

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FLÁVIO CARVALHO SOARES

ATENÇÃO BÁSICA: A CONTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE TAMBORIL - CE

FORTALEZA

2011

FLÁVIO CARVALHO SOARES

**ATENÇÃO BÁSICA: A CONTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE TAMBORIL - CE**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof.^a Patrícia Maria Costa de Oliveira

FORTALEZA

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

S654a

Soares, Flávio Carvalho

Atenção básica: a contribuição dos enfermeiros da estratégia de saúde da família do município de Tamboril - CE / Flávio Carvalho Soares. – 2011.

48 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, Fortaleza, 2011.

Orientação: Prof^ª. Patrícia Maria Costa De Oliveira

1. Saúde da Família 2. Educação a Distância 3. Enfermagem I. Título.

CDD 362.1

FLÁVIO CARVALHO SOARES

**ATENÇÃO BÁSICA: A CONTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE TAMBORIL - CE**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-Sus) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Patrícia Maria Costa de Oliveira – Orientadora

Prof. Denis Bezerra de Araújo – Examinador

Prof. Bruno Rocha de Silva – Examinador

Dedico este trabalho a minha companheira, que me forneceu apoio nos momentos difíceis deste percurso.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar meus caminhos em todos os momentos de minha vida e nunca ter me abandonado.

A minha família pelo apoio que me deram durante esta jornada, meu carinho e respeito.

A minha companheira, Ildelita, meu amor, fonte de minha inspiração, alegria, o meu amor e dedicação.

A prof^ª. Patrícia e orientadora, a quem tenho estima e respeito.

Ao prof^º. Jander, pelas contribuições nesta jornada.

A todos aqueles que através de incentivos, compreensões, colaboraram para a concretização deste ideal.

RESUMO

As políticas públicas de saúde no Brasil orientam-se pelos princípios norteadores do SUS. O decorrer deste processo as necessidades de saúde das pessoas se modificam e com o passar dos anos o Sistema Único de Saúde vem sofrendo grandes transformações, entre muitas se destacam a aplicação de novas tecnologias e técnicas no dia a dia dos profissionais da saúde, em 2004 o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e quatro anos depois surge a Universidade Aberta do SUS (UNA – SUS) para atender às demandas no que diz respeito à formação e educação permanente na área da saúde. O presente estudo teve como objetivo descrever a participação da enfermagem na Estratégia de Saúde da Família do município de Tamboril – CE, descrevendo como o Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC contribuiu no cotidiano da equipe. Consiste em um relato de experiência vivenciado na Estratégia de Saúde da Família do município de Tamboril, no período de maio de 2010 até dezembro de 2011, por não utilizar pesquisa com seres humanos não foi necessário aprovação do comitê de ética. O curso apresentou 11 disciplinas divididas em módulos que traziam teoria e práticas e ao final de cada, era finalizada com a realização do portfólio, sendo esse a principal ferramenta para a conclusão do curso. Os resultados apontam uma evolução significativa na metodologia de trabalho da equipe de saúde com a inserção de novas idéias e a abertura para novos modelos de cuidado.

Palavras-chaves:

Enfermagem. Educação Permanente. Saúde da Família

ABSTRACT

The public health policies in Brazil guide - by the principles guiding the SUS, during this process the health needs of people change and over the years the National Health System has undergone major changes, among many highlights - if application of new technologies and techniques in daily health professionals, in 2004 the Ministry of Health launched the National Policy on Permanent Education in Health, and comes four years after the Open University of SUS (UNA - SUS) to meet the demands with regard to training and continuing education in health. This study aimed to describe the participation of nursing in the Family Health Strategy of the municipality Monkfish - CE, describing how the Specialization Course in Family Health - NUTEDS / UFC helped in the daily team. It consists of an account of experiences in the Family Health Strategy for the municipality of monkfish in the period from May 2010 until December 2011, not to use research on human beings did not need approval of the ethics committee. The course features 11 courses divided into modules that brought theory and practice and at the end of each, was completed with the completion of the portfolio, this being the main tool for the completion of the course. The results show a significant evolution in the methodology of work of the health team with the inclusion of new ideas and openness to new models of care.

Keywords:

Nursing. Permanent Education. Family Health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
GM – Gabinete do Ministro
MS – Ministério da Saúde
UNA-SUS – Universidade Aberta do SUS
UFC – Universidade Federal do Ceará
NUTEDS – Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde da UFC
CESF – Centro de Saúde da Família
UBASF – Unidade Básica de Saúde da Família
PSF – Programa de Saúde da Família
ACS – Agente Comunitário da Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família
NOAS – Norma Operacional da Assistência a Saúde
PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde
ESB – Equipe da Saúde Bucal
UBS – Unidade Básica de Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
NIC – Neoplasia Intra-Epitelial
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
RN – Recém Nascido
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
ONGs – Organização não Governamental
PcD – Paciente com Deficiência

AVA – Ambiente Virtual de Aprendizagem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	14
3	METODOLOGIA	15
4	PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE TAMBORIL	17
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO PORTIFÓLIOS	26
5.1	Disciplina – Processo de Trabalho em Saúde	26
5.2	Disciplina – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde	27
5.3	Disciplina – Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde	28
5.4	Disciplina – Saúde da Mulher	29
5.5	Disciplina – Educação a Distância	31
5.6	Disciplina – Saúde Mental e Violência	35
5.7	Disciplina – Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família	37
5.8	Disciplina – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal	39
5.9	Disciplina – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência	41
5.10	Disciplina – Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde	42
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIAS	45

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se pelos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), no acesso as ações e serviços, pelas diretrizes de descentralização da gestão, integralidade do atendimento e de participação da comunidade na organização de um sistema único. As diretrizes consistem em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (BRASIL, 2009).

As políticas públicas de saúde podem ser definidas como um conjunto de disposições medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre a realidade econômica, social e ambiental (BORBIO, 1983).

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 196 cita que “a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Desta forma para se ter saúde é preciso disponibilidade a um conjunto de fatores, como a segurança alimentar, moradia digna, emprego, lazer, educação, etc. (BRASIL, 1998).

A historicidade do Sistema Único de Saúde (SUS) nos remete a década de 80, com destaque para a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em março de 1986 em Brasília, promovida pelo Ministério da Saúde. Esta conferência contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade (ANDRADE et al. 2003).

A Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 define que a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É

desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assumem as responsabilidades sanitárias (BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) rompeu com o modelo de assistência tradicional, incorporando recursos humanos e tecnologias contextualizadas em novas práticas de saúde. Cada equipe é organizada de forma que deve conhecer as famílias de seu território de abrangência, realizando diagnósticos de área, identificando os problemas de saúde e as situações de risco existentes (BRASIL, 2011).

A definição da Portaria 198/GM/MS apresenta a Educação Permanente como aprendizagem no trabalho, no qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Deve-se ter como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (BRASIL, 2004).

