
Desafios da atenção básica frente às iniquidades em saúde

Challenges of primary health care in front of health inequities

Lisane Nery Freitas^I
Vania Celina Dezoti Micheleti^{II}
Leila Maria Holz^{III}

Resumo: Desde a declaração de Alma-Ata, o Brasil vem formulando estratégias de reestruturação da assistência no intuito de garantir o acesso universal e equânime aos cuidados básicos de saúde. A implementação da Estratégia de Saúde da Família reconfigura e fortalece as redes locais de saúde, orientando a expansão da cobertura da Atenção Básica. A atuação dos profissionais e sua inserção na comunidade favorece a identificação de situações de iniquidade em saúde. O presente artigo relata a experiência vivenciada por residentes em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família, no município de Porto Alegre. A situação da população caracteriza-se pelo conjunto de necessidades e problemas relativos à saúde, as respostas sociais e estruturais e o perfil fenomenológico que o torna aparente. A iniquidade percebida pode ser considerada uma desigualdade injusta, visto que se refere a diferenças desnecessárias e evitáveis. É fundamental a manutenção de uma rede de atenção regionalizada, articulada com base territorial que privilegie as especificidades de cada grupo populacional, juntamente com a pactuação de políticas públicas vigentes na perspectiva da continuidade das ações. A potencialidade do campo da saúde no combate às iniquidades está na intrínseca exigência de políticas e ações intersetoriais inclusivas.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde; Saúde da Família; Iniquidade Social.

Abstract: Since the Alma-Ata, Brazil has been formulating strategies for restructuring assistance in order to ensure universal and equitable access to basic health care. The implementation of the National Family Health reconfigures and strengthens local health networks, guiding the expansion of coverage of Primary Care. The role of professionals and their inclusion in the community favors the identification of situations of health inequity. This article reports the experience lived by residents in a unit of the Family Health Strategy, in Porto Alegre city. The health status of the population is characterized by a set of needs and problems relating to health, social and structural responses and the profile becomes apparent that the phenomenological. Already perceived inequity can be considered an unjust inequality, since it refers to unnecessary and avoidable differences. It is essential to maintaining a network of regionalized

^I Enfermeira. Residente do Programa Residência Integrada em Saúde, Ênfase Atenção Básica em Saúde Coletiva, da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. E-mail: lisi_freitas@yahoo.com.br.

^{II} Enfermeira. Doutora em Ciências Pneumológicas, Docente do Programa de Residência Integrada em Saúde, Ênfase Atenção Básica em Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. E-mail: vaniadezoti@uol.com.br.

^{III} Enfermeira. Residente do Programa Residência Integrada em Saúde, Ênfase Atenção Básica em Saúde Coletiva, da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. E-mail: leilaholz@hotmail.com.

care, combined with that privileges the territorial specificities of each population group, with the agreement to current public policies in view of the continuity of actions. The potentiality of the field of health in combating inequities is the intrinsic requirement of inclusive policies and intersectoral action.

Keywords: Primary Health Care; Family Health; Social Inequity.

Introdução

Este artigo tratará sobre os avanços políticos que culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua regulamentação, bem como uma reflexão acerca do que se propõe em contraponto ao atual cenário vigente, expondo seus princípios fundamentais como a equidade, regionalização e as implicações na falha de um modelo de atenção básica em saúde.

A vivência de residentes de enfermagem em Atenção Básica, numa Unidade de Saúde da Família do município de Porto Alegre, possibilitou refletir sobre as diversas iniquidades em saúde percebidas neste serviço. Contribui para este quadro a discrepância social e econômica existente no território, importante fator de perturbação na dinâmica social; além disso, a qualificação limitada dos profissionais na lógica da Saúde da Família para o manejo a estes contrastes, entre outros, repercutindo em conduções desiguais das necessidades em saúde, por distintos critérios.

Apresentar-se-á o contexto sócio demográfico e epidemiológico em que o território da Unidade se encontra, bem como as diferentes esferas político-administrativas, como setor resultante destas articulações. Sugerem-se algumas alternativas para a busca de um Sistema Único de Saúde que de fato aplique os princípios doutrinários instituídos, a fim de um sistema mais resolutivo e equânime.

Contextualização do sistema único de saúde e repercussões

A Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) estabeleceu um importante marco político no país, culminando com a instituição do Sistema Único de Saúde, delineado durante as discussões que permearam a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) em plena construção da Reforma Sanitária brasileira (BRASIL, 1990). A máxima descrita no relatório final da conferência “saúde como direito de todos e dever do Estado” sintetiza este importante processo democrático de debates muito influenciado pela Declaração de Alma Ata (1978), especialmente aonde esta afirma que “a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde”. Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética. O evento foi organizado com a proposta de selar um acordo entre seus países membros, tendo como meta atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da Atenção Primária em Saúde (APS) (OPAS, 1978).

Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se costuma chamar de reforma sanitária (BRASIL, 1986, p. 2-18).

A organização do SUS, de acordo com a lei que o regulamenta, deve ser estruturada segundo os princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização político-administrativa, corresponsabilização e participação da comunidade, resolutividade e regionalização, exigindo da política, dos gestores, dos técnicos e dos usuários do setor, importantes mudanças legislativas, dos mecanismos de gestão, da lógica do financiamento, da organização e administração dos serviços (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Em tese, um arcabouço jurídico-teórico perfeito, não fossem os limites de sua efetivação, característicos dos processos sociais subordinados ao ajuste macro e às políticas neoliberais da atual e hegemônica geografia da mundialização financeira, cuja dimensão está contida num único espaço, em vários territórios (ESCODA, 2004, p. 17).

Dentre os princípios elencados, surge a necessidade de conceber estratégias institucionais visando diminuir as desigualdades, fortalecer as relações sócio-políticas e a capacidade de resposta deste sistema. Daí a necessidade de debater o tema da equidade em saúde, que ganha força no debate setorial no intuito de efetivar a melhoria das condições de saúde da população brasileira.

Segundo Chetre (2000), pautando-se em Whitehead (1992), o conceito de equidade sugere que os indivíduos, na sua singularidade, deveriam acessar os recursos de saúde de acordo com suas necessidades, e que o nível de saúde observado entre estes “diferentes” indivíduos, não sofra influências de fatores além do seu controle. É neste cenário de diferenças sociais e demográficas, que a iniquidade transparece; no acesso diferenciado aos serviços ou nas precárias condições de saúde que se apresentam. Essas diferenças são consideradas iníquas se elas ocorrem pelo motivo que as pessoas têm escolhas limitadas, acesso a mais ou menos recursos para saúde ou exposição a fatores que afetam a saúde, resultantes de diferenças que expressam desigualdades injustas (CHETRE; 2000).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) regulamentada pela Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em Porto Alegre (POA), o PSF (atual Estratégia de Saúde da Família) foi implantado no ano de 1996; naquele período o município já ofertava outros serviços, mas a opção pela nova modalidade de Atenção Básica deu-se em função da existência de vazios de atendimento em saúde e para complementar as áreas de grande vulnerabilidade (GRALHA, MORAIS; 2007).

Para Mendes (1996) trata-se de uma proposta de organização do distrito sanitário no nível primário, complementada pelos consórcios intermunicipais e distritais de saúde

executados nos níveis secundários e terciários a partir da pactuação entre gestores nas três esferas de governo. O autor ressalta o caráter estratégico da proposta num sentido mais amplo que a noção de programa, na perspectiva de impulsionar o desenvolvimento da atenção primária em saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como finalidade a alteração do modelo assistencial, com a nova estruturação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, tendo como diretriz a busca de vínculo com a população, possibilitando o comprometimento e responsabilização entre equipe de profissionais de saúde, usuários e a comunidade (BRASIL, 2011). As equipes são responsáveis por um quantitativo de famílias localizadas em áreas geográficas delimitadas. A proposta de atuação dessas equipes é de promoção, prevenção e recuperação de agravos mais frequentes da população da área geográfica estabelecida.

O Estado do Rio Grande do Sul (RS), de acordo com o censo do IBGE do ano de 2010, possui uma área territorial de 281.748,5 km², com um total populacional equivalente a 10.576.758 habitantes. Segundo informações do Departamento de Ações em Saúde do RS, a cobertura da ESF é de 37%. O município de POA possui uma área de 496,827 km² e uma população de 1.409.351 habitantes, com um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,865 em 2007 (IBGE, 2010; PMPA, 2008).

Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (2012), POA apresenta 39,6% de cobertura de equipes de Unidade de Saúde da Família (USF). Cada equipe é composta por quatro agentes comunitários de saúde, dois auxiliares de enfermagem, um médico e um enfermeiro; algumas unidades possuem ainda equipe de saúde bucal. Cada equipe de ESF é responsável, em média, por 850 famílias, correspondendo a um quantitativo que varia entre 3,5 mil a 4 mil pessoas.

A atuação dos profissionais da Atenção Básica e sua inserção na comunidade por meio da ESF favorecem a identificação e possibilita a intervenção em situações de iniquidade em saúde. O objetivo do presente artigo é relatar a experiência vivenciada por residentes de enfermagem em uma unidade de ESF, no município de POA.

