

RELATO DE EXPERIÊNCIA

UM OLHAR COMPARATIVO DA MEDICINA SOBRE A SITUAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA DO INTERIOR DO MATO GROSSO E DA CAPITAL GAÚCHA ATRAVÉS DO VER-SUS

**A comparative look of Medicine on the state of primary care in the Nova Lacerda city
and Porto Alegre city through the project VER-SUS**

Ariete Fröhlich Tabile¹ Clauceane Venzke Zell² Jéssica Chaves³ Patrícia Micheli Tabile³

¹Pedagoga. Pós-graduanda em Psicopedagogia Clínica e Institucional, Faculdade La Salle,
Lucas do Rio Verde, Mato Grosso, Brasil

²Médica de Família e Comunidade. Especialista em Saúde Pública. Professora auxiliar do
Curso de Medicina, Universidade de Santa do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail:
clauceane@gmail.com

^{3,4} Acadêmicas de Medicina. Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, Rio
Grande do Sul, Brasil

RESUMO

Introdução: O Programa VER-SUS (Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde) é um projeto desenvolvido pelo Ministério da Saúde em conjunto com as entidades estudantis dos cursos da área da saúde e as secretarias municipais de saúde, com o objetivo de oferecer a estudantes universitários vivências e estágios no Sistema Único de Saúde. A missão é promover a integração dos futuros profissionais à realidade da organização dos serviços, levando-se em consideração os aspectos de gestão do sistema, as estratégias de atenção, o controle social e os processos de educação na saúde. **Objetivos:** Relatar a experiência das estudantes de Medicina nesse projeto a partir de uma abordagem comparativa das experiências vivenciadas na rotina da atenção básica em Nova Lacerda, Mato Grosso (MT), com as vivências em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), a fim de corroborá-las com o referencial teórico da área da saúde coletiva bem como identificar possíveis falhas na dinâmica dessas unidades. **Metodologia:** A análise foi de natureza qualitativa, de delineamento descritivo observacional, acerca de um relato de experiência comparativo. A comparação das vivências teve como principal objeto de análise a atenção básica a partir do Programa de Saúde da Família I Dercides Dias de Moraes (PSF I) e da Programa de Saúde da Família II Nanci Aparecida Dorigan Arriais (PSF II), do MT, no período de 23 de julho a 27 de julho de 2012, em relação à Estratégia de Saúde da Família Ponta Grossa (ESF I) e Estratégia de Saúde da Família Núcleo Esperança (ESF II), do RS, no período de 25 de janeiro até dia 06 de fevereiro de 2013. Para isso, escolheram-se alguns requisitos básicos da atenção primária para observar a ocorrência ou não dos mesmos. **Resultados e Discussão:** Em relação à composição das equipes, notaram-se diferenças entre as próprias PSFs e ESFs a