Ao dicionário o termo educação. “É o ato ou processo de educar (-se), qualquer estágio desse processo; aplicação dos métodos próprios para assegurar a formação e o desenvolvimento físico, intelectual (...), o conjunto desses métodos; pedagogia, didática, ensino, instrução” (FERREIRA, 1999).

A Portaria nº 198/GM/MS em 13 de fevereiro de 2004 institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Segundo esta Portaria, em seu artigo 1º, a condução locorregional da política de educação permanente será efetivada mediante um Colegiado de Gestão, configurado como Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS, visto como instância interinstitucional (BRASIL, 2004).

Em 2008 o Ministério da Saúde criou a Universidade Aberta do SUS (UNA – SUS) com o intuito de atender às demandas no que diz respeito à formação e educação permanente na área da saúde. No Ceará a Universidade Federal do Ceará (UFC) em parceria com o MS criou o Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância (NUTEDS), integrando o Sistema da Universidade Aberta do SUS, atendendo assim as necessidades de formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS.

O Curso de Especialização em Saúde da Família (CESF) é uma iniciativa do Ministério da Saúde, que vem contribuir para as novas práticas de educação, apresentando um modelo que permite a descentralização das atividades pedagógicas mediante o uso de educação à distância, vinculando-se cada vez mais a uma prática cotidiana do uso das tecnologias de informação e de comunicação em benefício da sociedade.

Acredita-se que o enfermeiro, em seu trabalho, pode ser um facilitador na construção de mecanismos para o alcance dos condicionantes e determinantes de saúde. Entre seus papéis, está o de contribuir para produzi-la, utilizando processos e dispositivos que promovam a saúde individual e coletiva, tais como estabelecer relações dialógicas com o usuário, os profissionais e toda a comunidade acerca das necessidades de saúde, realizar educação em saúde, ser e sentir-se um ator social de modo a facilitar a interlocução de propostas para a construção de ambientes saudáveis (MELO, 92).

Cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais – a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos – poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob a sua responsabilidade (BRASIL, 2011).

A equipe deve estar capacitada em desenvolver as seguintes ações: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, através do cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos qual a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um local para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família (USF), na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar; desenvolver ações educativas e intersectoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados (BRASIL, 2000).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o processo de trabalho da enfermagem na Estratégia de Saúde da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Discorrer sobre o aprendizado adquirido no Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC;

Relatar o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Tamboril – CE.

3 METODOLOGIA

Este estudo consiste em um relato de experiência vivenciado na Estratégia de Saúde da Família do município de Tamboril durante o curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC, no período de maio de 2010 até dezembro de 2011.

O Curso foi constituído por disciplinas que integralizaram 24 créditos, que significam 384 horas, que foram cursadas em um período mínimo de 18 e máximo de 24 meses. O curso ocorreu no período de maio de 2010 a julho de 2011 com aulas semipresenciais com previsão de termino para novembro de 2011.

Este novo modelo adota o sistema de tutorias e novas linguagens para apresentação dos conteúdos, contribuindo com o desenho de uma educação superior mais democrática e mais equânime que permitirá aos governos municipais e estaduais a qualificação de seus profissionais, a mudança da estratégia política e a reorientação do modelo através do processo de capacitação contextualizada e problematizadora.

As disciplinas foram divididas em módulos que traziam teoria e práticas, essas eram postadas em fóruns e chats. Cada disciplina era finalizada com a realização do portfólio, sendo esse a principal ferramenta para o desenvolvimento do presente trabalho.

Os principais temas que compuseram os portfólios, abordados em cada disciplina do CESF foram:

- Educação a Distância;
- Processo de Trabalho em Saúde;
- Modelo assistencial e atenção primária à saúde;
- Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde;
- Tecnologia para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade - práticas pedagógicas em atenção básica à Saúde;
- Saúde da Mulher;

- Saúde Mental e Violência;
- Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família;
- Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal;
- ABS Pessoas com Deficiência;

Para realização desse trabalho, não foi necessária a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP), pois se trata de um relato de experiência.

4 PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE TAMBORIL

Segundo o Ministério da Saúde (2001), cada membro que compõe a equipe de Saúde da Família possui suas atribuições, dentre as quais estão a seguir:

- Médico: Realizar consultas clínicas aos usuários da sua área adstrita; executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso; realizar consultas e procedimentos na USF e, quando necessário, no domicílio; realizar as atividades clínicas correspondentes às áreas prioritárias na intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 2001 (É a norma editada por portaria do Ministério da Saúde, em 26 de janeiro de 2001. É um instrumento que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS; atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios); aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva; fomentar a criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc.; realizar o pronto atendimento médico nas urgências e emergências; encaminhar aos serviços de maior complexidade, quando necessário, garantindo a continuidade do tratamento na USF, por meio de um sistema de acompanhamento e de referência e contra-referência; realizar pequenas cirurgias ambulatoriais; indicar internação hospitalar; solicitar exames complementares; verificar e atestar óbito. Enfim, atender a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, desenvolver com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população (BRASIL, 2001).

- Enfermeiro: Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada; realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão; planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF; executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso; no nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária; realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio; realizar as

atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 2001; aliar a atuação clínica à prática de saúde coletiva; organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas, como hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc.; supervisionar e coordenar ações para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

- Auxiliar de enfermagem: Realizar procedimentos de enfermagem dentro das suas competências técnicas e legais; realizar procedimentos de enfermagem nos diferentes ambientes, USF e nos domicílios, dentro do planejamento de ações traçado pela equipe; preparar o usuário para consultas médicas e de enfermagem, exames e tratamentos na USF; zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências da USF, garantindo o controle de infecção; realizar busca ativa de casos como tuberculose, hanseníase e demais doenças de cunho epidemiológico; no nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária; realizar ações de educação em saúde aos grupos de patologias específicas e às famílias de risco, conforme planejamento da USF.

- Agente Comunitário de Saúde – ACS: O agente comunitário de saúde mora na comunidade e está vinculado a USF que atende a comunidade. É alguém que se destaca na comunidade com as pessoas, pela liderança natural que exerce. O ACS funciona como elo entre a equipe e a comunidade. Está em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É também um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o saber científico e do saber popular. O seu trabalho é feito nos domicílios de sua área da abrangência. Realizar mapeamento de sua área; cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro; identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; identificar áreas de risco; orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, quando necessários; realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica; realizar, por meio de visitas domiciliares, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco;

desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras; traduzir para a Equipe da Saúde da Família e dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites; identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pelas equipes.

