

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

TÂNIA MARIA BRANDÃO PEREIRA COSTA

**A IMPORTÂNCIA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA PARA A PRÁTICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE ATUANTE NA UBS**

FORTALEZA

2011

TANIA MARIA BRANDÃO PEREIRA COSTA

**A IMPORTÂNCIA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA PARA A PRÁTICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE ATUANTE NA UBS**

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.

Orientador: Profa. Renata Cândida Lopes Rodrigues

FORTALEZA

2011

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

C876i	Costa, Tania Maria Brandão Pereira A importância do curso de especialização em saúde da família para a prática do profissional de saúde atuante na UBS/ Tania Maria Brandão Pereira Costa. – 2011. 59 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, Fortaleza, 2011. Orientação: Profa. Renata Cândida Lopes Rodrigues 1. Prática Profissional 2. Saúde da Família 3. Unidade Básica de Saúde I. Título. CDD 362.1
-------	---

TANIA MARIA BRANDÃO PEREIRA COSTA

**A IMPORTÂNCIA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA PARA A PRÁTICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE ATUANTE NA UBS**

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. Dr. Renata Cândida Lopes Rodrigues– Orientadora

Prof. Dr.

(1º Avaliador)

Prof. Dr.

(2º Avaliador)

Dedicatória
Para Maria Augusta,
maior de todos os projetos realizados,
que compreendeu tão bem porque, afinal,
“mamãe também vai à escola”.

AGRADECIMENTOS

À Deus por permitir que tudo isso acontecesse por abrir todos os caminhos. Com certeza, esse curso só aconteceu em minha vida, porque foi da sua vontade.

Ao meu pai, pelo legado da honestidade;

A minha mãe, exemplo de amor e generosidade, pela dedicação incansável, tornando possível a realização desta especialização. À ela todo o meu reconhecimento e gratidão como filha e mãe;

À tutora Renata Cândida Lopes Rodrigues, por compartilhar de sua inteligência, experiência e cultura, a quem serei eternamente grata, não só pelas sugestões e estímulo ao decorrer do curso, mas, sobretudo pela parceria e trabalho.

As queridas, Luciana Gerlanne e Carolina Filha, amigas para sempre;

As amigas e colegas de turma Ivana Moraes Martins e Elizabeth Sousa Correa, pelo prazer do convívio e trocas de experiências, idéias e utopias;

À Secretária de Saúde Lúcia de Fátima dos Santos Lima, pelo apoio nas horas precisas e amiga de todas as horas;

Aos meus filhos Benaia e Benoni pela compreensão e paciência nos momentos que tiveram que ficar sozinhos;

Finalmente, ao meu esposo Francisco, pelo apoio, para concluir meu trabalho e chegar ao fim desta jornada.

RESUMO

A se considerar a importância da educação permanente através do curso de Especialização em Saúde da Família - NUTEDS/UFC para os profissionais atuantes em equipes Saúde da Família . Este estudo tem como objetivo refletir acerca das experiências profissionais vivenciadas e relatadas em portfólios ao longo do curso, evidenciando por meio destes o aprendizado ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC além de refletir sobre a aplicação dos conteúdos do curso na prática profissional. Para elaboração desses portfólios, foram utilizados artigos científicos da base dos dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BSV (Lilasc e Scielo) no idioma português, período 2000 a 2011. Além disso, foram feitas consultas a programas e protocolos do Ministério da Saúde, livros técnicos, revistas científicas, teses, dissertações de mestrados e livros clássicos, reflexões, discussões nos fóruns do curso, artigos científicos e relatos da prática profissional. O desenvolvimento deste trabalho possibilitou maior aprofundamento dos conhecimentos teórico-práticos acerca da prática na unidade básica de saúde, mais especificamente na promoção e na prevenção da saúde, proporcionando crescimento profissional.

Palavras-chave: Prática Profissional. Saúde da família. Unidade básica de saúde

ABSTRACT

NUTEDS/UFC is considered the importance of the constant education through the course of Specialization in Health of the Family - for the active professionals in teams Saúde da Família. This study has how I aim to consider about the professional experiences survived and reported in portfólios along the course, showing the apprenticeship up through this along the Course of Specialization in Health of the Family – NUTEDS/UFC besides thinking about the application of the contents of the course in professional practice. For preparation of these portfólios, there were used scientific articles of the base of the data of the Virtual Library in Health – BSV (Lilasc and Scielo) in the Portuguese language, period 2000 to 2011. Besides, consultations were done to programs and protocols of the Ministry of Health, technical books, revised científicas, theories, dissertations of master's degrees and classic books, reflections, discussions in the forums of the course, scientific articles and reports of the professional practice. The development of this work made possible bigger aprofundamento of the knowledges theoretician-expert about the practice in the basic unity of health, more specifically in the promotion and in the prevention of the health, providing professional growth.

Words-keys: Expert Prossional. Health of the family. Basic unity of health

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	0
2	OBJETIVOS	12
3	METODOLOGIA	13
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO PORTIFÓLIOS	18
4.1	Disciplina 01 – Educação à Distância	18
4.2	Disciplina 02 – Processo de Trabalho em Saúde	19
4.3	Disciplina 03 – Saúde Mental e Violência	20
4.4	Disciplina 04 – Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde	22
4.5	Disciplina 05 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde	28
4.6	Disciplina 06 – Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde	31
4.7	Disciplina 07 – Saúde da Mulher	33
4.8	Disciplina 08 – Participação Social e Promoção da Saúde	36
4.9	Disciplina 09 – Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família	39
4.10	Disciplina 10 – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal	40
4.11	Disciplina 11 – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência	44
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
	REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

O sistema único de Saúde (SUS) no Brasil, nos últimos anos, vem mostrando significativos avanços desde sua criação pela constituição de 1988. Entre eles está a ampliação do número de equipes de Saúde da Família, com cobertura crescente da população brasileira e melhoria na assistência e de mecanismos gestores. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) como componente estruturante do sistema de saúde brasileiro tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. O principal propósito da ESF é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população.

A inserção da educação Permanente no SUS para profissionais das equipes de SF é fundamental para a qualificação na atenção Primária à saúde (APS). É necessário que as equipes conheçam as diretrizes e protocolos clínicos reconhecidos e desenvolvam habilidades para orientar os usuários sobre os procedimentos necessários especializados no SUS e realizar a vigilância a saúde.

Para tanto, é fundamental que a educação permanente através de Cursos de especializações seja institucionalizada, articulada e integrada às necessidades e especificidade de cada equipe, e que promova a transformação das práticas de forma contínua. A especialização em Saúde da Família - NUTEDS/UFC pressupõe através das aulas a aproximação com os membros das equipe para definição de prioridades e temas a serem trabalhados para instituir no processo de trabalho das equipes.

Os profissionais especializados podem contribuir em processos educativos para modificar a realidade da sua área de atuação, por meio de intervenções coletivas, com grupos de usuários, famílias e na comunidade, e utilizar seu conhecimento especializado na abordagem interdisciplinar, tornando as atividade mais criativas e participativa.

Nesses seis anos trabalhando com enfermeira de uma unidade saúde, que tem como modelo de organização das ações de Estratégia Saúde da Família – ESF, no município de Santa Quitéria do Maranhão, pude perceber a necessidade de uma qualificação para poder trabalhar melhor a atenção Primária à saúde.

A se considerar a importância da educação permanente através do curso de Especialização em Saúde da Família- NUTEDS/UFC para os profissionais atuantes em equipes Saúde da Família, este estudo tem como objetivo refletir acerca das experiências profissionais vivenciadas e relatadas em portfólios ao longo do curso.

O Curso de Especialização em Saúde da Família (CESF) é uma iniciativa do Ministério da Saúde que criou, em 2008, a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Trata-se, portanto, de programa que estabelece condições para o funcionamento de rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS para atender às necessidades de formação e educação permanente no âmbito da Saúde Coletiva e Atenção Básica nos municípios brasileiros. O Curso é ofertado na modalidade a distância para os municípios que compõem os 17 pólos de apoio presencial da Universidade Aberta do Brasil (UAB) e pontos do Telessaúde, definidos anteriormente de acordo com as necessidades de formação do Estado do Ceará, com sede no Nuteds/UFC. É utilizado o Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle, com conteúdos seguindo o padrão SCORM, possibilitando a permuta entre as diversas universidades brasileiras envolvidas no projeto da UNA-SUS. Os pressupostos pedagógicos são baseados na educação contextualizada descentralizada, na aprendizagem colaborativa, significativa e problematizadora. E ainda baseada na articulação entre teoria e prática e ensino-serviço.

Busca formar demanda de profissionais da saúde, ofertando 500 vagas por semestre. Em cada Pólo, há um tutor presencial e o acompanhamento dos alunos é realizado por tutores a distância e orientadores acadêmicos virtuais/presenciais sediados na UFC. O CESF está constituído por disciplinas que integralizam 24 créditos, o que significam 384 horas, a serem cursadas em um período mínimo de 18 e máximo de 24 meses. A matriz curricular do curso é composta por disciplinas apresentadas sob a forma de módulos, que compõem as Unidades Didáticas.

A Unidade Didática I, com duração de 144 horas, correspondendo a 09 créditos, compreende quatro módulos/disciplinas obrigatórias: Educação a Distância, Processo de Trabalho em Saúde, Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde, Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde. Esses módulos ou disciplinas obrigatórias oferecem os conteúdos estruturantes do modelo assistencial de atenção básica e são cursados por todos os profissionais em formação, constituindo a base do curso.

A Unidade Didática II tem duração de 240 horas, equivalendo a 15 créditos, compreendendo 03 módulos ou disciplinas obrigatórias (Tecnologias para Abordagem do Indivíduo, da Família e das Comunidades-Prática Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde, Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família, Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal) que serão cursados por todos os profissionais em formação e 04 outras disciplinas, de acordo com a escolha do profissional em formação em um universo de 8 disciplinas optativas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Apresentar os portfólios produzidos durante as disciplinas do Curso de Especialização em Saúde da Família (NUTEDS/UFC).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Relatar por meios dos portfólios o aprendizado ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC

Refletir sobre a aplicação dos conteúdos do curso na prática profissional.

3 METODOLOGIA

Este estudo é baseado no relato de experiência e dos conteúdos apresentados ao longo do curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC. Para tal foram utilizados os portfólios feitos baseados nas práticas profissionais aplicados as disciplinas correspondentes.

Para elaboração desses portfólios, foram utilizados artigos científicos da base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BSV (Lilac e Scielo) no idioma português, período 2000 a 2011. Além disso, foram feitas consultas a programas e protocolos do Ministério da Saúde, livros técnicos, revistas científicas, teses, dissertações de mestrados e livros clássicos, reflexões, discussões nos fóruns do curso, artigos científicos e relatos da prática profissional.