respeito dos profissionais da área da saúde que deveriam compor a equipe multidisciplinar, preconizada pelo Ministério da Saúde, apresentando falta de alguns profissionais. Nas duas cidades analisadas, essa falta de funcionários gerou dificuldades no atendimento das famílias adscritas em cada unidade, em função da demanda ser maior que a capacidade de atendimento, gerando prejuízos para os usuários e sobrecarregando a equipe. A respeito das questões que tangem o acolhimento, percebeu-se divergências entre a prática e a teoria do tema. Nos PSF I e PSF II há a realização do acolhimento, dentro dos parâmetros preconizados pela Política Nacional de Humanização, bem como na ESF II. Enquanto que, na ESF I, o acolhimento que é realizado não cumpre os princípios que regem a teoria do acolhimento, considerando-o como sinônimo de triagem. A dispensação dos medicamentos se dá de forma diferente nas duas cidades analisadas. Na tentativa de moldar uma cultura preventiva na população de Nova Lacerda, optou-se pela não distribuição de fármacos na própria unidade de saúde. Assim, o usuário consegue a receita do medicamento na unidade de saúde e o retira na Farmácia Municipal, onde há a dispensação gratuita de medicamentos. Enquanto que nas ESF I e ESF II há a fornecimento de medicamentos nas próprias unidades de saúde, exceto os medicamentos controlados que são adquiridos na Farmácia Distrital, na UBS Macedônia, no bairro Restinga Extremo Sul. Nessas farmácias existem profissionais habilitados para as funções, no grupo enquadra-se um farmacêutico e um auxiliar farmacêutico. Observa-se a presença de grupos de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) nas unidades visitadas. A PSF I propicia encontros mensais do grupo unidade, enquanto que a PSF II, realiza esses encontros semanalmente - todas as quintas-feiras no período da manhã com os moradores da cidade e à tarde com os da zona rural. Na ESF I, realiza-se quinzenalmente encontros do grupo. Já a ESF II realiza encontros semanais, nas sextas-feiras, e observa-se maior adesão dessa população ao HIPERDIA em relação a da ESF I. As atividades do grupo consistem em explicações simples e claras sobre as patologias crônicas, hipertensão arterial e *diabetes mellitus*. Esse grupo possibilita, ainda, trocas de experiências entre os participantes, como forma de estímulo para quem não apresenta adesão ao tratamento. Essas atividades, de forma geral, permanecem as mesmas durante 30 dias e, depois, muda-se a dinâmica. **Conclusão:** Assim, entendem-se as características distintas entre as cidades, por serem de regiões, estados, portes e realidades diferentes. Por isso, apesar de buscarem objetivos comuns para resultados positivos, perceberam-se diferentes formas de se trabalhar com os princípios da atenção básica em cada município. Cada contexto analisado apresentou dificuldades dentro da realidade e limitações da região, a partir das possibilidades oferecidas.

Palavras-Chave: Saúde da família; Atenção Primária em Saúde; Humanização da Assistência; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: VER-SUS/Brasil is a project developed by the Ministry of Health in conjunction with the students of courses in the area of health and local health departments, in order to offer college students experiences and internships in the National Health System. The mission is to promote the integration of future professionals with the reality of organization of services, taking into account the management aspects of the system, the strategies of attention, social control and the processes of health education. Aiming to relate the experience of the authors, students of medicine in this project, it was held a comparative approach of experiences in routine primary care in Nova Lacerda, Mato Grosso (MT), from July 23 through July 27, 2012, in Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), from January 25 through February 6, 2013, in order to relate data with the theoretical field of public health. **Methods:** The descriptive, retrospective and qualitative study about a comparative experience report.

The comparison between both experiences had as its main object of analysis the primary care from the Family Health Program I Dercides Dias de Moraes (I FHP) and Family Health Program II Nanci Aparecida Dorigan Arriais (FHP II) in MT state in relation to Family Health Strategy Ponta Grossa (FHS I) and Family Health Strategy Hope Center (FHS II) in RS state. Choose a few basic requirements of primary care to observe their occurrence or not. **Results and Discussion:** Regarding to the composition of the teams, differences were noted between individual PSFs and FHS about the health professionals who should compose the multidisciplinary team, according to Ministry of Health, with lack of some professionals. In both cities analyzed, this lack of staff led to difficulties in service offered to registered families in each unit, depending on demand be greater than the service capacity, causing damage to users and overloading staff. In respect to the issues that concern the host, it was perceived differences between practice and theory of the subject. In PSF I and PSF II the realization of the host within the parameters established by the National Humanization Policy as well as the FHS II. While at FHS I, the host that is performed does not meet the principles governing the reception theory, considering it as a synonym of screening. Dispensation of medicines occurs differently in the two analyzed cities. An attempt to shape a culture of prevention in the population of Nova Lacerda, it was opted the non-distribution of drugs in the health unit. The user gets the revenue of the drug in the clinic and takes it at the County Pharmacy, where there is free dispensing of medicines. While FHS I and FHS II supply medicines at health clinics, except for prescription drugs that are purchased in Pharmacy District, in UBS in Macedonia, in Far South neighborhood Restinga. At these pharmacies there are skilled professionals for the functions. A pharmacist and an pharmacist assistant are part of the staff. This project observed the presence of groups of hypertensive and diabetic (HIPERDIA) which were visited. The PSF I provides monthly meetings of the group, while the PSF II performs them weekly - all Thursdays in the morning with people who live downtown and in the afternoon with the countryside. In the ESF I, takes place fortnightly group meetings. ESF II conducts weekly meetings on Fridays, and there was a greater adherence to this population HIPERDIA over FHS I. The group's activities consist of clear, simple explanations about chronic diseases, hypertension and diabetes mellitus. This group allows also sharing of experiences among participants, as motivation for those who has no treatment adherence. In general, these activities remain the same for 30 days and then they are changed. **Conclusion:** Understanding the different characteristics between the cities, regions, states, sizes and different realities. Despite of common goals to pursue positive results realized up different ways of working with the principles of primary health care in each city. Each analyzed context had difficulties within the reality and limitations of the region, from the possibilities offered.