- Cirurgião Dentista: realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais; realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade; encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos profissionais da ESF; realizar supervisão técnica do THD e ACD; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

- Auxiliar de Consultório Dentário (ACD): realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde; proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados; preparar e organizar instrumental e materiais necessários; instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos; cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos; organizar a agenda clínica; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

No cenário brasileiro, verifica-se a predominância da atenção curativa e hospitalocêntrica, de alto custo financeiro e essencialmente centrado nos espaços urbanos em detrimento do atendimento às comunidades rurais. Como consequência, a maioria da população tem ficado à margem de seu direito à saúde, sem acesso a uma assistência integral, resolutiva e humanizada, capaz de modificar o atual perfil nacional de saúde e doença (ANDRADE, 1998). O mesmo autor afirma que diante do desafio de efetivar a construção do novo paradigma sanitário através do modelo assistencial definido pelo Sistema Único de Saúde – SUS, e, assim assegurar, universalmente, integralmente, equitativamente e qualitativamente, não só os serviços de saúde, mas também operacionalizar ações de promoção de saúde fizeram com que o Ministério de Saúde – MS, em 1994, criasse o Programa de Saúde da Família.

Nesta concepção na Estratégica de Saúde da Família, destaca-se o profissional Enfermeiro, que é donatário de uma responsabilidade extrema para efetivação da assistência e gestão da atenção primária em saúde (Estratégia Saúde da Família).

O enfermeiro é um profissional que integra, obrigatoriamente, a Equipe de Saúde da Família, o qual vem desenvolvendo importantes atribuições na UBS, e na comunidade, prestando, constantemente, assistência e promovendo processos de educação.

Segundo Cavalcante (2004), a Enfermagem tem exercido papel fundamental na nova proposta de atenção à saúde. Sua função peculiar de prestar assistência ao indivíduo, a sua família e à comunidade e desempenhar atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde e prevenção das doenças, têm condicionado aos enfermeiros grande autonomia no exercer da atenção primária resultando numa significativa ascensão da profissão.

O sistema de Atenção Básica está sendo reestruturado de forma a atender não somente ao doente e à doença, mas ao indivíduo na sua integralidade, à sua família e comunidade. Sob essa nova ótica da saúde, o enfermeiro ocupa espaço fundamental, pois é capaz de reconhecer as situações de saúde/doença mais prevalentes na sua região de atuação e de intervir neles, com senso de responsabilidade social, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2000).

As atribuições específicas do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família estabelecida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) são:

- Realizar cuidados de enfermagem na urgência e emergência clínicas, fazendo a indicação para a continuidade de assistência prestada;
- Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão;
- Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a UBS;
- Executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;
- No nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- Realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio;
- Realizar atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 2001.
- Aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva;
- Organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc.
- Supervisionar e coordenar ações para capacitação dos agentes comunitários de saúde e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

Para Melo (1992), são os enfermeiros que têm fornecido o suporte necessário para o avanço da Estratégia e sua idealizada reversão do modelo de atenção à saúde. Como cuidado se constitui no seu núcleo de competência e responsabilidade,

eles mostram interesse em transitar por diferentes campos de conhecimento, estabelecendo canais de interlocução com agentes de outras disciplinas e, assim, juntos passam a buscar outras tecnologias necessárias ao emprego da assistência.

A estratégia Saúde da Família veio se constituir num novo campo de trabalho para a enfermagem. Através dele, vem sendo possível um contato maior entre profissional e comunidade, estando este vinculado também ao trabalho em equipe, sendo esta multi e interdisciplinar que proporciona a realização das ações de forma ainda mais integrada, reunindo diversos saberes e práticas (MELO, ARAÚJO, 1992).

Esta estratégia veio contribuir para amplitude dos empregos formais e informais e intensificar o processo de interiorização do trabalho de enfermagem iniciado, principalmente, pelo PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ao final dos anos de 1980 e início de 1990.

Com todo o avanço da enfermagem na saúde coletiva introduzida pela Estratégia Saúde da Família, cabe agora avaliar se o caráter plural de atividades e responsabilidades do enfermeiro não está afetando seu processo de trabalho.

Atuando a pouco mais de um ano na Estratégia de Saúde da Família do município de Tamboril, tenho observado um trabalho distinto entre os profissionais das equipes, metodologias próprias de cada trabalhador. Participando do CESF pude observar que esse trabalho desenvolvido pelas equipes não traz os resultados esperados, pois com a constante rotatividade de alguns profissionais modelos diferentes de atendimento são empregados levando o sistema há certa desorganização, entendo que os cursos de especialização ou aperfeiçoamento na Atenção Básica podem ajudar a traçar um pensamento mais linear no trabalho e assim facilitar a evolução das equipes.

O município de Tamboril situa-se na região Centro-Oeste do Estado do Ceará, possui uma área territorial de 1.961,6 Km e população de 25. 761 habitantes (Censo IBGE 2006). O município está localizado no Sertão dos Inhamuns, possuindo em seus limites geográficos fronteira com as seguintes cidades: Crateús, Nova Russas, Santa Quitéria, Independência, Ipaporanga, Hidrolândia, Monsenhor Tabosa e Catunda.

O município tem sua economia baseada na agricultura de subsistência e no artesanato, o qual é fortalecido através da Secretaria de Ação Social, Projeto Casa da Família e outros projetos que incentivam a cultura e criatividade do seu povo.

Com relação à situação sócio-econômica, Tamboril apresenta como principais fontes de renda atividades comerciais, funcionalismo público, aposentadorias e na agricultura de subsistência (agricultura familiar).

O município conta com 11 (onze) Equipes de Saúde da Família - ESF, e 10 (dez) Equipes de Saúde Bucal – ESB, atingindo uma cobertura populacional de 100%.

Características do processo de trabalho da equipe:

I - definição do território de atuação das UBS;

II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutive à demanda espontânea;

III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;

IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;

V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;

VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;

VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;

VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;

IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e

X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

XI - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as

características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

XII - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

XIII - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;

XIV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

XV - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

XVI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

XVII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

XVIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

XIX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Atribuições em Comum das Equipes de Saúde da Família de Tamboril

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Disciplina – Processo de Trabalho

O processo de trabalho é de grande importância para o desenvolvimento do trabalhador e do ambiente o qual pertence. O tempo utilizado pelos profissionais durante o trabalho faz parte de suas existências vitais. Momentos em que a auto estima cresce pela auto-realização sobre o que fazem. São comportamentos profissionais que demarcam a qualidade de vida profissional durante o processo de trabalho.

O tempo sempre è visto como o maior vilão dos profissionais de saúde, isso porque trabalhar com maior aproveitamento e benefício ainda è um desafio de muitos profissionais que também dependem de muitos fatores para manterem-se motivados a fazer o melhor. A motivação é imprescindível (BRASIL, 2000).

As condições de trabalho da equipe de enfermagem são fundamentais a fim de subsidiar ações futuras voltadas para melhorias das condições de trabalho, preservar a saúde dos trabalhadores e aumentar a qualidade no atendimento dos pacientes (BRASIL, 2006).