Embora caiba ao SUS a tarefa de promover, proteger e recuperar a saúde, garantindo uma atenção qualificada e comprometimento com a redução do sofrimento humano, observa-se uma prática bem distante do proposto. O atual cenário revela uma população em estado de sofrimento físico e psíquico – uma epidemia – culminando com um grande afluxo de demanda espontânea, uma desproporção entre a procura e a oferta de serviços e às iniquidades em saúde.

A atenção básica e as iniquidades em saúde

A nova Constituição insere a saúde no paradigma dos direitos humanos, da busca de equidade e da justiça social, incorporando na prática assistencial a compreensão de que promoção de saúde implica também em exercitar a cidadania e a responsabilização,

propondo o protagonismo social dos usuários em espaços públicos, fiscalizando e cobrando melhorias junto ao ente gestor, nas várias esferas (ALMEIDA, 2002; BRASIL, 1990).

O programa de Residência Integrada em Saúde, com ênfase na Atenção Básica em Saúde Coletiva, tem como proposta formar profissionais para o planejamento, a gestão e a clínica da atenção básica em equipe multiprofissional, orientados para a integralidade da atenção. O programa objetiva estabelecer uma relação entre trabalho, educação, equipe de saúde e comunidade, possibilitando a integração entre ensino, serviço e gestão do SUS (RS, 2010).

A experiência vivenciada pelos autores no contexto da ESF, tendo como cenário uma população vulnerável socialmente e que sofre iniquidades em saúde, tem provocado inquietude e desconforto, visto que se percebe uma discrepância entre a prática e a legislação proposta.

A USF deste estudo abrange um território de aproximadamente 8.000 habitantes, segundo dados atualizados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (PMPA, 2012). O serviço em questão localiza-se em um distrito sanitário de baixo desenvolvimento socioeconômico, baixa escolaridade, poucos espaços de lazer e grande vulnerabilidade social, com altos índices de tuberculose, HIV/AIDS, além de expressivo número de usuários de drogas lícitas e ilícitas, pontos de tráfico e violência. O distrito também apresenta um baixo Índice de Condições de Vida (ICV) - de 0,0 a 0,5; este índice é uma extensão do Índice Municipal de Desenvolvimento Humano (IDH-M). (IBGE, 2010; RELATÓRIO DE GESTÃO, 2011; PMPA, 2012).

Da área que possui o pior IDH-M até o local com melhor índice, são aproximadamente 25 km; ambas estão próximas do centro da cidade o que demonstra as disparidades continentais, que em algumas regiões vêm se acentuando. As heterogeneidades são maiores quando olhamos “para dentro”. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total) foi criado originalmente para medir o nível de desenvolvimento humano dos países a partir de indicadores de educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (PIB per capita) (PMPA, 2008; BASSANI, 2008).

Com relação ao desenvolvimento econômico do território em estudo, a região apresenta economia informal, alto índice de desemprego e subemprego; também é densamente povoada, cuja ocupação ocorreu de forma desordenada e irregular principalmente nos morros, apresentando um cenário de precária situação de saneamento básico e crescente degradação ambiental. O cenário contrasta com ruas urbanizadas e com boa infraestrutura causando discrepâncias significativas e que interferem na dinâmica da população. Empreendimentos imobiliários de “alto padrão” construídos recentemente nas proximidades do território são motivo de perturbação da convivência social dos moradores evidenciada nas queixas dos usuários.

Conforme dados da prefeitura municipal, o distrito sanitário em estudo possui 100% de abastecimento de água tratada e coleta de lixo. O destino do esgoto da população é, em sua maioria, o sistema de esgoto público correspondendo a 98,5%, em fossas, o equivalente a

1,3%, e a céu aberto em 0,2% nas áreas mais vulneráveis. Existem áreas com urbanização precária ou inexistente prejudicando a mobilidade de grande parte da população e dificultando o acesso ao transporte. A histórica irregularidade fundiária da região propiciou o surgimento de estruturas informais de ocupação, popularmente chamadas de invasão; territórios de extrema pobreza e degradação ambiental (PMPA, 2012).

Historicamente, a unidade de saúde funcionou como uma Unidade Básica de Saúde (UBS) onde a lógica de serviço era o atendimento médico-centrado, ou seja, atendimento curativo, com pouca ênfase às ações de promoção e prevenção em saúde. Apesar da conversão da lógica de atendimento com a implantação da ESF, não se percebe grandes modificações na organização do serviço, estando este ainda voltado para o atendimento curativo, resultando na descontinuidade das ações de promoção e prevenção.