Key-Words: Family's health; Primary Health Care; Humanization; Health Education

Introdução

O VER-SUS/Brasil (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde) é um projeto desenvolvido pelo Ministério da Saúde em conjunto com as entidades estudantis dos cursos da área da saúde e as secretarias municipais de saúde, com o objetivo de oferecer a estudantes universitários vivências e estágios no Sistema Único de Saúde com duração de 7 a 20 dias¹. Nesse sentido, o VER-SUS/Brasil oportuniza o convívio, a discussão da organização do sistema de saúde brasileiro e a aprendizagem crítica aos estudantes de diferentes cursos da área da Saúde e áreas afins¹. Os estágios e vivências constituem importantes dispositivos que permitem aos estudantes experimentarem um novo espaço de aprendizagem que é o cotidiano de trabalho das organizações e serviços de saúde, entendido enquanto princípio educativo e espaço para desenvolver processos de luta dos setores no campo da saúde, possibilitando a formação de profissionais comprometidos ético e politicamente com as necessidades de saúde da população². Esses estágios, respeitando as diretrizes nacionais, apresentam programações diversificadas, respeitando as características locais e regionais, e têm o objetivo geral de oferecer aos estudantes a oportunidade de conhecer e refletir sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

A origem do Programa Saúde da Família ou PSF, teve início, em 1994 para qualificar atenção básica. O PSF é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação³. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta organização³. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas³. Atualmente, o PSF é definido com Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. Assim como no PSF, o ESF é composto por um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses, odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, dentre outros, devem fazer parte das equipes nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)^{3,4}.

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que faz parte de todos os encontros do serviço de saúde, constituindo um dos requisitos da ESF⁵. É uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes⁶. Essa política é a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário^{6,7}. O profissional deve escutar a queixa, identificar riscos e vulnerabilidade (escuta qualificada) e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema⁷. O Acolhimento como dispositivo tecno-assistencial é disparador de reflexões e mudanças nos modos de operar a assistência, pois interroga as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acessibilidade⁷. Tais indagações, quando acolhidas e transformadas em invenção de novos modos de se produzir a assistência e a “si” como profissional de saúde objetivam: a melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no

que tange a forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas uma abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania⁷.

Assistência Farmacêutica é o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, a distribuição, dispensação, e a garantia da qualidade dos produtos⁸. No que diz respeito à dispensação de medicamentos, esta tem o objetivo de garantir a entrega do medicamento correto, com a dosagem e quantidade prescritas na receita, com instruções suficientes para o uso e conservação do medicamento corretamente, portanto, quem dispensa o medicamento tem a responsabilidade pelo entendimento do usuário acerca da maneira correta de usar determinado medicamento⁹. A dispensação de medicamentos na Atenção Básica realizada de forma organizada e conforme as normas exigidas pelo Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) são fundamentais para o uso correto e eficaz das medicações sobre os agravos de saúde. A função principal das farmácias distritais é garantir a assistência farmacêutica integral e oferecer o acompanhamento individual a cada cidadão, além disso, orientar os pacientes para não fazer uso desnecessário de medicamentos na tentativa de assegurar a qualidade dos medicamentos por meio das boas práticas de aquisição, armazenamento, conservação e dispensação, considerando que dispensação consiste no ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente^{9, 10}. Assim, o farmacêutico repassa as informações e acompanha de perto a evolução clínica do tratamento¹¹.