A prática e as habilidades técnicas são características muito importantes para esses trabalhadores que têm suas atividades como de ampla qualificação e conhecimento. Sentem-se responsáveis pelo cliente assistido e mantêm intensa preocupação com cada um até que venham retirar os pontos, receber os laudos e ou receberem alta após procedimento. Mantém um elo de informação com o cliente, bem como de observação do mesmo, inserindo ao contexto hospitalar as informações pós-exame para o cliente e a família do mesmo (BRASIL, 2000).

Os enfermeiros vivem a trabalhar em um ambiente de estresse constante que exige muita dinâmica e onde “não há possibilidades de erros”. Além do mais há o cansaço físico, mental e emocional, por falta de entrosamento na equipe, por falta de materiais e/ou situações que interrompem o processo de trabalho, demandam maior e carga horária de trabalho. As solicitações de várias atividades ao mesmo tempo, devem exigir dos profissionais prioridades para evitar um grau de estresse maior (BRASIL, 2006).

5.2 Disciplina – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde

“Planejamento é o processo de desenvolver a estratégia – a relação pretendida da organização com o seu ambiente. O processo de planejamento compreende a tomada de decisões, que afetam a empresa por longo prazo, especialmente decisões sobre produtos e serviços que a organização pretende oferecer e os mercados e clientes que pretende atingir” (MAXIMINIANO, 2000).

O planejamento é um processo, um conjunto de tarefas que são desempenhadas para alcançar as metas comuns e determinar os objetivos, estruturando a melhor maneira de atingi-los. Dessa maneira, há uma concentração de esforços e utilização de recursos mais eficientes. Serve de base para a preparação do plano de negócios e ainda ajuda a entender melhor a situação atual e as melhores alternativas ou meios para atingir os objetivos e as metas estipuladas (MAXIMINIANO, 2000).

A epidemiologia tem sido uma ferramenta bastante utilizada para definir as necessidades de saúde e auxiliar o planejamento dos serviços. É de vital importância constituir dentro da Secretaria Municipal da Saúde um serviço de informações em saúde que sistematize dados demográficos, de morbidade e mortalidade, num grau de desagregação cuja análise alimente o processo de planejamento e tomada de decisões do gestor local.

A equipe de saúde planeja suas ações com base no conhecimento da população e na área em que está inserida. Ou seja, se faz necessário o reconhecimento do território, o que implica reconhecer a área geográfica que a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve cobrir com seus limites, áreas de riscos, barreiras, infra-estrutura de serviços e características de habitação, trabalho, espaços sociais, transportes, lazer e outros. Ainda, deve identificar áreas de risco para que possa planejar e priorizar ações direcionadas inicialmente para áreas de maior risco, reconhecer o território e, sobretudo, conhecer as pessoas que nele vivem e as relações de convivência (BRASIL, 2006).

Só é possível planejar tendo conhecimento do sistema sob nosso comando e do contexto em que ele se insere. O sucesso do planejamento, ou seja, a efetividade dos resultados mantém relação direta com a qualidade das informações. Na saúde, as

informações necessárias dizem respeito tanto à caracterização dos equipamentos – unidades de atendimento – como das pessoas que os utilizam. Dispõe-se de uma série de indicadores e técnicas que permitem estimar a quantidade de consultas, procedimentos, internações e exames demandados ao sistema de saúde por certa clientela e calcular a capacidade instalada necessária dos serviços para garantir aquele atendimento. Em relação aos serviços, permitem calcular a capacidade instalada. Esses dados dão suporte à análise da adequação do sistema às necessidades da clientela (MAXIMIANO, 2000).

Deve haver um elo entre a equipe e a comunidade. É de grande importância que a equipe alcance suas metas. É preciso planejar estratégias, envolvendo vários setores como segurança, gestores, assistência social, associações, igreja, conselho tutelar, cultura educação e saúde.

Observo no dia a dia que a ferramenta “planejamento” é pouco utilizada na Atenção Básica no município em que trabalho, não existe uma avaliação das especificidades de cada território o que leva a perda de tempo e dinheiro. Ações desnecessárias em determinadas áreas e outras necessárias deixam de ser executadas, e tornam as ações deficientes.

Considero de suma importância na disciplina a execução do chat, este serviu para trocar experiências entre os colegas com realidades bem distintas, muitas vezes os profissionais absorvem certas metodologias de trabalho, esses se consideram corretos e se fecham para novas idéias. Sem planejamento e avaliação deste, fica muito difícil ter certeza de um trabalho adequado.

5.3 Disciplinas – Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde

O primeiro contato da população com o serviço local de saúde é feito através da equipe do PSF, o que faz desse programa a porta de entrada para o SUS. Como afirma Araújo (2000), o PSF funciona como porta de entrada dos usuários do SUS. É uma estratégia adotada para resolver a maior parte dos problemas de saúde e é voltada à Atenção Básica.

As atividades de recepção nas equipes são feitas, via de regra, pelas auxiliares de enfermagem, que seguem um cardápio preestabelecido de opções de encaminhamento, limitado pela capacidade tecnológica da unidade. Constatamos que a auxiliar de enfermagem utiliza o critério “não tem febre” ou “não tem vaga” para negar o acesso. (Malta 2005) aponta para o acolhimento como a possibilidade de mudança do processo de trabalho a fim de atender a todos que procuram o serviço de saúde, ultrapassando, portanto, o atendimento humanizado.

As atividades de recepção de um serviço de saúde devem ser entendidas como um espaço no qual ocorre o reconhecimento das necessidades do usuário por meio da investigação, elaboração e negociação de quais serão atendidas (BRASIL, 2006).

É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da “demanda espontânea”, tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade (aberto a alterações), como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2006).

Nesse contexto de abordagem do paciente devemos destacar também a consulta e a visita domiciliar, tecnologias diretamente ligadas ao acolhimento. Quem deve se consultar/visitar? Somente através de uma avaliação poderemos detectar essas necessidades, partindo deste pressuposto a equipe obterá resultados mais satisfatórios e um atendimento correto (MALTA, 2005).

5.4 Disciplina – Saúde da Mulher

Nos últimos anos, as mulheres têm influenciado na ocorrência de várias alterações no perfil social brasileiro – a partir de mudanças significativas em seu papel na sociedade tais como a redução da taxa de fecundidade, a crescente participação no mercado de trabalho e o aumento do nível de escolaridade, com conseqüente aumento de sua contribuição na renda familiar (IBGE, 2010).

Em 2007, as mulheres representavam 51,2% da população – haviam 97.195 milhões de mulheres para 92.625 milhões de homens, numa população total de 189. 820 milhões de brasileiros. As projeções estatísticas apontam para a manutenção dessas diferenças, pelo menos para os próximos 30 anos (BRASIL, 2008). Portanto as mulheres constituem a principal clientela do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004). A esperança de vida (ou vida média) das mulheres ao nascer aumentou de 1997 a 2007 de 73,2 para 76,5 anos. Essa realidade se expressa também no aumento das famílias intergeracionais, que possibilita a convivência de até três gerações em um mesmo domicílio, com um fato de alta relevância econômica e social, entre elas as mulheres, têm sido responsáveis por mais da metade da renda (BRASIL, 2008).