Este contexto, provavelmente, é o causador de importantes problemas relacionados à dinâmica de funcionamento do serviço de saúde. Prevalece entre os usuários, o entendimento de buscar o serviço somente na necessidade de consulta médica evidenciando o desconhecimento da proposta da ESF que prega o atendimento multidisciplinar e a integralidade da atenção.

Focando nos saberes e na vivência experimentada pelos autores, é possível relacionar que algumas dificuldades em relação à mudança na lógica do serviço podem estar ligadas à qualificação, valorização, permanência e rotatividade dos profissionais do serviço em questão. A manutenção de um quadro completo e estável de trabalhadores, como preconiza o MS, não vem ocorrendo. A qualificação dos profissionais visando o entendimento da lógica e funcionamento de uma ESF também é falha. A equipe deve conhecer seu papel para se reconhecer como sujeito efetivo desta mudança. Do contrário, a tendência é a manutenção da lógica de atendimento ancorada na livre demanda, contribuindo com as iniquidades em saúde.

O funcionamento “híbrido”, ou seja, não se reconhece na lógica da ESF, mas também não responde como UBS, confunde os usuários que, não compreendendo exatamente quais as normas que regem a rotina do serviço de saúde sente-se livre para exigir, a seu modo, o atendimento. Nesta ótica, usuários com maior capacidade de expressão e pressão encontram um ambiente propício para terem suas necessidades atendidas, em detrimento de outros menos articulados; talvez até mais necessitados ou em situações que necessitariam prioridade.

Este momento de transição, onde o processo de trabalho ainda oscila entre diferentes propostas de atendimento, dá margem às estratégias criadas de acordo com a realidade do momento, instalando um *modus operandi* que pode ser definido como “autocriação”. Isto significa que não há um planejamento a ser seguido ou metas a serem atingidas, mas situações emergenciais que são resolvidas ao sabor dos recursos que estiverem à mão no momento. Entende-se que esta forma de trabalho é a consequência da indefinição quanto à estratégia a ser adotada no serviço de saúde. E para sua implantação são necessários planejamento e monitoramento, possíveis apenas quando houver a sensibilização de toda a equipe quanto ao modo como deve funcionar uma ESF.

A nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), revisada e atualizada em 2011, preconiza que ações em saúde sejam voltadas para o território, de forma continuada e integral, com base no vínculo dos usuários à equipe de saúde e na longitudinalidade do cuidado. Desta forma, considera-se que uma equipe de atenção básica inserida no território existencial dos indivíduos deva conhecer intimamente sua população adscrita, seus processos existenciais e os indicadores de saúde que a permeiam, bem como os recursos de saúde disponíveis. Uma equipe de atenção básica assume a responsabilidade sanitária pelo território e pela atenção integral dos indivíduos aos quais atendem, não só visualizando-os como seres humanos complexos, considerando seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais, como também pela garantia da atenção à saúde em seus diferentes níveis de complexidade.

Na rotina da ESF vivencia-se a receptividade das famílias em nossas visitas domiciliares, um importante dispositivo facilitador da comunicação e que propicia a construção de vínculos. Percebemos o quanto este trabalho é importante no seguimento da proposta da integralidade do cuidado, porém observa-se a pouca valorização desta prática no serviço de saúde. Esta proximidade com a realidade das famílias possibilita a identificação de arranjos familiares dos mais diversos, a observação de situações extremas de desigualdade, vulnerabilidade e iniquidades, aproximando-nos das reais necessidades da coletividade (BARROS, CHIESA; 2007).

A visita domiciliar é um dispositivo que possibilita qualificar o atendimento das necessidades sociais em saúde e propor alternativas que não se restrinjam somente ao conhecimento técnico. Durante o processo de exploração do território (territorialização) verificamos que as necessidades mais comuns são as de natureza socioeconômica. É uma questão de difícil resolução; a satisfação desta necessidade depende muito pouco da vontade dos profissionais, mas muito de políticas públicas voltadas ao combate da pobreza e desemprego (WAIDMAN, ELSEN; 2004).

O sentimento de impotência é alimentado continuamente no cotidiano dos profissionais, diante da impossibilidade de ser resolutivo frente a tantas demandas. Esta consciência a respeito das inúmeras necessidades que a população atendida vivencia é fonte de sofrimento para os trabalhadores da saúde.