Tanto a Hipertensão Arterial como a Diabetes foram doenças motivadoras para que o Ministério da Saúde instituisse o Plano de Reorganização da Atenção ao Hipertenso e Diabético em 2001, tendo como proposta principal o tratamento e o acompanhamento dos usuários atendidos na rede ambulatorial do SUS¹². Os usuários são cadastrados no sistema informatizado disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), denominado: Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e/ou Diabéticos (HIPERDIA), tendo garantia de uma única identificação do indivíduo através da utilização do Cartão Nacional de Saúde¹². Uma vez o usuário cadastrado, através do sistema é possível gerar informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática. Além do cadastramento, o plano da reorganização sugere a realização de grupos, como uma alternativa para facilitar a adesão ao tratamento proposto¹². O HIPERDIA é um programa federal, de caráter preventivo, que tem por finalidade identificar portadores de diabetes e/ou hipertensão arterial sistêmica, para que estes sejam engajados em programas de educação, controle e seguimento de suas enfermidades, visando assim uma redução na morbimortalidade, uma vez que a hipertensão arterial e o diabetes mellitus constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho cardiovascular¹³.

Assim, com o objetivo de relatar a experiência das autoras, estudantes do curso medicina, nesse projeto de imersão, realizou-se uma abordagem comparativa das experiências vivenciadas na rotina da atenção básica em Nova Lacerda (MT) e em Porto Alegre (RS), a fim de corroborá-la com o referencial teórico da área da saúde coletiva.

Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de delineamento descritivo observacional, acerca de um relato de experiência, no qual se buscou traçar uma comparação entre alguns aspectos da atenção básica de dois municípios brasileiros: Nova Lacerda (latitude – 14° 28' S e longitude – 59° 36' W)¹⁴, do estado do Mato Grosso, na região Centro-oeste do Brasil, e Porto Alegre (latitude 30°05' S e longitude 51°10' W)¹⁵, do estado do Rio Grande do Sul, da região Sul do Brasil.

Essa análise foi feita nas PSF I Dercides Dias de Moraes (PSF I) e PSF II Nanci Aparecida Dorigan Arriais (PSF II), do MT, no período de 23 de julho e 27 de julho de 2012, em comparação às ESF Ponta Grossa (ESF I) e ESF Núcleo Esperança (ESF II), do RS, no período de 25 de janeiro até dia 06 de fevereiro de 2013. Em Nova Lacerda a análise abrangeu as duas únicas unidades de saúde da família do município, enquanto que em Porto Alegre a avaliação se restringiu duas das oito unidades de saúde da família da Restinga, bairro localizado na zona sul da cidade de Porto Alegre.

Para isso, escolheram-se alguns requisitos básicos necessários para o bom funcionamento das ESFs e PSFs para se observar a ocorrência ou não dos mesmos, sendo eles: (1) composição da equipe, (2) acolhimento, (3) dispensação de medicamentos e (4) atividades de grupo. A análise baseou-se fundamentalmente nas experiências e vivências dentro da realidade da atenção básica de cada município em associação com a documentação física disponibilizada para consulta no período do projeto em relação ao referencial teórico da área de saúde coletiva.