Os portfólios foram apresentados em capítulos, sendo cada um correspondente a uma disciplina cursada. As disciplinas foram: Educação a Distância, Processo de Trabalho em Saúde, Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde, Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde. Tecnologias para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade-Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde, Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família, Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal.

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. Houve (respeito aos princípios éticos contidos na Resolução 196/96, que norteia a ética na pesquisa com seres humanos).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Disciplinas 01 – Processo de Trabalho em Saúde

O modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho, qualquer que seja, é chamado processo de trabalho. Dito de outra forma, pode-se dizer que o trabalho, em geral, é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade.

A concretização de um cuidado em saúde com qualidade adequada está diretamente articulada ao funcionamento de uma ou mais unidades de saúde, à articulação de uma ou mais equipes de saúde, que, por sua vez, podem estar localizadas em uma ou em diversas unidades de saúde, à oferta de múltiplas tecnologias e à qualidade da formação técnica e ética dos profissionais de saúde.

A gestão do cuidado tem foco tanto em uma unidade como na trajetória do usuário/paciente. Deparamo-nos com questões que demandam planejamento de recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho), adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas e, por fim, correção das insuficiências, com formulação de novos planos e propostas. Oferecer um cuidado com qualidade não se dá espontaneamente, é necessário combinar a intencionalidade de concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos pacientes com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em centenas de variações possíveis, de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos. O Sistema Único de Saúde, como todo sistema complexo, exige alto grau de desempenho de suas atribuições, sob pena de perder legitimidade social e surgirem crises sucessivas de gestão.

A equipe verde, que foi a equipe exemplificada neste módulo, não é diferente da minha equipe e de outras equipes de saúde que conheço tendo algumas semelhanças pois

apresentam quase as mesmas dificuldades, problemas, atividades e interações. Vamos conhecer um pouquinho da minha ESF da Passarada.

4.1.1 Município de Santa Quitéria do Maranhão

Cidade da região Leste Maranhense, distante 350 Km de São Luís. Teve sua emancipação política em 1935, está a 36m de altitude e em 2007 o IBGE estima a sua população em 28.341 habitantes. O Município de Santa Quitéria do Maranhão possui 2.112,890 km, densidade demográfica de 15,4bab/km encontra-se a margem da MA 034 sendo o fluxo de automóveis e pessoas muito grande para outras cidades e outros estados, tornando o município vulnerável aos acidentes de trânsito. Por ficar às margens do Rio Parnaíba que é uma das escolhas da população para lazer, também há a ocorrência de afogamentos com vítimas fatais.

As pessoas em situação de violência, sendo tanto sexual, como doméstica, institucional, por acidente de trânsito, homicídios, suicídios, e nas relações de trabalho, normalmente recorrem ou são encaminhadas aos serviços de saúde. A violência, sem dúvida, gera altos custos para a sociedade, para os indivíduos e para o setor saúde. Além disso, pode deixar diversas seqüelas graves. Frente a esta situação é essencial implementar ações de cuidado integral, apoiada em iniciativas de prevenção e de promoção à saúde.

O sistema de saúde é composto por oito equipes de Saúde da Família, quatro equipes de Saúde Bucal e noventa e quatro Agentes comunitários.

4.1.2 A Unidade

A unidade de Saúde da Família da Passarada, que abriga uma equipe, foi inaugurada há cerca de 05 anos e está situada na Rua dos Corrupções do bairro que faz a ligação com a BR da cidade. Trata-se de uma casa comprada pela Prefeitura que foi adaptada para ser uma unidade de saúde e é moderna, e conservada. Sua área pode ser considerada inadequada, considerando-se a demanda e a população coberta (4.195 pessoas), embora o espaço físico seja muito bem aproveitado.

A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual nos horários de pico de atendimento (manhã) cria-se certo tumulto na unidade. Isto dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos e muitos têm que aguardar o atendimento em pé. Não existe sala de reuniões, por isso a equipe utiliza uma área ao lado, na qual bate sol à tarde sendo muito desagradável quando faz calor e também apresentando problemas quando chove.

As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas no salão da igreja, que fica bem próximo da unidade de saúde. A unidade atualmente está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe. Na unidade existe uma equipe de saúde bucal que funciona em uma sala a parte juntamente com o serviço de raio x para toda população local e para a dos municípios vizinhos.

4.1.3 A Passarada

É formada pelos profissionais apresentados a seguir:

A. P. R., 30 anos, casada, 03 filhos, agente comunitária de saúde da micro área 1, com 81 famílias cadastradas. Fez a primeira etapa do curso de profissionalização do SUS.

G.S,V., 28 anos, casada, 02 filhos, agente comunitário de saúde da micro área 2, com 56 famílias cadastradas. Fez a primeira etapa do curso de profissionalização do SUS.

L. R., 27 anos, casado, 2 filhos, agente comunitária de saúde da micro área 3, com 65 famílias cadastradas. É representante dos ACS no conselho municipal de saúde. Fez o curso de auxiliar PROFAE e a primeira etapa de ETSUS.

M.F, 40 anos, mãe solteira, 02 filhas, agente comunitária de saúde da micro área 4, com 85 famílias cadastradas. É procedente da zona rural onde morava e estudou até a 4a série do primeiro grau, e há um mês perdeu sua mãe com 92 anos.

F.J. A., 35 anos, casada, agente comunitário de saúde da micro área 5, com 65 famílias. Antes de ser ACS era dono de um comercio que era bastante antigo na cidade, que faliu cerca de cinco anos.

B.R.O ., 40 anos, casado, 04 filhos , é o presidente do sindicato dos ACS local ,agente comunitário de saúde da micro área 6, com 67 famílias. É procedente da zona rural antes de ser ACS era vendedor ambulante de tiquira em localidade vizinhas.

R.V A., 32 anos, solteiro, agente comunitário de saúde da micro área 7, com 87 famílias. Estudou até o segundo grau completo, vice presidente do sindicato dos ACS.

B.R. C, 30 anos, casada, 02 filhas agente comunitário de saúde da micro área 8, com 89 famílias. Realizou o curso de auxiliar pelo Pofae, e fez o técnico de enfermagem, realizou dois concursos públicos para hospitais em municípios vizinhos, onde trabalha como plantonista somente em um nos finais de semana.

K.R, 25 anos, casada, agente comunitário de saúde da micro área 9, com 92 famílias. È Adventista do Sétimo Dia, e sempre participa das reuniões comunitárias.

C.M C, 30 anos, casada, 02 filhos, agente comunitário de saúde da micro área 10, com 83 famílias.Descobriu recentemente que é diabético tipo I.

M.J.A. Q, 45 anos, divorciada, há mais de 11 anos, agente comunitário de saúde da micro área 10, com 56 famílias.

A.A. 45 anos, casado, agente comunitário de saúde da micro área 12, com 55 famílias. É técnico em produtos eletrônicos, é bastante ativo e participa das reuniões comunitárias com frequência.

I.M. R, 38 anos, casada, , auxiliar de enfermagem. Trabalhou mais de 15 anos em hospital e há cinco anos iniciou suas atividades no PSF, mantendo um plantão no hospital local no final de semana.

R.L, M 50 anos, casado, médico, com especialidade em cardiologia. Formado há bastante tempo, decidiu “viver” a experiência do PSF. Participa da atual equipe há seis meses substituindo o médico anterior, que saiu porque não se identificou com a equipe e comunidade.

T.M, B.P. C 40 anos, enfermeiro, casada. Trabalha em Saúde da Família há dez anos, é coordenadora da atenção básica quando da implantação da estratégia de Saúde da Família no município. Mantem plantão em final de semana no hospital do município.

D.S. S, 35 anos, cirurgiã-dentista. Faz especializações com frequência, e é comprometido com a equipe.

F.S. O 26 anos, auxiliar de saúde bucal. Trabalha como ASB desde a implantação da equipe; é muito habilidosa e gosta muito do seu trabalho.

JS. S. 25 anos, técnica de enfermagem da unidade saúde da família, trabalha na unidade desde a sua inauguração.

O Funcionamento da Unidade de saúde

A unidade de saúde funciona de 07h30 às 18:00 horas. A Técnica de Enfermagem trabalha quarenta horas semanais na unidade. Com relação às consultas, como nos demais municípios do Maranhão as consultas médicas são realizadas apenas duas vezes na semana, o que dificulta o atendimento e o cumprimento de metas e, ainda, há uma reclamação da comunidade. É feito um agendamento por área e agente comunitários de saúde. Mensalmente é feito um cronograma das atividades realizadas, sendo que na unidade fica um cronograma fixo para esclarecimento para a comunidade.

4.1.4 O dia a dia da Equipe

Categoria Profissional	Atividade desenvolvida	Dias da semana
Médico	Consultas e VD (agendadas)	Terça e Quinta
Enfermeira	Atendimento de Hipertensos e Diabéticos	Segunda-Feira
Auxiliar de Enfermagem	Puericultura, Vacinação	
	Consulta de Pré-Natal,	Terça-feira
	Preventivo, Consulta Puerperal e Atendimento Individual, Visita Domiciliar	Quarta-feira

		Quinta-feira
Cirurgião Dentista Auxiliar	Procedimentos e Atendimentos Odontológicos	Segunda e Terça
Técnica de Enfermagem	Curativos, Inalações, Aplicação de injeções.	Segunda à sexta-feira
Técnico Rx	Exame por solicitações medica	Segunda à Sexta
ACS Enfermeira Médico	Reuniões de sala de espera (grupos) Reuniões Comunitárias	Durante todos os atendimentos Agendadas e datas Comemorativas

4.1.6 Processo de trabalho da ESF

Ao refletirmos sobre o processo de trabalho de uma ESF temos que nos referir, obrigatoriamente a cultura e comunidade. No trabalho educativo em saúde feito pela equipe e pelo agente comunitário de saúde, isso quer dizer que deve ser esclarecido à população sobre as condições de vida que levam ao adoecimento e sobre o que compete ao indivíduo e à comunidade para que estes sejam aliados de uma mudança de hábitos e tenham uma vida saudável .

A cultura é essencial para que a saúde coletiva envolva determinadas práticas que tomam como objetivo, as necessidades sociais de saúde como instrumentos de trabalho, saberes distintos, disciplinas, tecnologias materiais e não materiais, além de atividades de intervenções centradas nos grupos sociais e no ambiente, independente do tipo de profissionais e do modelo de instrumentalização.