Considerações finais

Após duas décadas de vigência do SUS, percebe-se um descompasso entre o proposto pela legislação e como de fato ocorre na conjuntura atual do modelo de gestão e assistência em saúde. Em meio a um cenário historicamente marcado pelas desigualdades, arraigadas nas dinâmicas sociais, esta realidade interfere nas ações de políticas em saúde através das iniquidades, tornando-se um importante desafio para a atenção básica.

A divisão político-administrativa utilizada pelos gestores e pela comunidade não é suficiente para analisar as carências de uma população. A busca de uma nova regionalização

baseada numa territorialização que capte melhor as condições de vida de seus habitantes pode contribuir com a construção de políticas públicas mais focadas.

No preconizado modelo de atenção compreende-se saúde como resultado de um completo bem-estar físico, mental e social. O setor de saúde por si só é incapaz de promover as mudanças necessárias para melhorar as condições de vida e saúde da população. É importante investir esforços no território como envolvimento de todos os atores sociais. O comprometimento dos gestores com ações efetivas, a participação popular em movimentos sociais e políticos que contribuam com a melhora da qualidade de vida destas populações.

Os profissionais da atenção básica configuram-se como principais atores da mudança do paradigma biomédico, enraizado na cultura da comunidade. Trata-se de um trabalho contínuo, o qual demanda múltiplos esforços e a necessidade de uma equipe integrada. A valorização e o investimento na qualificação profissional são medidas prioritárias para o planejamento e monitoramento das ações de promoção e prevenção em saúde. Junto a isto, a manutenção de uma rede de atenção regionalizada, articulada de forma complementar e com base territorial que atenda as especificidades de cada grupo populacional.

No enfrentamento das iniquidades em saúde devemos privilegiar a infraestrutura dos territórios e institucionalizar as políticas públicas vigentes na perspectiva de que as ações sejam tomadas de forma contínua, objetivando desdobramentos positivos e progressivos.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, suppl. 2002.

BARROS, D. G.; CHIESA, A. M. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. *Rev. Esc. Enfermagem*. USP. 2007; 41(N. Esp.): 793-798.

BASSANI, V. D. S. *Porto Alegre Desigual: os vários retratos de uma metrópole*; 2008 Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/porto_alegre_desigual.pdf>. Acesso em: 22 de junho de 2012.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988.

_____. *Lei nº 8080 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.

_____. *8ª Conferência Nacional de Saúde*; 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf Acesso em: 26 de junho de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. *Portal da Saúde: Profissional e Gestor - Programa Saúde da Família*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149>. Acesso em: 05 de julho de 2012.

_____. *Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. *Portaria 648 de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. *Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

CENTER FOR HEALTH EQUITY, TRAINING, RESEARCH AND EVALUATION (CHETRE). *What is equity? in An area health service taking action to achieve health for all*. CHETRE. The University of New South Wales. School of Public Health & Community Medicine, Austrália, 2000.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*; 6-12 de setembro de 1978; Alma Ata, URSS; Organização Mundial de Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf> Acesso em: 26 de junho de 2012.

ESCODA, M. S. Q. Sobre iniquidade em saúde. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 6, n. 1, p. 16-24, dez. 2004.

GRALHA, R. S.; MORAIS, E. P. PSF em Porto Alegre: aspectos sócio históricos da implantação. IN: LOPES, M. J. M.; PAIXÃO, D. X. *Saúde da família – histórias, práticas e caminhos*. Porto Alegre. Editora da UFRGS, p.31-37, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010.

MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE (PMPA). Secretaria Municipal de Coordenação Política e Governança Local. *Atlas do desenvolvimento humano da Região Metropolitana de Porto Alegre*. POA, 2008.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Programa de Saúde da Família*. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=858. Acesso em: 22 de junho de 2012.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de gestão 1º quadrimestre de 2012*. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_primeiro_quadrimestre_2012.pdf. Acesso em 01 de julho de 2012.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Gerencia de regulação dos serviços de saúde/gerencia distrital. *Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)*. 2012

RIO GRANDE DO SUL (RS). Secretaria da Saúde. Escola de Saúde Pública. *Proposta de Regimento Interno da Residência Integrada em Saúde Coletiva*. Documento atualizado em Fev/2010 a partir do documento de cadastramento do Programa no MEC em Outubro de 2008.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de ações em saúde. *Coordenação estadual de atenção básica em saúde*. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/291/?>

Departamento_de_A%C3%A7%C3%B5es_em_Sa%C3%BAde_(DAS). Acesso em 01 de julho 2012.

WAIMAN, M. A. P.; EISEN, I. *Famílias e necessidades... revendo estudos*. Acta Sci Health Sci. 2004;26(1):147-57.

WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity in health*. International Journal of Health Services. n° 22, p. 429-445, 1992.