Resultados e Discussão

Abordaram-se vários aspectos de cada unidade de saúde e encontraram-se diferentes formas organizacionais. Na questão da composição das equipes, notaram-se diferenças entre as próprias PSFs e ESFs a respeito dos profissionais da área da saúde que deveriam compor a equipe multidisciplinar, preconizada pelo Ministério da Saúde, apresentando falta de alguns profissionais. Observou-se que o PSF e o ESF apresentam a mesma constituição básica de profissionais, com um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS)^{3,4}. Nas duas cidades analisadas havia falta de profissionais para compor a equipe multidisciplinar. No PSF I, PSF II e ESF II há além da equipe básica, um odontólogo e um auxiliar de dentista. Já no ESF I e contava-se com uma equipe básica e com a presença de um odontólogo, porém apresentava falta de médico, no momento. A falta de alguns profissionais gerava dificuldades no atendimento das famílias adscritas em cada unidade, em função da demanda ser maior que a capacidade de atendimento, gerando prejuízos para os usuários e sobrecarregando a equipe.

Em relação às questões que tangem o acolhimento, perceberam-se divergências entre a prática e a teoria do tema. Entende-se acolhimento como a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizar-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocar os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário^{6,7}. Nos PSF I e PSF II há a realização do acolhimento, dentro dos parâmetros preconizados pela Política Nacional de Humanização, bem como na ESF II. Enquanto que, na ESF I, o acolhimento que é realizado não cumpre os princípios que regem a teoria do acolhimento, considerando-o como sinônimo de triagem, ou seja, era feita a distribuição de fichas com número delimitado de consultas, análise dos sinais vitais e medidas antropométricas, não havendo a escuta qualificada dos questionamentos do usuário. Por isso, muitos pacientes consultavam desnecessariamente com o médico, gerando insatisfação da população que realmente necessitava do atendimento.

A dispensação de medicamentos na Atenção Básica é realizada de forma organizada e conforme as normas exigidas pelo Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária pelos profissionais da unidade de saúde são fundamentais para o uso correto e eficaz das medicações sobre os agravos de saúde. A respeito desse tema, percebeu-se que a dispensação de medicamentos se dá de forma diferente nas duas cidades analisadas, mas há o devido cuidado com a dispensação correta desses medicamentos de acordo com as normas exigidas. Na tentativa de moldar uma cultura preventiva na população de Nova Lacerda, optou-se pela não distribuição de fármacos na própria unidade de saúde. Assim, o usuário

consegue a receita do medicamento na unidade e o retira na Farmácia Municipal, onde há a dispensação gratuita de todos os medicamentos disponíveis na rede. Enquanto que nas ESF I e ESF II há a fornecimento de medicamentos nas próprias unidades de saúde, exceto os medicamentos controlados que são adquiridos na Farmácia Distrital, na UBS Macedônia, no bairro Restinga Extremo Sul. Nessas farmácias existem profissionais habilitados para as funções, no grupo enquadra-se um farmacêutico e um auxiliar farmacêutico.

O HIPERDIA tem por finalidade identificar portadores de diabetes e/ou hipertensão arterial sistêmica, para que estes sejam engajados em programas de educação, controle e seguimento de suas enfermidades, visando assim uma redução na morbimortalidade, uma vez que a hipertensão arterial e o diabetes mellitus constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho cardiovascular¹³. Observa-se o grupo HIPERDIA nas quatro unidades visitadas. A PSF I propicia encontros mensais do grupo unidade, enquanto que a PSF II, realiza esses encontros semanalmente - todas as quintas-feiras no período da manhã com os moradores da cidade e à tarde com os da zona rural. Na ESF I se realiza quinzenalmente encontros do grupo. Já a ESF II realiza encontros semanais, nas sextas-feiras, e observa-se maior adesão dessa população ao HIPERDIA em relação a da ESF I. As atividades do grupo consistem em explicações simples e claras sobre as patologias crônicas, hipertensão arterial e *diabetes mellitus*. Esse grupo possibilita, ainda, trocas de experiências entre os participantes, como forma de estímulo para quem não apresenta adesão ao tratamento. Essas atividades, de forma geral, permanecem as mesmas durante 30 dias e, depois, muda-se a dinâmica.

Considerações Finais

Entende-se a importância do VER-SUS para a formação acadêmica dos cursos da área da saúde, especialmente para o curso de Medicina, em função de propiciar o convívio com outros acadêmicos de outras áreas, incentivando a interdisciplinaridade. Além disso, nos proporcionou uma visão da realidade do SUS, principalmente ao nível da atenção básica, conhecendo a atuação conjunta da equipe multidisciplinar e o funcionamento das unidades básicas de saúde de cada cidade.