<http://www.medicina.ufc.br/moodle/mod/forum/discuss.php?d=1334> -
[p17293](#) Embora a cultura apresente um caráter conservador, vive um momento de transformação contínuo. As mudanças são interações entre pequenos atos que vão se instituindo e modificando hábitos, criando novidades, questionando valores, construindo até mesmo, outras formas de as pessoas se relacionarem. Portanto, ao entrar com orientações, com conhecimentos que podem vir a contrariar os hábitos familiares e de cada indivíduo, o trabalhador da saúde precisará ter sensibilidade para ensinar. Isso significa estar atento para questões do cotidiano da vida do indivíduo e da população.

4.1.7 Comunicação como parte integrante do processo de trabalho nos aspectos assistir, curar, educar, interagir, prevenir e cuidar.

O homem tem dificuldades, problemas e conflitos em seu trabalho. Tem que ainda lutar com desentendimentos, hostilidade e incompreensões. Isto tem consequência nas pessoas, na instituição e chega até às famílias de cada um. As relações humanas no processo de cuidar, ouvir, curar no trabalho como um todo integra o homem ao grupo profissional e cria disposição para a produtividade, gerando satisfação e melhores condutas.

A comunicação nos leva a organizar o processo de trabalho a partir de um planejamento conjunto respeitando as especificidades de cada categoria, sem perder de vista o trabalho coletivo.

O cuidado, nas organizações de saúde em geral, é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais que, através da comunicação, trocam inúmeras experiências e conhecimentos. A intersetorialidade funciona como mecanismos de relações assimétricas de poder entre as corporações de profissionais. A colaboração deve existir entre os vários trabalhadores, como operadores de tecnologias de saúde, para que o cuidado aconteça. O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo usuário é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a saúde. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores de saúde, articulação está impossível de ocorrer se não existir comunicação.

4.1.8 Modelos de determinação sociais

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) incluem as condições mais gerais tanto socioeconômicas, como culturais e ambientais de uma sociedade, e relacionam-se com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias.

Esses determinantes influenciam os estilos de vida, já que as decisões relativas, por exemplo, ao hábito de fumar, praticar exercícios, hábitos dietéticos e outras estão também condicionados pelos DSS.

Sabe-se hoje, também, que a percepção de pertencer a grupos sociais excluídos da maioria dos benefícios da sociedade gera sofrimento e sentimentos de inferioridade e discriminação, e isso contribui na determinação dos padrões de saúde dos indivíduos.

Em nosso país enfatiza-se que, para compreender, planejar, e gerir ações de promoção de saúde, é fundamental reconceitualizar as necessidades de saúde na consideração da saúde com conceito positivo, que requer a incorporação dos múltiplos determinantes sociais, acentuando os recursos sociais e pessoais, assim como as atitudes físicas. Dessa forma, a promoção de saúde não concerne exclusivamente ao setor sanitário, mas requer integração de novos atores, colocando em prática políticas públicas favoráveis à saúde e fortalecendo as estruturas e processos em todos os setores.

Do ponto de vista econômico, ainda que a população não precise pagar diretamente pelos serviços, não se pode negar que a enorme parcela da população pobre, que vive em pequenos municípios com baixo grau de desenvolvimento econômico ou habitam a periferia das grandes cidades, não dispõe de condições mínimas de acesso aos serviços, às vezes até porque não tem como pagar o transporte necessários para chegar a uma unidade de saúde.

Do ponto de vista sociocultural existem barreiras, sendo a principal delas, sem dúvida, a barreira de linguagem, da comunicação entre os prestadores de serviços e os usuários. Mesmo chegando às unidades de saúde, grande parte da população encontra dificuldades em se comunicar com os profissionais que ali trabalham, em função do afastamento, historicamente criado, entre a equipe de saúde e a população. Isso se deve ao fato do não entendimento, por parte do sistema, da importância do diálogo entre profissionais de saúde e usuários para a efetividade da atenção à saúde. Por outro lado, a

ausência de qualificação profissional em larga escala e a baixa escolaridade da população se somam e agravam o problema.

Superar a barreira cultural e comunicativa entre os usuários e o sistema de saúde é com certeza um dos maiores desafios no caminho da universalização do acesso não só aos serviços (localizados no território) como também à informação necessária para o envolvimento das pessoas dos diversos grupos populacionais no processo de promoção e recuperação da saúde individual e coletiva.

Podemos dizer que nossa atuação se faz a partir dos modelos, ou seja, nosso modo de agir é sempre orientado por algumas concepções do que deve ser diferentes âmbitos e realidades.

Mesmo com as diversidades, o processo de trabalho tem contribuindo de forma a organizar o serviço de saúde em minha equipe de atuação.

4.2 Disciplinas 03 – Saúde Mental e Violência

A disciplina em Saúde Mental e Violência vêm mostrar uma nova abordagem no movimento de desconstrução e na construção de redes.

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 90. O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual. São princípios do SUS o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.

O princípio de controle social do SUS merece destaque, na medida em que impulsiona o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva. Assim, os Conselhos e as

Conferências de Saúde desempenham papel fundamental na conformação do SUS, no ordenamento de serviços e ações e no direcionamento dos recursos.

Compartilhando destes princípios, a rede de atenção à saúde mental, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. O papel dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, assim como das Conferências de Saúde Mental, é por excelência garantir a participação dos trabalhadores, usuários de saúde mental e seus familiares nos processos de gestão do SUS, favorecendo assim o protagonismo dos usuários na construção de uma rede de atenção à saúde mental. De fato, são as Conferências Nacionais de Saúde Mental, e em especial a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, que consolidam a Reforma Psiquiátrica como política oficial do SUS e propõem a conformação de uma rede articulada e comunitária de cuidados para as pessoas com transtornos mentais (BRASIL,2011).

4.2.1 CAPS

Seu objetivo é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário (BRASIL,2011).

4.2.1.1 É função dos CAPS:

- prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos;
- acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território;
- promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações

intersetoriais;

- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação;
- dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica;
- organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios;
- articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território;
- promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Estes serviços devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. De fato, os CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL,2011).

Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.

O perfil populacional dos municípios é sem dúvida um dos principais critérios para o planejamento da rede de atenção à saúde mental nas cidades, e para a implantação de centros de Atenção Psicossocial. O critério populacional, no entanto, deve ser compreendido apenas como um orientador para o planejamento das ações de saúde. De fato, é o gestor local, articulado com as outras instâncias de gestão do SUS, que terá as condições mais adequadas para definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental de seu município.

4.3 Disciplinas 3 – Modelo assistencial e atenção primária à saúde

4.3.1 Modelo Assistencial e Atenção básica no Brasil – ESF

No Brasil, a Atenção Básica à Saúde, denominação que corresponderia ao que a literatura internacional tem chamado de Atenção Primária à Saúde, vem sofrendo inovações importantes desde os anos de 1990, principalmente a partir da expansão de

cobertura pela Estratégia Saúde da Família. Para o ano de 2006, segundo dados do Ministério da Saúde, aproximadamente 82 milhões de brasileiros estavam cadastrados por equipes de saúde da família. Nesse cenário, são crescentes a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços, e também no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações.

A partir dos anos 2000, observaram-se esforços no sentido de avaliar a Atenção Básica à Saúde em seus diversos aspectos.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde a Atenção Básica tem como fundamentos:

- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;
- Estimular a participação popular e o controle social.

Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do

idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs.

Para o processo de pactuação da atenção básica será realizado e firmado o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, tomando como objeto as metas anuais a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde acordados. O processo de pactuação da Atenção Básica seguirá regulamentação específica do Pacto de Gestão. Os gestores poderão acordar nas CIBs indicadores estaduais de Atenção Básica a serem acompanhados em seus respectivos territórios.

A estratégia utilizada pelo Programa Saúde da Família (PSF) visa a reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, nesse, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios.

Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social.

As ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompa os muros das unidades de saúde e enraíze-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam.

Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados.

Acercas desses aspectos, o Ministério da Saúde reafirma positivamente os valores que fundamentam as ações do PSF, entendendo-o como uma proposta substitutiva com dimensões técnica, política e administrativa inovadora.

O PSF não é uma estratégia desenvolvida para atenção exclusiva ao grupo mulher e criança, haja vista que se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde.

Outro equívoco – que merece negativa – é a identificação do PSF como um sistema de saúde pobre para os pobres, com utilização de baixa tecnologia. Tal assertiva não procede, pois o Programa deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes.

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

- Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atua;
- Atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde doença da população;
- Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias;
- Ser um espaço de construção de cidadania.

Atenção ou os cuidados primários de saúde, como entende hoje, constituem um conjunto integrado de ações básicas, articulado a um sistema de promoção e assistência integral à saúde.

4.3.2 Atenção Básica no Município de Santa Quitéria:

Município-UF:

SANTA QUITERIA DO MARANHAO/MA cidade da região Leste Maranhense, distante 350 km de São Luís. Teve sua emancipação política em 1935, está a 36m de altitude e em 2007 o IBGE estima a sua população em 28.341 habitantes. O Município de Santa Quitéria do Maranhão possui 2.112,890 km, densidade demográfica de 15,4bab/km encontra-se a margem da MA 034.O sistema

<p>de saúde é composto por 08 equipes de Saúde da Família, 04 Saúde Bucal e 92 Agentes comunitário, Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violência Promoção da Saúde e Cultura de Paz .</p>
<p>Entidade: PREF MUN SANTA QUITERIA DO MARANHAO</p> <p>CNPJ: 06.232.615/0001-20</p>
<p>População: 32.633</p> <p>IBGE: 211010</p> <p>Bloco: ATENÇÃO BÁSICA</p>
<p>Componente: PISO DA ATENÇÃO BÁSICA - PAB FIXO</p>
<p>Bloco: VIGILÂNCIA EM SAÚDE</p> <p>Componente: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL EM SAÚDE</p> <p>Ação/Serviço/Estratégia: TETO FINANCEIRO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - TFVS (EX-TFECED)</p> <p>VIGILÂNCIA SANITÁRIA</p> <p>Ação/Serviço/Estratégia: AÇÕES ESTRUTURANTES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA</p>
<p>ATENÇÃO PRIMÁRIA: 8 EQUIPES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 1 EQUIPE PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE 4 EQUIPES DE SAÚDE BUCAL , 94 ACS, NASF</p>
<p>Modelo Assistencial: 1 HOSPITAL DE MÉDIO PORTE COM 40 LEITOS, Urgência e emergência ,Rx, fisioterapia, laboratório de Análises clínicas</p>

Com base na pesquisa sobre o sistema de atenção básica de saúde do município, esta disciplina contribuiu para melhorar a minha formação profissional, no sentido de melhorar a prática e qualificar melhor o atendimento ao usuário do sistema de saúde da unidade básica de saúde do Passarada

4.4 Disciplina 04 – Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde

O diagnóstico situacional e o planejamento estratégico são instrumentos de grande importância para a equipe para que ela possa executar e monitorar as ações de vigilância em saúde. Esse planejamento deve superar o modelo assistencial, com a inclusão da equipe multidisciplinar e da família com foco na atenção básica.

