como exemplo para as demais.

A demanda é organizada por meio da divisão entre demanda programada, à qual se destinam de 50% a 60% das vagas, e demanda espontânea, que corresponde aos outros 40% a 50%. A demanda programada é composta por pacientes pertencentes aos grupos prioritários, como gestantes, hipertensos e diabéticos, e a demanda espontânea, por sua vez, consiste na população que procura a unidade livremente para o agendamento de consulta.

A demanda programada, por seu caráter prioritário, é agendada previamente, o que pode ocorrer de diferen-

tes formas. O paciente pode ser encaminhado dentro da própria unidade, de um profissional para outro: ao constatar a necessidade de tratamento odontológico, por exemplo, o enfermeiro pode encaminhar o paciente ao dentista; ao perceber que um paciente apresenta pressão arterial elevada, o dentista pode encaminhá-lo ao médico; até mesmo o agente comunitário de saúde pode orientar o agendamento quando constatada a necessidade de consulta, durante a visita domiciliar.

Alguns programas têm um fluxo de atendimento pre-determinado. A gestante, por exemplo, ao iniciar o acompanhamento pré-natal, é agendada para a consulta médica durante a consulta de enfermagem e é encaminhada para o agendamento de consulta odontológica. O mesmo ocorre com os bebês, que, após consulta de enfermagem, são encaminhados para a odontologia.

Durante as reuniões do Hiperdia, também são oferecidas algumas vagas para consultas médica e odontológica, de forma que alguns pacientes já são agendados no momento da reunião. Além disso, os pacientes de grupos prioritários podem buscar a unidade espontaneamente e só depois de atendidos e percebidos como tal poderão ter o retorno previamente agendado.

Os pacientes da demanda espontânea são agendados por meio da entrega de senhas. As consultas médicas são marcadas diariamente, no início da manhã, para atendimento no mesmo dia, enquanto as consultas odontológicas são agendadas uma vez por semana, durante as sextas-feiras, no período vespertino, para atendimento na semana seguinte. As urgências e emergências são atendidas mesmo que as vagas previstas para a demanda já estejam preenchidas.

Em princípio, a proposta da agenda seria integrar as ações dos diversos profissionais da unidade em um enfoque comum e ao mesmo tempo potencializar cada ida do paciente à unidade, oferecendo a ele atendimento das diversas especialidades em um único período.

Na prática, a agenda integrada facilita o fluxo de atendimento de alguns grupos, como o das gestantes, pois todos os profissionais estão preparados para recebê-las naquele período. O mesmo ocorre com o Hiperdia, em que os pacientes são agendados para comparecer à reunião – na qual são aferidas a pressão arterial e a glicemia, e são realizadas as orientações e dinâmicas de grupo – para depois serem atendidos pelo médico, pela enfermeira e pela dentista.

Sempre que há consulta médica, odontológica ou de enfermagem anteriormente marcada no momento em que será agendada a consulta de outro profissional, procura-se conciliar os atendimentos, isto é, agendar a consulta no mesmo período daquela previamente marcada.

Os agendamentos são verificados por meio dos cartões dos programas, como o cartão da gestante, do hipertenso, do diabético e da mulher, e das cadernetas do idoso e da criança. Todos os profissionais utilizam esses cartões, que servem como documento de registro e acompanhamento da história médica e odontológica desses pacientes. Assim, todos os profissionais agendam a consulta nesses documentos e podem verificar diretamente as datas de outros agendamentos, sem a necessidade de acessar a agenda do outro profissional. Ao mesmo tempo, há maior controle sobre a frequência do paciente, pois há o registro das consultas marcadas em períodos anteriores.

Por outro lado, nem sempre é possível conciliar esses atendimentos. Uma gestante de baixo risco deverá, nos primeiros meses de gestação, ser acompanhada pelo médico mensalmente. No entanto, se após a consulta odontológica for constatada a necessidade de atenção, essa gestante deverá retornar até concluir seu tratamento, de forma que a frequência desses retornos será determinada por suas necessidades. Nesse caso, o tratamento deve ser concluído o mais rápido possível, pois o agravamento de sua saúde bucal pode gerar alterações em sua saúde geral e na saúde do bebê, não sendo indicado um tratamento mensal. Dessa forma, não seria possível conciliar os atendimentos médico e odontológico nos mesmos períodos, pois as necessidades de atenção são diferentes em cada área, embora sejam complementares.