Assim, entendem-se as características distintas entre os municípios, por serem de regiões, estados, portes e realidades diferentes. Por isso, apesar de buscarem objetivos comuns para resultados positivos, perceberam-se diferentes formas de se trabalhar com os princípios da atenção básica em cada município. Cada contexto analisado apresentou dificuldades dentro da realidade e limitações da região, a partir das possibilidades oferecidas.

Sabe-se que o SUS ainda está em processo de construção social para se tornar um sistema público de grande relevância e cumprir os seus princípios de integralidade e universalidade e, para isso, se faz importante o olhar crítico dos acadêmicos e dos profissionais da área da saúde.

Referências

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caracterização das Vivências e Estágios na Realidade do SUS**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22371>.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Apresentação das Vivências e Estágios na Realidade do SUS**. Disponível em: <<http://versus.otics.org.br/versus-1/apresentacao>>. Acesso em: 03 jun. 2013.

3. PORTAL EDUCAÇÃO. Cursos Online. **Enfermagem e o PSF - Do PSF ao ESF**. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/5290/enfermagem-e-o-psf-do-psf-ao-esf#ixzz2ZAMfSw1R>>. Acesso em: 06 jun 2013.
4. FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. Módulo Político Gestor. Especialização em Saúde da Família. UNASUS. UNIFESP. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2013.
5. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Definição de Acolhimento**. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>>. Acesso em: 22 jun. 2013.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Rede Humaniza SUS. **Acolhimento**. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/92>>. Acesso em: 25 jun. 2013.
7. ABBÊS, C.; MASSARO, A. **Acolhimento com Classificação de Risco**. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Acolhimento%20com%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20Risco.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2013.
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Informações Técnicas para sua organização**. 2. ed. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/283.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2013.
9. Arruda, L. F.; BENDER, M. S.; RODRIGUES, K. N. **Dispensação de Medicamentos na Atenção Básica: Uma Prática Organizada e Orientada**. Anais do II Salão de Ensino e de Extensão. 2011. ISSN 2237-9193. Disponível em: <http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/salao_ensino_extensao/article/view/10050>. Acesso em: 09 jul. 2013.
10. Prefeitura de Goiânia. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. **Farmácias Distritais**. Disponível em: <http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/secretaria/medicamentos/farm_distritais.shtml>. Acesso em: 12 jul. 2013.
11. CANABARRO, I. M.; HAHN, S. **Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do estado do Rio Grande do Sul**. Epidemiol. Serv. Saúde [online]. 2009, vol.18, n.4, pp. 345-355. ISSN 1679-4974. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v18n4/v18n4a04.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2013.
12. RODRIGUES, F.; MOREIRA, J.; SOUZA, P. S.; CERETTA, L. B.; TUON, L. **O Funcionamento e a Adesão dos Grupos de Hiperdia no Município de Criciúma: Uma Visão dos Coordenadores**. Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 44-62,

dez. 2012. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/articloe/viewFile/139/174>>. Acesso em: 16 jul. 2013.

13. MIGUEL, L. P. F.; SILVA, C. B. F.; RODRIGUES, Z. J.; SILVA, V. L. O.; SILVA, M. T.; MACEDO, S. G. **Grupo Hiperdia Sob o Ponto de Vista dos Pacientes**. Disponível em: <<http://www.pmf.pr.gov.br/Portal/VisualizaObj.aspx?IDObj=8598>>. Acesso em: 16 jul. 2013.

14. IBGE Cidades. Nova Lacerda, Mato Grosso, Brasil. **Dados Básicos**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=510618&search=mato-grosso|nova-lacerda>>. 17 jul. 2013.

15. IBGE Cidades. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Dados Básicos**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=431490&search=rio-grande-do-sul|porto-alegre>>. 17 jul. 2013.