O desafio relativo à implementação do SUS exige a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde de nossas comunidades e a definição de intervenções eficientes e eficazes. E esta disciplina mostrou que o Planejamento é a melhor ferramenta, objetivando a discussão do processo de planejamento em a saúde, que vai desde a identificação dos problemas até a elaboração de um plano de ação capaz de intervir na realidade, propondo mudanças e reorganizando, quando necessário, o processo de trabalho da equipe de saúde da família.

Segundo Matus: “o plano é um produto momentâneo de um processo de planejamento.” Funciona como um instrumento para, em determinados momentos, permitir o compartilhamento e ou a negociação dos projetos elaborados. O plano nunca está acabado, mas está sempre pronto para orientar a ação da equipe que planeja. Assim, durante a disciplina foi sugerido formar grupos para planejamento das ações vivenciadas. A construção do plano de ação na realidade foi uma vivência da realidade da minha equipe, e foi elaborado para solucionar a problemática da falta das puerperas nas consultas puerperais.

1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

1.1. Título

Estudo dos fatores para identificação do baixo número de consultas puerperais no município de São Santa Quiéria-Ma .

1. .2 Apresentação da proposta

Essa proposta consiste em dois pontos:

- a) primeiro, conscientizar as equipes cuidadoras que atuam nesse município em

destaque, a respeito da necessidade de esses profissionais criarem estratégias que levem as puérperas a fazerem suas consultas puerperais. As ações desse plano deverão estar direcionadas para essas equipes no sentido de que elas conciliem valores e ações para o resgate da prática humanizadora no atendimento à puérpera, considerado instrumento e objetivo norteador das ações na saúde pública;

- b) a segunda proposta é dirigida à puérpera. Para essa, pretende-se que as ações desse plano, quando executadas, as orientem quanto à sua prática materna, principalmente, para as puérperas ainda inexperientes. Também abrange essa proposta informar essas mães sobre os benefícios da consulta puerperal, demonstrando a prevenção da mesma contra possíveis problemas decorridos do parto; prática do planejamento familiar, considerando-se a puérpera, o recém-nascido como sujeito desse planejamento e prática da saúde materna.

Nesse sentido, julga-se tal proposta aplicada nos formatos direto e indireto, considerados os sujeitos envolvidos e a prática de ação implementada que contará com o apoio de todos os profissionais envolvidos nas UBSF desses municípios e será implementado de forma conjunta, obedecendo-se os critérios necessários à aplicação de um projeto, quais sejam: definição do problema, dos objetivos a serem alcançados e das metas; avaliação em etapas e apreciação, durante a prática avaliadora, dos resultados adquiridos com a implementação do Plano de ação.

JUSTIFICATIVA

Justifica-se esse Plano mediante o baixo índice de puérperas constatado na consulta puerperal nesse segundo semestre de 2010, no município de São Bernardo-MA.

Considera-se que como fator motivador para as ações que serão implementadas a de fomentar nesse Plano de ação, a principal estratégia do Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento, assegurando tanto à puérpera a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (SERRUYA, 2004).

Evidencia-se que a realidade das puérperas encontradas nesses municípios segue uma definição também vista em âmbito nacional e que emerge, dentre outras condições, da necessidade de que essas mulheres puérperas tenham satisfeitas suas necessidades de acompanhamento em relação a sua saúde e a do recém-nascido, de prevenção e controle contra doenças oriundas do parto ou puerpério (SOUZA, 2007) e de que as ações desenvolvidas pela equipe cuidadora extrapolem as práticas técnico-assistenciais em saúde (SOARES; VARELA, 2007).

Considera-se que um plano de ação possibilitará uma melhor organização da equipe cuidadora em não somente visualizar as causas do problema ora apresentado – baixa frequência

da puérperas nas consultas puerperais, mas de planejar ações viáveis na intenção de pormenorizar, senão conter tais esse problemas.

OBJETIVOS

- a) Conhecer os fatores que podem estar contribuindo para o não comparecimento das puérperas na consulta puerperal;
- b) Caracterizar o perfil sócio-econômico e obstétrico das puérperas;
- c) Levantar opinião dos profissionais de saúde a respeito do baixo índice na consulta puerperal nos municípios em destaque;
- d) Definir ações de conscientização para as equipes das UBSF de Santa Quitéria-MA.

META

Aumentar o número de consultas puerperais em 95% no município de Santa Quitéria-MA.

METODOLOGIA

O presente projeto foi aplicado através de questionário com as puérperas que utilizam os serviços das Unidades Básicas de Saúde da Família no Município de Santa Quitéria-Maranhão.

A captação destas mulheres para o acompanhamento do puerpério é feito pela marcação de consulta no final do pré-natal, agendada pela enfermeira para aproximadamente 10 a 15 dias após o parto.

IMPACTOS GERADOS

Redução no número de gravidez para o espaço de 2 (dois) anos.

4.4.1 Justificativa do plano de ação para solucionar a falta das puerperas às consultas puerperais

Souza (2008) cita a consulta puerperal como um importante momento da saúde da mulher.

O baixo número de consultas puerperais visualizada no município de Santa Quitéria-MA no segundo semestre de 2010, reduzido em até 50% do total esperado,

surge, dialeticamente, como relação de causa e efeito, identificando-se tal ocorrência como resultada da ausência de estratégias da equipe cuidadora.

É notório que o acompanhamento dessas puérperas resulta na aquisição de benefícios para a mesma, para a equipe cuidadora e para o município. Trata-se, a princípio, da saúde materna definida como “a maternidade segura, que abrange para além da morbi-mortalidade materna, a promoção da saúde e da qualidade de vida da mulher, como também a melhoria nos serviços, em particular, na atenção primária, enfocando as demandas das mulheres [...] (CUBAS et al, 2008, p. 176)”. No segundo ponto, destacam-se a equipe e o município, que são beneficiados por se auto possibilitarem, com a normalidade nesses atendimentos, uma melhor articulação nas atividades diárias de acompanhamento das puérperas e por melhor subsidiar sua prática ao mesmo tempo em que beneficiam o município quanto a não perda de recursos, resultados dessas não consultas. Justifica-se que é estipulado como norma de funcionamento do Programa de Humanização do Pré-natal a perda desses recursos quando o número de atendimentos previsto no município não é alcançado.

Justifica-se esse Plano mediante o baixo índice de puérperas constatado na consulta puerperal nesse segundo semestre de 2010, no município de São Bernardo-MA.

Considera-se que como fator motivador para as ações que serão implementadas a de fomentar nesse Plano de ação, a principal estratégia do Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento, assegurando tanto à puérpera a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (SERRUYA, 2004).

Evidencia-se que a realidade das puérperas encontradas nesses municípios segue uma definição também vista em âmbito nacional e que emerge, dentre outras condições, da necessidade de que essas mulheres puérperas tenham satisfeitas suas necessidades de acompanhamento em relação a sua saúde e a do recém-nascido, de prevenção e controle contra doenças oriundas do parto ou puerpério (SOUZA, 2007) e de que as ações desenvolvidas pela equipe cuidadora extrapolem as práticas técnico-assistenciais em saúde (SOARES; VARELA, 2007).

Considera-se que o plano de ação possibilitará uma melhor organização da equipe cuidadora em não somente visualizar as causas do problema ora apresentado – baixa frequência da puérperas nas consultas puerperais - mas de planejar ações viáveis na intenção de pormenorizar e conter tais problemas.

4.5 Disciplina 05 – Tecnologia para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade: práticas pedagógicas em atenção básica à saúde

No nosso país há críticas de que as práticas educativas são instrumentos fracassados, de dominação da população devido às características autoritária e coercitiva, e que são tomadas atitudes paternalistas para captar os indivíduos Paulo Freire (ano) rotulou este processo de instrumento de opressão, já que ele molda a visão e atitudes dos outros, e mantém os pobres no seu lugar original.

Para atender ao modelo produção social da saúde, as práticas educativas dominantes no sistema de saúde devem sofrer mudança. A educação em saúde deve objetivar a socialização do saber científico e o reconhecimento social do saber popular; e não consistirá em um fluxo unidirecional de conhecimentos e conceitos. Sendo assim, a abordagem de educação em saúde como forma de intervenção sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença parte de atividades que visem a conscientização dos indivíduos para ações de cidadania. Portanto, para que ocorra mudança das condições de saúde, é necessário que ocorram mudanças estruturais da sociedade.

Infelizmente, as ações inovadoras de sistemas de saúde enfatizando prevenção e promoções de saúde são embrionárias e isoladas. Com vistas às mudanças necessárias para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando o papel da educação das pessoas como agente capaz de transformar a realidade e como componente indispensável para a promoção de saúde, faz-se necessária qualificação de recursos humanos, a responsabilidade para com a sociedade e conscientização de que as profissões de saúde não são mais tão-somente uma ciência, uma arte e uma profissão (meio de vida). O profissional de saúde é agente modificador e até gerador de valores sociais e tem influência política na comunidade em que vive, responsabilidade para com a saúde individual e também com a saúde coletiva.,

Apesar de a educação em saúde ter sido considerada como parte do trabalho de profissionais de saúde, muitas vezes o processo de educação limita-se a dizer aos pacientes o que eles deveriam fazer, em lugar de conferir-lhes autoridade para tomar suas próprias decisões.

A abordagem restritiva e impositiva não resulta em mudanças de comportamentos desejáveis. Esta abordagem é predominante nos serviços, nos quais a prática educativa de saúde é oferecida pelos profissionais através de programas educativos e preventivos, em que os profissionais são os provedores, e os pacientes, os beneficiários. Isto faz com que a prática educativa em saúde funcione como instrumento de dominação da população. A

abordagem educativa sócio ambiental proposta pelo modelo de produção social da saúde considera os determinantes sociais da saúde. O trabalho passa a ser com as pessoas, em vez de ser sobre as pessoas, buscando a participação comunitária e considerando o contexto político e econômico, favorecendo ambientes para transformação. O processo educacional deve ser participativo, com análise crítica das realidades. Esse enfoque muda a atitude do profissional, que passa a ser o apoio a uma comunidade mais participativa, contribuindo para a superação da exclusão social. Diante deste fato, faz-se necessário promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde.