Por isso, pode-se falar de uma “feminização do envelhecimento” decorrente da sobre mortalidade masculina. Entretanto, por essa mesma longevidade relativa, as mulheres apresentam menor expectativa de vida livre de incapacidades, com maior prevalência de demências, depressão e dependência funcional. Também se observam o aumento das doenças de forte preponderância nos homens, como as cardiocirculatórias (CHAIMOWICZ, 2009).

Portanto as mulheres constituem a principal clientela do Sistema Único de Saúde (SUS) praticamente em todo o Brasil. A realidade se expressa também no aumento das famílias intergeracionais, que possibilita a convivência de até três gerações em um mesmo domicílio, com um fato de alta relevância econômica e social, em que idosos, entre eles as mulheres, têm sido responsáveis por mais da metade da renda família. (BRASIL, 2004)

No Município onde trabalho, a maior parte da população é do sexo feminino, pois a maioria procura a atenção básica a saúde. São as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade.

As mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, são a maioria, conformando um segmento importante para a elaboração das políticas de saúde. Sendo

a maior parte dessa população naturalizada no município de Tamboril, a maioria dessas famílias é de classe baixa e média com renda da agricultura, pecuária, bolsa família e aposentadoria.

O câncer cérvico-uterino é uma infecção progressiva, iniciada com transformações intra - epiteliais que podem evoluir para um processo invasor, num período que vai de 10 a 20 anos. Histologicamente, as lesões cervicais pré-invasoras se desenvolvem através de alterações celulares, anteriormente denominadas displasias (leve, moderada, Acentuada). Atualmente, essas lesões são classificadas como neoplasias intra-epiteliais cervicais tipo I, II e III (NIC I, II, III) sendo que NIC III corresponde à displasia acentuada e carcinoma *in situ* (BRASIL, 2010).

A maioria das mulheres da Unidade de Saúde onde trabalho procuram realizar anualmente o exame de prevenção, mesmo aquelas que realizam anualmente, ao sentir qualquer problema tratam de procurar a UBS para uma consulta ou realizar novamente o exame, é claro que sempre tem aquelas mulheres que tem resistência a realizar o exame, então é onde entramos com o esclarecimento, a importância do exame, fazemos palestras, oficinas e já realizamos uma campanha para a realização do exame citopatológico. Explicamos pra elas o principal objetivo das ações do controle do câncer do cêrvico-uterino: que é prevenir o carcinoma invasivo, através da detecção, diagnóstico e tratamento das lesões cervicais pré-invasoras.

O município exige uma meta mínima de 30 prevenções mensais por cada UBS, sendo possível ultrapassar essa meta. Fazemos o acompanhamento através de um prontuário para cada mulher que realizar esse exame, onde anotamos todas os resultados e queixas que a paciente venha a sentir. Os exames de colposcopia e mamografia são referenciados pra outro município, pois não realizamos em nosso município. Durante o exame de prevenção fazemos o exame das mamas e explicamos os fatores de risco atualmente reconhecidos.

O principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gestação, assegurando o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno e neonatal. A assistência pré-natal deve promover a preparação da mulher e da família para a maternidade, e caracterizar-se como um conjunto de procedimentos clínicos e educativos, com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente

os problemas que podem resultar em risco para a gestante e para o concepto (BRASIL, 2010).

Hoje, recomenda – se que o pré-natal comece antes mesmo da concepção, preferencialmente, três meses antes. Pois, assim, a mulher poderá realizar uma consulta médica completa, bem como todos os exames prévios à gestação. Se houver qualquer alteração, tanto clínica como laboratorial, poderá, em tempo hábil, realizar o tratamento mais apropriado. O uso de ácido fólico, três meses antes da concepção, com o objetivo de diminuir a incidência de malformações do sistema nervoso central faz parte desta fase anterior à concepção (BRASIL, 2004).

O nosso principal objetivo no pré-natal e na consulta puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da sua gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal, uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras, do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência a saúde da gestante e do recém nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco.

Seguimos os seguintes parâmetros:

1. Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;
2. Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
3. Desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:
 - 3.1 Escuta ativa da mulher e de seus acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas;
 - 3.2 Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível;
 - 3.3 Estimulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico;
 - 3.4 Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;

- 3.5** Exames laboratoriais:
- 3.6** Imunização antitetânica: aplicação de vacina dupla tipo adulto até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em gestantes com esquema vacinal completo há mais de 5 anos;
- 3.7** Avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do SISVAN;
- 3.8** Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais;
- 3.9** Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer do colo uterino e de mama;
- 4.** Atenção à mulher e ao recém nascido na primeira semana após o parto, com realização das ações da “Primeira Semana de Saúde Integral” e da consulta puerperal, até o quadragésimo dia pós-parto.

Para que seja possível o monitoramento da atenção pré-natal e puerperal, de forma organizada e estruturada, foi disponibilizado pelo DATASUS um sistema informatizado, SISPRENATAL- Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - de uso obrigatório nas unidades de saúde e que possibilita a avaliação da atenção a partir do acompanhamento de cada gestante. O SISPRENATAL disponibiliza todos os indicadores de processo, por localidade e período. Esse cadastro é realizado na primeira consulta, no início do Pré-Natal.

Identificado um ou mais fatores de risco, a gestante deverá ser tratada na unidade básica de saúde (UBS). Os casos não previstos para tratamento na UBS deverão ser encaminhados para atenção especializada para avaliação, após, deverá voltar para UBS com as recomendações para o seguimento da gestação para acompanhamento, observando a realização das orientações prescritas pelo serviço de referência.

A atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Realizamos uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê. Caso o RN tenha sido classificado como de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros três dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar.

Objetivos:

- Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido;
- Orientar e apoiar a família para a amamentação;
- Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido;
- Avaliar interação da mãe com o recém-nascido;
- Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las;
- Orientar o planejamento familiar.

A violência contra a mulher é um tema que vem sendo cada dia mais abordado como uma questão de saúde. Entretanto nós profissionais desta área temos sérias dúvidas em trabalhar um problema desta natureza no serviço de saúde. A violência contra a mulher inclui a violência física, sexual e psicológica.

5.5 Disciplina – Saúde Mental e Violência

A proposta de desinstitucionalização manicomial como estratégia vital para a aplicação dos princípios de uma Reforma Psiquiátrica comprometida com a inclusão social e cidadania dos portadores de transtornos mentais. Algumas experiências têm mostrado a possibilidade de sua aplicação prática, embora seja inegável a existência de dificuldades e focos culturais de resistência reforçados pela falta de conhecimento (BRASIL, 2002).