Há também limitações quanto à disponibilidade dos pacientes. Alguns frequentam o trabalho ou a escola no período destinado ao seu atendimento. Alguns pacientes hipertensos, por exemplo, têm atividades na quarta-feira de manhã, período reservado ao Hiperdia, de forma que eles deverão ser agendados em outro período para possibilitar seu retorno até o fim do tratamento.

Assim, a agenda deve permitir flexibilidade para garantir a todos o acesso à assistência. Portanto, o agendamento deve ser mais que um processo mecânico de relacionar a demanda à disponibilidade de vagas, devendo ser um momento de escuta das necessidades e possibilidades do paciente, somada à percepção do profissional e à ado-

ção de critérios estabelecidos. Ela consiste em um roteiro para orientar o atendimento da demanda, com adequações aos pacientes e aos próprios profissionais.

Para a equipe, a utilização dessa agenda consistiu em mais um passo em direção ao trabalho interdisciplinar, permitindo maior controle do acompanhamento dos pacientes, aumentando o vínculo com a equipe. Além disso, ela rompe com a prática de atendimento somente à quem chega primeiro, para ampliar o acesso através de outros critérios.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para uma efetiva organização da demanda, é necessária uma ampla discussão que envolva todos os trabalhadores da unidade de saúde e a participação da comunidade. Dessa forma, o modelo de agenda não deve ser imposto pelos gestores, mas construído na rotina das práticas de saúde, de acordo com o conhecimento dos aspectos socioeconômicos e das necessidades de saúde percebidas pela população.

A implantação desse modelo de trabalho repercutiu de forma positiva na unidade de saúde e na comunidade, aumentando o vínculo entre os profissionais da equipe, já que suas ações passaram a ter o mesmo enfoque, e ampliando a ligação também entre eles e a população adscrita, devido à proximidade do acompanhamento por toda a equipe, que passou a conhecer esses pacientes, e à continuidade do cuidado, por meio do agendamento dos retornos periódicos.

A agenda integrada visa a um melhor aproveitamento da equipe multiprofissional que compõe a ESF. Entretanto, ainda é necessária maior interação entre as diversas categorias profissionais, para se alcançar um trabalho mais resolutivo. Ainda que o olhar de cada profissional tenha se ampliado ao perceber as necessidades do paciente além daquelas de sua área de concentração, o enfoque continua sendo o atendimento clínico, dentro do consultório, de modo que é preciso maior diálogo entre os profissionais, a fim de compartilhar opiniões para maior resolubilidade dos serviços de saúde.

Para superar a prática centrada no atendimento clínico individual, é necessário que os gestores apoiem as ações preventivas, permitindo maior autonomia na construção da agenda de trabalho e diminuindo a ênfase na quantidade de procedimentos clínicos, que traduzem a produção, mas não a resolutividade dos serviços.

Além disso, deve haver maior comprometimento dos profissionais da equipe na busca por respostas aos problemas da comunidade mediante a discussão de casos dos pacientes entre toda a equipe. Essa prática também deve ser incentivada pelos gestores, que podem promovê-la por meio de capacitação profissional. As instituições formadoras também precisam se adequar ao novo modelo de Atenção à Saúde, rompendo com o paradigma flexneriano que se mantém nas grades curriculares, ampliando o diálogo entre as diferentes disciplinas.

## REFERÊNCIAS

1. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*. 1998;8(2):11-48.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. *Rev bras saúde matern infant*. 2003;3(1):113-25.
3. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface – Comunic, Saude, Educ*. 2005;9(17):287-301.
4. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2004;20(6):1487-94.
5. Silva ACB, Athayde M. O Programa de Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade: uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação. *Rev bras saúde ocup*. 2008;33(117):23-35.
6. Leite RFB, Veloso TMG. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. *Psicol ciênc prof*. 2008;28(2):374-89.
7. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Cien Saude Colet*. 2006;11(1):219-27.
8. Reis MAS, Fortuna CM, Oliveira CT, Durante MC. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface – Comunic, Saude, Educ*. 2007;11(23):655-66.
9. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2003;19(1):27-34.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à demanda espontânea na atenção primária à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
11. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Cien Saude Colet*. 2006;11(1):53-61.
12. Campos GWS, Guerrero AVP. *Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2008.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Mônica Abreu Gonzalez Marques  
Rua Bonito, 78  
Monte Carlo – Campo Grande  
CEP. 79022-410 MS  
E-mail: monicabreug@gmail.com