4.6 Disciplina 06 – Saúde da Mulher

4.6.1 Conhecimento da realidade feminina local de Passarada

Distribuição por faixa etária (SIAB- Município de Santa Quitéria – MA)

10-14: 773

15-19: 548

20-39: 2033

40-49: 609

50-59: 449

>60: 594

- Naturalidade (nasceram no município ou são originárias de outra localidade) 90% é do município. Sendo que vinda da Zona rural é de 40%.
- Estratégias de sobrevivência (fonte de recursos): bolsa família, lavoura, domestica professoras
- Condição de chefe de família: A maiorias são chefes de família, ou seja, sustentam a sua família
- Principais ocupações (que fazem para se manter): lavoura e trabalho em casa de famílias
- Remuneração por seu trabalho: Menos que 1 salário mínimo

A partir desta análise pode-se constatar que este ciclo que parece não findar-se diante da repetição da condição da mulher através de várias gerações, pode ser modificado se houver a conscientização crítica da sociedade em relação a essa mulher.

4.6.2 Necessidade da prestação de assistência à gestante

A gestação é um processo fisiológico e natural da mulher, contudo durante essa fase, a mulher apresenta uma série de modificações físicas e psíquicas que exigem da equipe multiprofissional melhor capacitação para atuar e acompanhar a gestante, principalmente se esta apresentar alguma complicação.

As medidas preventivas adotadas durante o ciclo gravídico puerperal são de fundamental importância para se garantir um bom prognóstico materno-fetal. Podem ser implementadas durante a consulta pré-natal e na hospitalização dessas pacientes e devem ser desenvolvidas por uma equipe multiprofissional que, através de um processo de trabalho integrado e participação de cada elemento com o seu conhecimento e competência, procuram melhorar a saúde da gestante.

4.6.3 Apresentação de dados coletados junto à ESF Passarada e no município de Santa Quitéria:

1. Que ações relacionadas com a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama sua equipe desenvolve?

O exame Papanicolau e o auto-exame da mama

2. Qual é a cobertura (mulheres atingidas) feita pelas atividades de rastreamento de câncer de mama e cérvico-uterino promovidas pela sua equipe?

198 mulheres ano/16 mensal/ 4 semanas

3. Qual a prevalência das lesões precursoras entre as mulheres diagnosticadas?

Inexistente

4. Qual a qualidade da coleta dos exames realizados pela sua equipe de Saúde da Família (SF) – adequabilidade e monitoramento externo?

A equipe realiza os exames, porém a maior dificuldade está nos resultados.

5. Qual o número de exames disponíveis e/ou pactuados pelo seu município (citologia oncológica, mamografia, ultra-sonografia, etc.)?

Em média são realizados 150 exames citológicos mensais

6. Como é o fluxo de referência para os exames de colposcopia, mamografia, PAF, biópsias do colo uterino e de nódulos mamários?

São referenciadas para a macro com maior resolutividade

7. Qual o percentual de mulheres que estão sendo tratadas/acompanhadas?

3%

8. Quais estratégias são utilizadas para a busca ativa de mulheres que estão sem cobertura da atividade?

SISCOLO - encaminha para as equipes as buscas ativas e são feitas através de visitas domiciliares

9. Como é feito o sistema de monitoramento para que todas as mulheres sejam avaliadas com a periodicidade necessária?

SISCOLO

10. Como são avaliadas as atividades de prevenção de câncer cérvico-uterino e de mama desenvolvidas pela sua equipe de SF no município?

Pelo numero de atendimentos mês

A maior dificuldade é o retorno desses resultados, pois assim como qualquer outro os exames são analisados pelos laboratórios escolhidos pelo estado, e como a demanda é grande os resultados demoram chegar, levando a mulher a desistir de realizar o exame.

4.6.4 Promoção e proteção da saúde das mulheres que se encontram em situação de violência.

Os profissionais de saúde podem ajudar a resolver o problema da violência contra as mulheres aprendendo a fazer perguntas apropriadas sobre o assunto, aprendendo a melhor detectar os sinais que identificam as vítimas da violência doméstica ou do abuso sexual, e ajudando as mulheres a se protegerem criando um plano de proteção pessoal. Todos podem fazer algo para estimular os relacionamentos não violentos.

Os profissionais de saúde podem ajudar as mulheres a se protegerem da violência doméstica, mesmo que não estejam ainda prontas para abandonar o lar ou de disponham a informar às autoridades sobre os parceiros abusivos. Quando as pacientes têm um plano de proteção pessoal, elas têm mais condições de lidar com as situações violentas. Os profissionais de saúde podem discutir os seguintes pontos com cada mulher, ajudando-a a preparar seu próprio plano de proteção pessoal.

4.6.4.1 Como estimular relacionamentos não violentos onde quer que atue

Todos podem fazer alguma coisa para promover relacionamentos não violentos.

Os profissionais da área de saúde podem:

- Manter-se informados sobre o abuso físico, sexual e emocional e discutir abertamente seus próprios preconceitos, medos e opiniões tendenciosas.
- Oferecer um atendimento às vítimas da violência que lhes ofereça apoio e não crítica.
- Inquirir as clientes sobre o abuso de forma simpática e delicada.

Os líderes dos programas de saúde reprodutiva podem:

- Estabelecer diretrizes e procedimentos para perguntar às clientes sobre o abuso.
- Estabelecer protocolos que indiquem claramente o atendimento e/ou encaminhamento apropriado às vítimas de abuso.
- Promover o acesso à contracepção de emergência.
- Oferecer o uso das instalações às mulheres que desejam organizar grupos de suporte e fazer reuniões.

Os líderes comunitários e religiosos podem:

- Pedir a compreensão, compaixão e preocupação pelas vítimas de violência.
- Questionar as interpretações religiosas que justificam a violência e o abuso das mulheres.
- Colocar as igrejas e casas de oração disponíveis como refúgios temporários para as mulheres em crise.
- Oferecer orientação emocional e espiritual para as vítimas do abuso.
- Apoiar os esforços das vítimas do abuso para abandonar relacionamentos que as colocam em risco.
- Incluir discussões sobre relacionamentos saudáveis e alternativas à violência nos programas de educação religiosa.

Os meios de comunicação de massa podem:

- Respeitar a privacidade das vítimas de estupro não publicando seus nomes sem sua permissão.
- Evitar sensacionalizar os casos de violência contra as mulheres; colocar os eventos em seu próprio contexto e usá-los como uma oportunidade para informar e educar.
- Oferecer a transmissão ou publicação gratuita de mensagens sobre a violência de gênero e anúncios dos serviços relacionados que estão disponíveis.
- Reduzir a veiculação de violência pela televisão.
- Desenvolver programas de rádio e televisão mais responsáveis socialmente, sobretudo os que mostrem relacionamentos igualitários e não violentos entre homens e mulheres.
- Criar programas que gerem um diálogo público sobre a coerção sexual, o estupro e o abuso físico.
- Evitar as brigas ou discussões na frente dos filhos.
- Ensinar os filhos a respeitar o próximo e a si mesmo.
- Estimular a saúde, segurança e o desenvolvimento intelectual de suas filhas e filhos e a sua auto-estima.
- Evitar espancar os filhos e usar, ao invés, formas não violentas de disciplina.
- Ensinar aos filhos formas não violentas para resolver conflitos.
- Discutir com os filhos as questões do sexo, amor e relações pessoais; enfatizar que o sexo deve ser sempre consensual.

4.7 Disciplinas 07 – Interdisciplinaridade, Bioética e Abordagem Integral dos Processos de Saúde .

A Interdisciplinaridade não é uma nova proposta, são estilos de pensamento particulares fundamentando idéias e conceitos específicos em um olhar especializado acerca de um conjunto de regras para a abordagem e resolução de um problema ,baseado numa formação específica e diferenciada com marco conceitual identificado, construindo, assim ,fatos novos diante de dilemas já conhecidos.

De acordo com Vilela, Mendes (2003) historicamente, a concepção de um saber particularizado esteve presente em diferentes culturas, tais como na dos povos primitivos, chineses, indiana e grega.

A interdisciplinaridade não apresenta um sentido único e imutável ,devendo –se atribuí-la um sentido de postura .Tem sido considerada uma relação de reciprocidade ,de mutualidade ,que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do

conhecimento ,ou seja, é a substituição de uma fragmentária unitária do ser humano (Torres Santonie,1998;Villela,**Mendes, 2003**).

Na ótica de sua definição, a interdisciplinaridade pressupõe uma abordagem em que duas ou mais disciplinas intencionalmente estabelecem nexos e vínculos entre si para alcançar um conhecimento mais abrangente, ao mesmo tempo diversificado e unificado, verificando-se nesses casos a busca de um entendimento comum e o envolvimento direto dos interlocutores (Sommerman, 2006), o que nos remete imediatamente ao conceito de trabalho em equipe multidisciplinar, base da atuação na ESF.

A prática na ESF, entretanto, nos leva a uma realidade muitas vezes diferente, em que o trabalho em equipe se assemelha mais do que se pode considerar como sendo pluridisciplinaridade, já que os saberes profissionais dos integrantes das equipes não se associam, limitando-se aos conhecimentos adquiridos durante a vida acadêmica (Santos, Cutolo 2003).

Santos, Cutolo (2003) acredita que durante a formação acadêmica cria-se certo “individualismo profissional” onde este acaba por interagir menos com os demais sujeitos. Nesse contexto, podem-se formar profissionais da saúde sem um espaço comum de comunicação que possibilite a troca de saberes e a ação coordenada para atingir um objetivo.

A interdisciplinaridade em saúde constitui-se como elemento fundamental para que ocorra uma mudança significativa dos paradigmas tradicionais norteadores da formação dos profissionais de saúde os quais baseavam-se no modelo organicista e tecnicista, centrado na fragmentação dos saberes. Com essa mudança de concepção, acredita-se na melhor compreensão dos profissionais de saúde sobre os parâmetros que norteiam a política de saúde do SUS tais como a integralidade à saúde, a participação popular e a descentralização da gestão (de Oliveira, 2007).

O conceito de integralidade relacionada à organização dos serviços e das práticas encontra-se associada à necessidade de horizontalização dos programas de saúde. A política de saúde no Brasil tem sido caracterizada pela verticalização destas ações. As respostas governamentais aos problemas de saúde, assim como as próprias doenças a serem incluídas na agenda governamental, tradicionalmente eram fundamentadas pelo saber técnico, particularmente pelo saber produzido pela saúde pública. Nesse sentido, estas respostas, que assumiam a forma de programas especiais de saúde pública, caracterizavam-se pela centralização de sua formulação, pela verticalização de sua implementação e por um caráter autoritário.