Sabe-se da dificuldade que o sistema público de saúde enfrenta no seu cotidiano para ofertar um atendimento digno a esses pacientes e seus familiares. Essas dificuldades vão desde a falta de profissionais habilitados até a insuficiência de recursos. Porém, já se vislumbra várias mudanças na condução do tratamento dos pacientes portadores de transtornos psíquicos, visto que o movimento denominado de reforma psiquiátrica, busca reverter a tendência hospitalocêntrica, através da priorização e implementação de um atendimento extra hospitalar e interdisciplinar, proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos, bem como, o credenciamento de novos leitos em hospitais convencionais (BRASIL, 2002).

Os Centros de Atenção Psicossocial, conforme a Portaria 336/2002 (BRASIL, 2002), busca a reintegração social do portador de transtornos mentais,

através de assistência aberta, na qual se estabelece uma interação também com a família do paciente. O objetivo dessa assistência é estabelecer um processo comunicativo e de interação entre profissional da saúde, paciente e família, no sentido de reintegrar esse paciente na rede de relações sociais de onde ele foi estigmatizado e excluído.

Os CAPS trabalham bastantes articulados com a rede de serviços da região, pois têm a função de dar suporte e supervisão à rede básica também, além de envolver-se em ações interssetoriais como a educação, trabalho, esporte, cultura, lazer, etc., na busca de reinserção dos seus membros em todas as áreas da vida cotidiana.

Os Centros de Atenção Psicossocial possuem equipes multiprofissionais - composta por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos administrativos, etc.- e oferecem diversas atividades terapêuticas: psicoterapia individual ou grupal, oficinas terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico, visitas domiciliares, atividades de orientação e inclusão das famílias e atividades comunitárias. De acordo com o projeto terapêutico de cada usuário, estes podem passar o dia todo na Unidade, parte do dia ou vir apenas para alguma consulta. Comparecendo todos os dias estarão em regime intensivo, alguns dias da semana em regime semi-intensivo e alguns dias no mês em não-intensivo. As necessidades de cada usuário e os projetos terapêuticos, compreendendo as modalidades de atendimento citadas e os tempos de permanência no serviço, são decididas pela equipe, em contato com as famílias também, e igualmente as mudanças neste projeto segundo as evoluções de cada usuário (BRASIL, 2002).

O compromisso destes serviços, e de cada um de nós, é de retirar os pacientes do isolamento em que vivem há tantos anos. Precisamos perceber que a "loucura" não está só no outro e que, na medida em que a negamos e a afastamos, excluimos do convívio social também as pessoas que dela sofrem.

Para atingirmos o propósito de inclusão do portador de transtornos psiquiátricos à sociedade ainda falta muito, mas observa-se que os caminhos estão abertos, no sentido de propiciar a esses indivíduos uma vida mais digna e uma convivência normal no seio com a sua família e sociedade. Em 2003, surge o

Programa de Volta para Casa, uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O objetivo do Programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação (BRASIL, 2005).

Outro serviço que tem contribuído sobremaneira para a implementação da desinstitucionalização é a residência terapêutica. Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são casas localizadas nos espaços urbanos, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não. Uma Residência Terapêutica deve acolher, no máximo, oito moradores. De forma geral, um cuidador é designado para apoiar os moradores nas tarefas, dilemas e conflitos cotidianos do morar, do co-habitar e do circular na cidade, em busca da autonomia do usuário (BRASIL, 2005).

Percebemos que além de todo um trabalho dos profissionais de saúde, há a necessidade de uma abordagem diferenciada nesses ambientes e redes citadas, onde a reabilitação psicossocial acentua o reconhecimento do papel dos usuários, da família e da comunidade como fontes geradoras de recursos para o tratamento da doença mental e promoção da saúde mental.

5.6 Disciplina - Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família

Atualmente a luta pela preservação do meio ambiente e a própria sobrevivência do homem no planeta, está diretamente relacionada com a questão do lixo urbano. O lixo é responsável por um dos mais graves problemas ambientais de nosso tempo. Seu volume é excessivo e vem aumentando progressivamente, principalmente nos grandes centros urbanos, atingindo quantidades impressionantes. Além disso, os locais para disposição de todo esse material estão se esgotando rapidamente, exigindo iniciativas urgentes para a redução da quantidade enviada para os aterros sanitários, aterros clandestinos ou lixões.

No decorrer deste século, a população mundial dobrou de tamanho, porém a quantidade de lixo produzido no mesmo período aumentou numa proporção muito maior. A concentração populacional e o processo de industrialização trouxeram, a partir do século XX, aumento da quantidade de lixo e também mudanças na sua composição. Ao lixo, que até então era formado por restos de alimentos, cascas e sobras de vegetais e papéis, foram sendo incorporados novos materiais como vidro, plásticos, isopor, borracha, alumínio entre outros de difícil decomposição (RODRIGUES e CAVINATTO, 1997).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) relativos ao saneamento básico no ano 2010 apontam que das cerca de 230 mil toneladas de resíduos geradas por ano no Brasil, cerca de 22% são destinados a vazadouros a céu aberto ou lixões. A maioria absoluta, cerca de 75%, destina-se a aterros sanitários. Entretanto, a quantidade de resíduos dispostos em vazadouros a céu aberto ainda é bastante expressiva, o lixo é simplesmente descarregado sem qualquer tratamento. Esse destino do lixo, além dos riscos à saúde pública, tem como conseqüências a poluição do solo e a contaminação das águas superficiais e subterrâneas. Embora proibidos, os lixões ainda são uma forma muito utilizada de disposição de resíduos no Brasil.

O capitalismo é o responsável pela explosão do consumo e descaso com o meio ambiente, a população é induzida as compras, ao descaso com as medidas simples para evitar problemas ambientais (RODRIGUES e CAVINATTO, 1997).

Segundo Ban Ki-moon, 1997, Secretário Geral da Organização das Nações Unidas as doenças crônicas são responsáveis pela morte de 35 milhões de pessoas, por ano no mundo, a maioria com menos de 70 anos. A estimativa das Nações Unidas é que até 2030, as doenças crônicas aumentem, em pelo menos 50%, nos países da África, do Oriente Médio e do Sudeste da Ásia.

Faz-se necessário que as indústrias, através de seus empresários, proporcionem um ambiente saudável de trabalho aos funcionários, oferecendo assistência médica, jornadas de trabalho humanamente possíveis a fim de não afetar a saúde do trabalhador, de acordo com o serviço prestado.

Na atenção primária busca-se prevenir e conscientizar a população de tais doenças crônicas, porém muitas pessoas irão adquirir as patologias em virtude da obrigação de trabalhar para o sustento do lar, logo o problema é também do setor político e social, de exigir e fazer cumprir leis que protejam a saúde física e mental dos indivíduos, a fim de termos baixos índices de doentes crônicos e potencialmente ativos no mercado de trabalho.

É notório que as Políticas de Saúde voltadas aos trabalhadores em nosso país, precisam receber maiores investimentos, para que existam mais cobranças aos empresários, pois em todas as manchetes que envolvem acidentes com trabalhadores, é perceptível a negligência por parte das indústrias, empresas e etc. É válido ressaltar que a implantação dos CEREST's ainda está em passos lentos, e com isto uma melhor assistência ao trabalhador, bem como a divulgação dos nossos direitos ainda são mínimas.

5.7 Disciplina – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal

A problemática da Saúde Bucal no Brasil permeia vários aspectos dentro do seu processo de inserção na ESF.

A maior problemática da Odontologia no serviço público se chama gestão. Gestão das Pessoas: que não são selecionadas/direcionadas para o trabalho preventivo e a promoção da saúde. Gestão Local da Saúde: divisão das equipes de acordo com o preconizado pelas portarias do MS evidenciando: área de cobertura, população adscrita, como também a infra-estrutura mínima necessária para o funcionamento de uma ESB;

Gestão dos Insumos e Equipamentos: fazer saúde bucal é de certa forma, oneroso. A manutenção desses insumos influi diretamente: (BRASIL, 2004).

- 1 - na qualidade do serviço prestado;
- 2 - na organização de demandas, expectativas e serviços;
- 3 - na satisfação/motivação do profissional - nada pior que você não poder exercer adequadamente seu trabalho.

De fato temos mudanças acontecendo neste sentido. Encontramos profissionais, ainda que desestimulados, buscando organizar a demanda de acordo com os grupos, com as prioridades individuais, levando em conta os obstáculos geográficos.

Devemos sim procurar "agregar" os profissionais da ESB aos demais. Sugerir estratégias, propor intervenções e procurar sempre conversar, será com certeza a melhor maneira de integrar de verdade a equipe.

No Brasil, o Projeto de Saúde Bucal (2003) mostrou que 27% das crianças de 18 a 36 meses e quase 60% das crianças de cinco anos de idade apresentavam pelo menos um dente decíduo cariado. Em média, uma criança brasileira com até três anos de idade já possui, no mínimo, um dente com experiência de cárie; aos cinco anos, esse valor aumenta para quase três dentes (RIBEIRO, 2004).

Na realidade da unidade onde trabalho, apesar da existência de consultório odontológico, tem sido freqüentes soluções de continuidade na atenção à saúde oral. A descontinuidade no atendimento, decorrente tanto da falta de profissional quanto da escassez de insumos, limita seriamente a promoção da saúde oral em crianças e adolescentes do nosso território.

Somente em dezembro do ano 2000, por intermédio da Portaria n. 1.444 do MS, houve um incentivo para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada à população brasileira, frente aos alarmantes resultados obtidos pela Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde: PNAD 1998. Rio de Janeiro; 2000), visando então à ampliação do acesso coletivo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e a conseqüente melhoria de seus indicadores epidemiológicos (PNAD, 1998).

Anos mais tarde através da Portaria de número 1.570 de julho de 2004 surgem os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO's. Intitulado Brasil Sorridente, o programa traz um conjunto de ações para melhorar o acesso e garantir atenção odontológica a grande parte da população brasileira (BRASIL, 2004).

Os CEO's têm como objetivos específicos atender a uma demanda reprimida por atendimentos de média e alta complexidade, sendo assim, servindo de referencia para as Unidades Básicas de saúde.

5.8 Disciplina – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência

Deficiência é o termo usado para definir a ausência ou a disfunção de uma estrutura psíquica, fisiológica ou anatômica. Diz respeito à biologia da pessoa. Este conceito foi definido pela Organização Mundial de Saúde. A expressão pessoa com deficiência pode ser aplicada referindo-se a qualquer pessoa que possua uma deficiência. Contudo, há que se observar que em contextos legais ela é utilizada de uma forma mais restrita e refere-se a pessoas que estão sob o amparo de uma determinada legislação (BRASIL, 2006).

O termo deficiente para denominar pessoas com deficiência tem sido considerado por algumas ONG's e cientistas sociais inadequado, pois o termo leva consigo uma carga negativa depreciativa da pessoa, fato que foi ao longo dos anos se tornando cada vez mais rejeitado pelos especialistas da área e em especial pelos próprios portadores. Muitos, entretanto, consideram que essa tendência politicamente correta tende a levar os portadores a uma negação de sua própria situação e a sociedade ao não respeito da diferença. Atualmente a palavra é considerada como inapropriada, e pode promover segundo muitos estudiosos, o preconceito em detrimento do respeito ao valor integral da pessoa (BRASIL, 2008).

A Pessoa com Deficiência (PcD) historicamente viveu por muitos anos segregada do convívio social, tendo sua cidadania negada, sem uma atenção voltada para suas necessidades e interesses. A partir dos discursos enunciados por familiares dessas pessoas em prol dos seus direitos, iniciou-se um movimento de protesto contra a exclusão social em que viviam as PcD que ganhou grandes proporções em todo o mundo, culminando com a proclamação da declaração dos direitos das pessoas deficientes (BRASIL, 2008).

O Brasil se encontra dentro de 1/3 dos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) que dispõem de legislação para as pessoas com deficiência. Vem atuando na área dos direitos humanos; na defesa de valores como dignidade,

inclusão e acessibilidade; na melhoria das condições de vida e no acesso a ambientes e serviços públicos como educação, saúde, transporte e segurança. Há avanços na legislação e em medidas governamentais para a educação inclusiva, a atenção em saúde, a reabilitação e seus complementos, como as órteses, as próteses e os meios auxiliares de locomoção, e na criação de cotas para a inclusão no mercado de trabalho (BRASIL, 2008).

Não se pode negar a magnitude que essas conquistas legais têm representado no processo de inclusão da PcD na sociedade e para a garantia de seus direitos. Entretanto, apesar de todo esse aparato legal, muitas PcD ainda vivem numa sociedade que não está preparada para acolhê-las, sendo vistas como pessoas doentes e não como pessoas que vivem em situações especiais. Nos serviços de saúde essa visão sobre o PcD não é incomum de se encontrar, tanto por parte dos próprios familiares, como dos profissionais da saúde (BRASIL, 2008).

A pessoa com deficiência geralmente precisa de atendimento especializado, seja para fins terapêuticos, como fisioterapia ou estimulação motora, seja para que possa aprender a lidar com a deficiência e a desenvolver as potencialidades. A Educação especial tem sido uma das áreas que tem desenvolvido estudos científicos para melhor atender estas pessoas, no entanto, a educação regular passou a se ocupar também do atendimento de pessoas com necessidades educativas especiais, o que inclui pessoas com deficiência além das necessidades comportamentais, emocionais ou sociais (BRASIL, 2008).