4.7.1 Integralidade atuando em uma universalidade de diferenças entre famílias

O acolhimento entra na perspectiva de ser proporcionar um atendimento que garanta o acesso e o direito aos serviços necessários para promoção da saúde, envolvendo também atenção especial aos anseios e expectativas sobre os problemas de saúde que o usuário geralmente vivencia, oferece resposta de ânimo e de resolutividade a seu problema, resolvendo com efetividade suas dificuldades relacionadas à sua saúde. O compromisso para com o problema de saúde vai além do atendimento, pois no relacionamento com outra pessoa ocorre um elo de ligação entre o usuário e o profissional (Solla, Teixeira, 2006).

Além de organizar a linha do cuidado, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, define-se que a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) ou a ESF, que tem responsabilidades sobre o cuidado, é quem deve ser gestor do projeto terapêutico e, portanto deverá acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, assim como a “contratransferência” para que o vínculo continue com a equipe básica, que tem a missão de dar continuidade aos cuidados ao usuário (Franco, Magalhães Júnior, 2004).

Ao longo de estudo desta disciplina podemos observar que o acolhimento, é essencial para um atendimento de qualidade. Para a equipe onde eu atua temos tentando melhorar o atendimento .

4.7.2 Bioética

Para Fortes, Zoboli (2006), a aplicação da ética na saúde ocupa lugar de destaque no conjunto das reflexões éticas, pois enfoca questões relacionadas à manutenção e à qualidade de vida das pessoas. Tem se considerado que a ética da saúde está profundamente enraizada no terreno dos direitos humanos, pois a vida é o primeiro dos direitos. Da mesma forma, bioética é considerada a parte da ética, ramo da filosofia, que enfoca as questões referentes à vida humana, incluindo saúde e morte. É a análise e o estudo do limite entre a ciência e a ética. Por sua vez, ética é uma palavra originada do grego “ethos”, significando o modo de ser, o caráter (Pessini, Barchifontaine 2002).

A importância do consentimento o informado mostra a importância que devemos ter diante da ética . Além disso, a melhoria da relação entre o médico e o paciente além de apresentar efeitos positivos no tratamento da doença e na satisfação do usuário, também influencia decisivamente na qualidade do serviço prestado, considerando-se que a qualidade do relacionamento consistiu-se como fator decisivo e

essencial para o sucesso da prática médica e boa parte do descrédito e do distanciamento do doente pode ser creditado à insuficiência na formação proporcionada pelas escolas, que não valorizam de forma adequada a comunicação interpessoal no exercício profissional da medicina (Nassar, 2011).

De acordo com Nahur (2011), tanto a Bioética quanto o Biodireito compartilham a articulação de saberes teóricos e práticos. E a interdisciplinaridade torna-se mesmo o eixo dessa articulação, haja vista que ela é parte integrante dos marcos conceituais de uma e de outra. Logo as preocupações que tocam o universo da Bioética e do Biodireito, enquanto envolvem o bem da vida, já não podem mais ser tratadas de modo desarticulado e unidimensional. Ao contrário, são questões que reclamam saberes que devem buscar uma visão respeitosa, solidária e corresponsável sobre tudo aquilo que está a desafiar a própria capacidade humana de pensar princípios e elaborar regras que orientam um agir consciente nesses tempos em que as possibilidades de interferência nos domínios da vida ganham proporções inimagináveis.

Ao término desta disciplina vimos que todos esse são pontos importantes e essenciais para a Equipe saúde da Família, para que esta atue com eficiência e qualidade no atendimento a sua comunidade.

4.9 Disciplinas 09 – Saúde Ambiental, Acidentes Naturais, Artificiais e os Riscos para a Saúde da Família.

Muitas lacunas na saúde ambiental poderiam ser preenchidas se existisse uma maior aproximação com a saúde do trabalhador. Na literatura científica sobre saúde ambiental, com honrosas exceções, pouco se fala sobre a saúde dos trabalhadores e uma possível articulação entre as áreas, embora os dois setores sejam institucionalmente muito próximos no âmbito do Ministério da Saúde.

A atual crise ambiental conseqüente aos processos de produção e consumo e sua influência negativa sobre a saúde dos ecossistemas e a humana tem intensificado as discussões e a percepção pública sobre o tema (PORTO, 2005). A saúde dos trabalhadores é muito afetada, pois estes convivem no cerne da transformação da natureza em bens de consumo para a sociedade moderna. A ligação entre ambientes de trabalho, meio ambiente natural e saúde humana é inevitável, e esta relação pode ser confirmada por inúmeros exemplos, como os prejuízos à saúde causados por contaminantes ambientais como as dioxinas, pesticidas e radiação (GIRALDO, 2003). Estes elementos e muitos outros riscos estão presentes no cotidiano de grande parcela dos trabalhadores em

todo o mundo. O perfil dos agentes danosos à saúde que mais geram preocupação está mudando gradativamente. Os contaminantes ambientais (gerados em sua maioria pelos processos de transformação dos recursos naturais pelo trabalho) e suas consequências ocupam um espaço maior na atenção dos sistemas de saúde, ao lado dos agentes infecciosos (HARRISSON, 2000).

Ao se investigar quais os fatores no meio ambiente que interferem na saúde das populações, é impossível não se deparar com a influência das atividades produtivas. Os que primeiro refletem alterações na saúde são os trabalhadores, suas respectivas famílias e o meio ambiente, que recebe os dejetos da produção, lançados na maioria das vezes de forma irrefletida e irresponsável. Portanto, não se deve polarizar as questões do trabalho e as ambientais; deve-se aceitar a óbvia articulação entre as duas áreas para que se possa trabalhar pela defesa da democracia, justiça social e sustentabilidade (PORTO, 2005).

A urgência em se intervir nos processos no ambiente e trabalho que interferem na saúde humana exige, por sua complexidade, uma abordagem diferente para a ação; esperar que os métodos tradicionais do conhecimento científico dêem conta da situação seria no mínimo irresponsável; é necessário, portanto, se guiar sempre pelo Princípio da Precaução. A aproximação entre a Saúde do Trabalhador e a Saúde Ambiental é um campo promissor como espaço de resolução de problemas gerados para a saúde (RIGOTTO, 2003).

Apesar de as raízes do SUS serem de natureza sistêmica, ainda é muito difícil concretizar esse fato em direção à transdisciplinaridade, equidade e participação. A maior dificuldade é o conflito entre setores dentro da própria saúde, que apesar do discurso, ainda funcionam com uma lógica assistencialista. Os esforços no sentido de integrar os setores de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador por meio de abordagens ecossistêmicas podem servir como uma via de mão dupla: tanto para atingir o objetivo de integração entre os dois setores, como para contribuir para a construção do arcabouço teórico e metodológico das abordagens ecossistêmicas, que ainda não está totalmente consolidado. A semelhança entre os princípios das abordagens ecossistêmicas e dos preceitos do sistema brasileiro de saúde permitiria esta relação; a demanda e esforços existem, o que indica que se está a caminho para alcançar o objetivo de ação integrada entre saúde do trabalhador e ambiental.

4.10 Disciplinas 10 – Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal

4.10.1 Realidade da saúde bucal no Brasil

A proporção de crianças com 12 anos livres de cáries no Brasil aumentou de 31% para 44% nos últimos sete anos, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010) divulgada pelo Ministério da Saúde, em Brasília. Mas, embora os resultados indiquem melhora na saúde bucal das crianças, os resultados mostram que a saúde bucal dos idosos continua sendo um desafio para o governo.

Em adultos, a queda foi de 19% na faixa etária entre 35 e 44 anos. Em relação a 2003, essa parcela da população apresentou queda de 30% no número de dentes cariados, queda de 45% no número de dentes perdidos por cárie, além do aumento de 70% no número de dentes tratados.

O estudo revela que o Brasil passou a integrar o grupo de países com baixa prevalência de cáries. Para estar neste grupo, o indicador CPO deve estar entre 1,2 e 2,6, segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde. Em 2003, o país tinha índice de 2,8, passando, atualmente, para 2,1 — melhor que a média dos países das Américas. Para o Ministério, o novo cenário é reflexo direto da implantação do programa Brasil Sorridente, em 2003.

O levantamento mostra que, atualmente, mais de 3 milhões de brasileiros com 65 anos ou mais precisam de próteses completas e 4 milhões precisam de próteses parciais. “Temos uma herança no Brasil de descaso com a saúde bucal que se reflete na faixa etária dos idosos”, comentou o Ministro da Saúde José Gomes Temporão durante a apresentação da pesquisa. Ele acrescentou que os laboratórios públicos só têm a capacidade de produzir cerca de 500 mil próteses por ano.

Segundo o ministro, o investimento no Brasil Sorridente aumentou de R\$ 56 milhões, em 2003, para R\$ 600 milhões em 2010, o que demonstra a prioridade dada à saúde bucal pela gestão do presidente Lula. “É uma política que tem implicações profundas do ponto de vista funcional, estético e social e, até este governo, era visto de maneira secundária”, disse. “Uma coisa que incomodava muito nosso presidente era por que a saúde pública se preocupa tanto com o orifício por onde a comida sai e tão pouco por onde a comida entra.”

A SB Brasil 2010 foi feita em 177 municípios (26 capitais e Distrito Federal) e contou com 38 mil pessoas de todas as regiões do país.

De acordo com o IBGE, a faixa de pessoas com sessenta anos ou mais, em 1960, era responsável por 4,8% do total da população brasileira. Em 1980, esse número passou

para 6,2% e em 1999 atingiu 8,7%. Mantidas as tendências atuais, a projeção para 2025 é de que a proporção de idosos no país esteja em torno de 15%. Embora esse percentual seja inferior à média dos países europeus (25%), coloca para o Brasil a problemática decorrente do envelhecimento, no que diz respeito à saúde (doenças crônicas requerendo cuidados continuados e custosos), agravada pelo fato de que problemas como a desnutrição e doenças infecciosas ainda persistem no país (Ramos et al., 1987).

A saúde bucal tem sido relegada ao esquecimento, no caso brasileiro, quando se discutem as condições de saúde da população idosa. A perda total de dentes (edentulismo) ainda é aceita pela sociedade como algo normal e natural com o avanço da idade, e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde, destinadas principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas (Pucca Jr., 2000; Rosa et al., 1992).

Nos últimos cinquenta anos, a Odontologia dedicou seus estudos principalmente a descobertas na prevenção e no tratamento da cárie em crianças de até 12 anos. Foram implantados projetos incrementando a fluoroterapia e as atividades de educação em saúde bucal (Parajara & Guzzo, 2000; Pinto, 2000). Porém, os resultados deste investimento ainda não têm seus reflexos na população idosa, que está longe de atingir a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano 2000, em que na faixa etária de 65-74 anos, 50% das pessoas deveriam apresentar pelo menos vinte dentes em condições funcionais (FDI, 1982). Se não forem adotadas medidas que dêem continuidade a esse trabalho preventivo, o quadro de saúde bucal dessas pessoas talvez não apresente melhoras consideráveis com o passar do tempo.

No *Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal*, realizado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1986, um dos grupos não examinados foi aquele com idade acima de 60 anos, incluindo apenas o grupo de pessoas com 50-59 anos. O índice CPOD, que indica o número de dentes permanentes cariados, perdidos (extraídos e com extração indicada) e restaurados, foi de 27,2 para essa faixa etária, com 86% de participação dos dentes extraídos, já sugerindo as péssimas condições em que se encontravam as pessoas com mais de sessenta anos (MS, 1988).

O elevado número de dentes extraídos, encontrado neste levantamento e em outros estudos, evidencia a inexistência de tratamento restaurador ao alcance da maioria da população. Outro fator a ser considerado é a inexistência de medidas eficazes que impeçam a recidiva da cárie na população, fazendo com que haja sempre o surgimento de

novas necessidades, que nunca se esgotarão enquanto for mantido o modelo atual de atenção à doença (Fernandes et al., 1997).

Os serviços públicos, incapazes de limitar os danos causados pela cárie por ausência de programas preventivos, realizam extrações em massa e disponibiliza a população idosa apenas atendimento emergencial, fazendo com que suas necessidades de tratamento se acumulem, atingindo níveis altíssimos. Com isso, há grande demanda de tratamentos protéticos, que não são oferecidos à população nem nos serviços públicos, nem nos consultórios particulares, por custos mais acessíveis (Fernandes et al., 1997).

De 1986 até os dias de hoje, o crescimento do número de idosos não foi acompanhado pelo aumento da quantidade de pesquisas que forneçam um diagnóstico preciso das condições de saúde bucal dos mesmos. Nos países mais desenvolvidos, parece haver uma preocupação maior com a saúde dos idosos, que pode ser observada pela existência de programas preventivos destinados à essa população, e pelas melhores condições de saúde bucal em que se encontram esses idosos (Ettinger, 1993; Strayer, 1993).

4.10.2 Precariedade da situação de saúde bucal dos idosos institucionalizados na cidade de Fortaleza, Ceará.

Em 2004, foi realizado um levantamento epidemiológico em Saúde Bucal no Estado do Ceará, doravante mencionado como SB-Ceará seguindo as orientações do levantamento nacional, o SB BRASIL 2003. Os dados obtidos de 19 municípios foram agregados aos dos cinco já existentes, compondo uma amostra final de 24 municípios os quais representam o estado do Ceará. O CPO-D médio para a faixa etária de 65 a 74 anos foi de 28, 35, logo maior que a média nacional, mostrando uma realidade que exigirá grandes desafios das instituições de saúde e seus profissionais para melhorar o quadro epidemiológico da saúde bucal no Ceará (CEARÁ, 2004).

Da população-alvo, 160 (95,2%) idosos foram incluídos no estudo. Oito internos não aceitaram participar do estudo. Dos participantes, 81 (50,6%) eram do sexo masculino e 79 (49,4%) do sexo feminino. A média de idade foi de 76,6 anos. Dentre os idosos pesquisados, 38,8% eram solteiros, 40,6% eram analfabetos e 91,3% eram aposentados. A média de tempo de institucionalização foi de 8,2 anos (amplitude de 1 mês a 49,9 anos). O índice CPO-D médio foi de 29, 73, onde o maior componente foi dente perdido com índice de 28,41. Em relação ao edentulismo, 93 (58,1%)

idosos eram edêntulos. A média de dentes hígidos foi de apenas 2,27 e 24 idosos apresentavam cárie radicular dos 56 com raízes expostas. Quanto à condição periodontal, 87,8% dos sextantes eram excluídos e dos 117 sextantes presentes 83,8% destes apresentaram cálculo dentário. Com relação ao uso e necessidade de prótese, 48,75% dos idosos usavam algum tipo de prótese, 84,37% e 88,75% necessitavam de prótese superior e inferior respectivamente.

4.10.3 A realidade do município de Santa Quitéria do Maranhão

A equipe Saúde da família do bairro Passarada, do município de Santa Quitéria do Maranhão, possui uma equipe saúde Bucal com atuação diária, desenvolvendo atividades específicas da atenção preconizada pelo ministério da saúde. Apesar de não ter uma ação voltada especificamente para as crianças e gestantes saúde bucal na minha ESF, tem um consultório odontológico bem estruturado, um profissional competente, realizando todos os procedimentos com a população da minha área. O que falta é definir atendimento de grupos tais como: hipertensos, diabéticos, crianças e gestantes. Diariamente são realizados atendimentos para todos os grupos. São realizados procedimentos de exodontia, extração, aplicação de flúor, palestras educativas na unidade e na escola do bairro.

No município de Santa Quitéria, a situação não é diferente dos demais estados do Brasil. A maioria da população idosa já extraiu quase todos os dentes. E a saúde bucal de idosos continua sendo um assunto desconhecido e negligenciado.

É difícil estimar a futura situação de saúde bucal e as necessidades de tratamento da próxima geração de idosos através dos dados epidemiológicos da população idosa de hoje, pelo fato de existirem mudanças significativas, principalmente devido ao contato com o flúor, pelo uso de dentifrícios e água de abastecimento público. Porém, é necessário conhecer o estado de saúde bucal desse grupo etário, como também obter dados epidemiológicos que sirvam de subsídios para o desenvolvimento de programas direcionados à essa população, que ainda são praticamente inexistentes no Brasil (Dini & Castellanos, 1993; Pucca Jr., 2000; Saliba et al., 1999).

4.11 Disciplinas 11 – Atenção Básica à Saúde das Pessoas com Deficiência

As concepções sobre inclusão social são relevantes na formulação das políticas públicas e, na área da saúde, inter-relacionam-se com ações e condições de vida da população com deficiência. Para melhor compreender essa relação, na vida de adultos que adquiriram deficiência auditiva e colaborar na formulação e acompanhamento dessas políticas, é importante analisar o contexto em que vivem essas pessoas.

4.11.1 Deficiência visual

A visão, além de fornecer cerca de 80% das informações sensoriais disponíveis no ambiente, unifica estrutura e organiza todas as outras, provenientes dos demais sentidos (PAGLIUICA, 2001).

Presente em quase todas as interações humanas é fundamental para o processo de aprendizagem, inserção cultural, habilidades sociais, assimilação de regras e normas do ambiente social.

A deficiência visual, ainda é motivo de exclusão social, pois percebemos que as próprias unidades de saúde não são adaptadas e não possuem profissionais qualificados para atender portadores de deficiência visual. Há uma necessidade de implantar processos de inclusão, no quais o deficiente visual possa ir às unidades e encontrem não só um espaço físico e condições de acesso, mas preparo dos profissionais, assistência e suporte por parte dos gestores de saúde.

Pode-se dizer que a inclusão na saúde só começará a ocorrer quando os gestores reconhecerem as diversidades de deficiências e responderem com eficiência aos portadores desses problemas.

4.11.2 Deficiência Auditiva

A deficiência auditiva é uma das principais deficiências físicas que acomete o indivíduo em qualquer fase da vida, implicando a quem a adquire limitações no desempenho de atividades sociais.

A deficiência é um fenômeno social que leva a discriminação, rejeição e atribuição de um status social inferior. Esses Problemas podem ser vivenciados diariamente, quer ocorram de forma dissimulada ou não, reforçando a idéia da sociedade de pena e caridade. Nesses casos o surdo não se opõe, mas se vê subordinado à marginalização da qual é vítima.

As pessoas com deficiência compõem um grupo social heterogêneo, sobre o qual recaem, ao longo da história da humanidade, o estigma, o preconceito, a rejeição e a discriminação, e necessitam de uma proposta integrada de políticas públicas de atenção à saúde. Portanto, as concepções sobre inclusão social são relevantes na formulação das políticas públicas e, na área da saúde, inter-relacionam-se com ações e condições de vida da população com deficiência.

Para melhor compreender essa relação, na vida de adultos que adquiriram deficiência auditiva e colaborar na formulação e acompanhamento dessas políticas, é importante analisar o contexto em que essas pessoas são atendidas no sistema de saúde.

4.11.3 Roteiro de observação da unidade de saúde do bairro Passarada

Dados de identificação:

Nome da instituição Unidade Básica de Saúde a família da Passarada

Tipo de instituição

- Hospital geral
- Hospital especializado em _____
- Unidade Básica de Saúde

Localização Rua Das Pipiras S/N bairro Parrada

Condições de Acesso da Pessoa Portadora de Deficiência às Instituições de Saúde

Assinalar com V ou F:

1. Via Pública

As avenidas de acesso das pessoas com deficiência (PD) no percurso casa-instituição de saúde possuem:

- Faixas para pedestres
- Rebaixamento de meio fio em pontos estratégicos para tráfego de cadeiras de rodas

- (F) Obras públicas protegidas por tapume delimitador da área de construção de modo a deixar a calçada livre para a passagem das PD
- (F) As calçadas estão livres de cadeiras de bar ou outro tipo de mobiliário que impeça ou dificulte o trânsito das PD
- (F) As avenidas estão livres de buracos
- (F) As calçadas estão livres de buracos e desnivelamentos
- (F) As calçadas possuem largura mínima de 1,50 metros de modo a promover o livre trânsito das PD
- (V). As placas de sinalização de trânsito estão em locais visíveis
- (F). Existe sinalização indicativa do percurso para a instituição de saúde
- (F) Existem semáforos em pontos estratégicos munidos de botoeiras de comando para assegurar a travessia segura das avenidas pelas PD
- (F) Existem semáforos em pontos estratégicos munidos de dispositivo sonoro para orientar a travessia da avenida por PD do tipo visual
- (F) Os semáforos dos cruzamentos de avenidas possuem sinalização visual e auditiva para orientar a travessia das PD