No sentido de melhorar a assistência a essa clientela, vejo a necessidade de capacitar os profissionais da saúde (ESF e ACS), sensibilizando-os para os cuidados às pessoas com deficiência usuárias do SUS. Trabalhar com uma clientela portadora de deficiência exige uma abordagem que se adapte às condições de comunicação do paciente, para que este possa ser compreendido e suas necessidades atendidas. O profissional de saúde precisa, portanto, estar preparado para lidar com as especificidades dessa clientela.

5.9 Disciplina – Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde

Esta disciplina exhibe assuntos e temas que nos fazem refletir sobre algumas práticas e situações diárias do nosso trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Como também me fez lembrar do meu último ano de faculdade em que estávamos no internato interdisciplinar. Nesse período, tínhamos aulas teóricas-práticas e estágios durante o dia e à noite, e os mesmos nos exigiam conhecimentos interdisciplinares. Era notório o nível de cobrança de técnicas, saberes, postura e amadurecimento profissional.

Em destaque vejo que, os profissionais não são bem remunerados, e sem condições adequadas de trabalho, não dispõem de dedicação exclusiva. Além do fato de que alguns profissionais estão atualmente e/ou temporariamente na Estratégia Saúde da Família por motivos como: comodidade, adequação a outros empregos, início ou final de carreira ou para manterem suas estabilidades em concursos realizados anteriormente. Alguns deles consideram que Estratégia Saúde da Família se resume a atender a demanda presente na UBASF ou nos pontos de deslocamentos. Desconhecem princípios e primórdios esquecidos ao longo dos anos. Como também desconhecem redes sociais e entidades de apoio. Não fazem se quer um diagnóstico da área de abrangência! Desrespeitam horários, negligenciam ações básicas, vivem distantes dos demais profissionais da equipe e da própria comunidade em que trabalham. E para completar esta triste realidade, ainda temos situações gritantes como o excesso de famílias por equipe e a cobrança da população e de alguns meios de comunicação por remédios e atendimentos, mesmo que não sejam de qualidade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PSF deve ter como lógica o rompimento da organização disciplinar tradicional, fragmentada e prioritariamente voltada para a dimensão biológica do processo saúde-doença, devendo dar condições para que médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, e demais profissionais sejam capazes de estabelecer conexões entre conhecimentos específicos de cada profissão a fim de propor novas práticas.

Esse novo modelo de ensino a distância implementado pelo NUTEDS/UFC configura uma nova concepção de conhecimento, com capacidade de formar profissionais mais qualificados, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do fortalecimento sistema-usuário.

Destacamos nesse processo o enfermeiro que em minha opinião é o pilar de sustentação da equipe de saúde da família, esse profissional está sempre buscando novos conhecimentos e ajudando na transformação constante do processo de trabalho.

O curso de especialização expandiu os conhecimentos de muitos profissionais modificando saberes e inserindo novas idéias, destaco a praticidade e flexibilidade no horário de estudo, pois raras foram às vezes em que tivemos horário definido para acessar o AVA, o que permitiu a participação de um número razoável de alunos e a participação de toda a equipe no mesmo curso.

A possibilidade de se ter na mesma turma todos os membros de uma mesma equipe foi um fator relevante, facilitando o processo de ensino, pois todos tinham acesso as mesmas informações, evitando possíveis diferenças de pensamentos.

Posso afirmar que este curso contribui de forma significativa no trabalho da equipe em que trabalho, atividades que não eram desenvolvidas ou vistas de forma prioritária passaram a ter sua devida importância no nosso cotidiano, com isso conseguimos melhorar indicadores e percebemos uma diminuição nos níveis de insatisfação dos usuários dos serviços.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O M. de, *et al.* **Estratégia Saúde da Família em Sobral: Oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde.** Revista SANARE. Sobral, p.9-20, abr./mai./jun. 2004.

ANDRADE, T.G.C.S. *et al.* **O enfermeiro e sua percepção sobre liderança em enfermagem.** In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM 2, Ribeirão Preto: Anais, 1998.

ARAÚJO, M.R. N. de *et al.* **Saúde da Família: cuidado no domicílio.** Rev. Bras. Enf. v.53, n. especial, p.117-122. 2000.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, Senado Federal, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS, SUS 01/01.** Brasília, Ministério da Saúde, março 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família.** Brasília, Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 198, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>. Acesso em: 03 de Nov de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 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). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em: 03 de Nov de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>. Acesso em: 03 de Nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso em: 02 de Nov. de 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF, 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z** : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf, Acesso em: 03 de Nov de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos da Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília, DF, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pessoa_deficiencia_sus_2ed.pdf. Acesso em 03 de novembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia. Acesso em: 04 de novembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. atual.– Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_deficiencia.pdf. Acesso em: 05 de novembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília. Ministério da saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da **Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde** – 2. ed. – Brasília: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 1.444 , 29 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Disponível em http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/portaria1444_28_12_00.pdf. Acesso em: 10 de Nov de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 1.570, 29 de julho de 2004**. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.

Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1570.htm>. Acesso em: 10 de Nov de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 246, 17 de fevereiro de 2005**. Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências. Disponível em. <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-246.htm>. Acesso em 10 de Nov. de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 198, 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>. Acesso em: 03 de Nov. de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **PNDIS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**: relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf >. Acesso em: 20 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF, 2000.

BORBIO, N; MATTEUCCI, N; PASQUINO. G. **Dicionário de Política**. Brasília: Universidade de Brasília, 1983. 1318p.

CAVALCANTE, Meire. **Interdisciplinaridade: um avanço na educação**. Revista Nova Escola. São Paulo, agosto de 2004.

CHAIMOWICZ, Flávio. Saúde do Idoso. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 172p. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1740.pdf>

FERREIRA, A. B. H. Aurélio século XXI: **o dicionário da Língua Portuguesa**. 3. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Cidades. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. **Educação Permanente no Contexto da Enfermagem e na Saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem, p. 57, outubro 2004.

MELO, C; ARAÚJO, M.J.S. **A Nova Prática de Enfermagem no Sistema Único de Saúde**. ABEN – Comissão permanente de serviços, Doc. III, Brasília, 1992.

MAXIMIANO, Antônio Cesar Amaru. **Introdução à administração** – 5ª. Ed. revista e ampliada – SÃO PAULO: Atlas, 2000. Pg. 25 – 44.

MALTA, Monica et al . **Aderência à terapia anti-retroviral: um estudo qualitativo com médicos no Rio de Janeiro**, Brasil. Cad. Saúde Pública., Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 2005.

RIBEIRO, N. M.; RIBEIRO, M. A. S. **Aleitamento materno e carie do lactente e do pré-escolar**: uma revisão crítica. Jornal de Pediatria, 2004.

RODRIGUES, L.F., e CAVINATTO, V.M.. **Lixo: De onde vem? Para onde vai?** São Paulo: Moderna, 1997.