2. Do acesso ao prédio:

- (F) A via pública de acesso ao prédio possui rebaixamento de guias por todo o trajeto obedecendo a inclinação transversal máxima da calçada
- (F) Possui estacionamento privativo para PD devidamente demarcado com o Símbolo Internacional de Acesso. (Nº de vagas ____ ; vagas demarcadas ____)
- (F) Os corredores de circulação e entrada de estacionamento possuem setas indicativas no sentido do deslocamento com o Símbolo Internacional de Acesso encaminhando para as entradas, saídas, sanitários, vagas ou locais acessíveis
- (F). O percurso da vaga até a entrada do edifício é livre de obstáculos

3. Do acesso ao interior do prédio

- (V) Através de escadaria sem corrimão
- (F) Através de escadaria com corrimão
- (F) Através de rampa de acesso para PD
- (F) As áreas de circulação possuem portas que têm largura livre de 0,80 cm

- (F) As portas do tipo vai e vem são dotadas de visor vertical
- (F) As portas de correr possuem trilhos rebaixados para o livre tráfego de cadeiras de rodas e o trânsito de deficientes visuais
- (F) O piso possui superfície regular, estável, firme e antiderrapante
- (V) As áreas de circulação coletiva possuem no mínimo 1,20 m de largura e estão livres de obstáculos tipo lixeiras, bebedouros e mobiliários

4. Condições de circulação vertical no interior do prédio

- (F) Rampa
- (F) Escadas
- (F). Elevador
- (F) Equipamentos eletromecânicos especiais

Circulação vertical através de

4.1 Acesso por rampa

- (F) O acesso possui inclinação máxima de modo a minimizar esforços da PD
- (F) O piso é antiderrapante
- (F) No início e término da rampa o piso possui acabamento diferenciado para orientação dos deficientes visuais

4.2 corrimão da rampa

- (F) é de material rígido
- (F) firmemente fixado
- (F) instalado em ambos os lados da escada ou rampa
- (F) a altura do corrimão é de 92 cm do piso
- (F) está afastado 4 cm da parede
- (F) prolonga-se pelo menos 30 cm antes do início e término da rampa ou escada, sem interferir com a área de circulação ou prejudicar a vazão

4.3 Acessos por escada fixa: (pessoas idosas, usuários de muletas, deficientes visuais)

- (F) possui patamar de 1,20 m sempre que houver mudança de direção ou vencer desnível superior a 3,25 m
- (F) os degraus

- (F) têm piso de no mínimo 28 cm
- (F) têm piso de no máximo 32 cm
- (F) têm espelho de no mínimo 16 cm
- (F) têm espelho de no máximo 18 cm

- (F) Possui piso antiderrapante
- (F). (F). de material rígido
- (F). Firmemente fixados
- (F). Instalados de ambos os lados da escada
- (F). Afastados 4 cm da parede
- (F). Altura de 92 cm do piso
- (F). Prolongamento de pelo menos 30 cm no início e término da escada

Corrimão

4.4 Os elevadores:

- (F) estão situados em local acessível
- (F) garantem a circulação até eles
- (F) estão situados em nível com o pavimento a que servem ou estão interligados por rampa
- (F) têm cabine com dimensão mínima de 1,10 m por 1,40 m e com espelho na parede oposta à porta
- (F) a porta do elevador possui vão livre de 80 cm
- (F) o elevador serve ao estacionamento onde há vagas reservadas para veículo de pessoas deficientes
- (F) possui botoeira com marcação em Braille e sinal sonoro para abertura e fechamento da porta
- (F) se possui botoeira, está na altura mínima de 89 cm e máxima de 1,35m do piso
- (F) possui corrimão na parte interna e posterior da cabine

5. Equipamentos e mobiliário

5.1 Equipamentos eletromecânicos

- (F) estão devidamente sinalizados com o símbolo Internacional de Acesso
- (F) possuem orientação sobre o seu funcionamento
- (F) existe sinalização em Braille explicando o seu funcionamento

5.2 O mobiliário

- (F) os balcões e mesas de trabalho têm, na sua parte superior, a altura de 80 cm do piso
- (F) os assentos de uso público têm profundidade mínima de 45 cm e estar instalados a 46 cm do piso, de preferência com alças de apoio ou braços
- (F) os bebedouros estão instalados a 80 cm do piso
- (F) os telefones estão instalados a uma altura entre 80 cm e 1,00m do piso
- (F) as botoeiras, os comandos ou sistemas de acionamentos estão entre 80 cm e 1,20m do piso
- (F) os locais de reunião possuem espaço reservado para cadeiras de rodas que devem ser de 90 cm por 1,20m nas primeiras filas e 90 cm por 1,50m quando nas fileiras intermediárias
- (F) os assentos ambulatoriais reservam um espaço livre frontal ao acento de 0,60m

6. Instalações sanitárias

- (F) existem sanitários e vestiários adequados para deficientes próximo a circulação principal do prédio
- (F) os sanitários e vestiários estão devidamente sinalizados
- (F) existem sanitários e vestiários disponíveis para ambos os sexos

6.1 Áreas de manobra de, no mínimo

- (F) 1,20 m para circulação em linha reta
- (F) 1,20m por 1,20m para rotação de 90°
- (F) 1,50m por 1,20m para rotação de 180°
- (F) 1,50m por 1,50m para rotação de 360°

6.2 Área de transferência

- (F) possui espaço livre equivalente a um retângulo de 1,10m por 0,80m junto de peças sanitárias para transposição de pessoa usuária de cadeira de rodas

6.3 Áreas de aproximação:

Da bacia sanitária

- (F) possui espaço livre equivalente a um retângulo de 1,10m por 80 cm junto às peças sanitárias e acessórios que não precisam de transposição
- (F) na parede lateral e de fundo junto a bacia sanitária estão instaladas barras horizontais para apoio e auxílio de transferência da cadeira de rodas para bacia sanitária
- F as barras horizontais têm comprimento mínimo de 90 cm
- (F) as barras horizontais estão a uma altura de 76 cm do piso
- (F) a bacia sanitária está a uma altura de 46 cm do piso
- (F) papeleira junto a bacia sanitária, a 40 cm do piso e 15 cm a partir da extremidade frontal da bacia
- (F) a válvula de descarga está a uma altura máxima de 1,00m do piso
- (F) a válvula de descarga funciona com leve pressão

Dos lavatórios

- (F) são do tipo sem coluna
- (F) estão a uma altura de 80cm do piso para permitir aproximação de cadeira de rodas
- (F) a torneira é de mono comando

Dos mictórios

- (F) estão a uma altura de 46 cm do piso
- (F) possuem barras paralelas de 80 cm de comprimento, a 70 cm do piso e afastadas horizontalmente 80 cm
- (F) a válvula de descarga deve estar a 1,00m do piso e funciona com leve pressão

Dos chuveiros, na área de internação

- (F) possuem banco retrátil instalados a 45 cm de profundidade por 70 cm de comprimento e a 46 cm do piso
- (F) possuem toalheiros, saboneteiras e cabides instalados a 1,0m do piso
- (F) possuem espelho com borda inferior a 90 cm do piso, quando plano; e a uma altura de 1,10m, quando inclinado
- (F) possuem área de transferência de 80 cm por 1,10m dentro ou fora do boxe para permitir a transferência de cadeira de rodas para o banco interno do Box
- (F) a área de transferência possui barras de apoio firmemente instaladas

7. Localização de espaços e assentos em salas/auditórios

- (F) garantem conforto, segurança, boa visibilidade e acústica
- (F) estão integrados com a disposição geral dos assentos, de maneira a não segregar seus ocupantes e permitir que estes possam sentar próximo a seus acompanhantes
- (F) não estão obstruindo o acesso aos demais assentos e à circulação
- (F) estão localizados próximos às circulações de emergência

8. As portas de entrada, as saídas, rotas de fuga, elevadores e instalações sanitárias estão identificadas com Símbolo Internacional de Acesso:

- (F) no piso
- (F) vertical, fixada a uma altura de 1,70m do piso
- (F). Vertical, fixada a 2,20m, em placa suspensa sob as mesmas

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O curso de Especialização em Saúde da Família – NUTEDS/UFC permitiu-nos concluir que a prática dentro do contexto da saúde é essencial para que haja uma assistência à saúde de qualidade, onde todos os profissionais são protagonistas no atendimento qualificado e especificado. O usuário de saúde deverá dentro de essa interdisciplinaridade participar como parte integrante desse sistema. A ESF deve modificar, de modo a atender às necessidades de todos da comunidade, tornando-a inclusiva, não admitindo preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais ou pessoas.

Ao longo do curso surgiram muitas dificuldades tais como: tempo previsto de estudo não cumprido em sua totalidade, viagens para realização de provas em horário inadequadas, atividades não cumpridas no tempo previsto, porém essas barreiras puderam ser passadas adiante.

A especialização em saúde da família será de grande contribuição para melhoria da minha prática no dia- a – dia. Todas as disciplinas de certa forma contribuirão na aplicabilidade na minha vivencia e experiência profissional.

O desenvolvimento deste trabalho possibilitou maior aprofundamento dos conhecimentos teórico-práticos a cerca interdisciplinaridade, mais especificamente na promoção e na prevenção da saúde, nos proporcionando crescimento profissional.

O Curso de Especialização em Saúde da família foi uma boa e nova experiência, de modo que em nossa percepção, a prática desenvolvida foi grande relevância para a comunidade atendidas e para a equipe da unidade de saúde. Houve receptividade e participação dos profissionais nas ações relacionadas as disciplinas, compartilhando conhecimentos e experiências, falicitando a nossa atuação ao desenvolver as atividades no local. Com base na teoria da interdisciplinaridade desenvolvemos a prática , atuando na promoção da saúde identificando déficits no atendimento, auxiliando aos usuários desenvolverem o seu potencial para a participação . Além disso, contribuiu imensamente para a nossa formação profissional já que entendemos que interdisciplinaridade é algo aprendido e que o Enfermeiro possui responsabilidades em cuidar e atender os requisitos

para o autocuidado terapêutico da população a qual presta assistência, sendo o mesmo, um agente de formação e transformação da sociedade.

Constatamos durante os atendimentos da equipe da estratégia saúde da família que os usuários apresentam déficits na prevenção a saúde, principalmente com relação ao conhecimento referente ao período vivenciado, necessitando de especial atenção e suporte educativo para potencializar a promoção e a prevenção. Acreditamos que o principal objetivo deste trabalho, a melhoria da qualidade no atendimento da equipe de estratégia de saúde da família aos usuários dos serviços de saúde da unidade básica de saúde da Passarada, fundamentada nas disciplinas do curso de especialização saúde da família, visando a promoção e a prevenção da saúde, tenha sido plenamente alcançado. Ao desenvolver a prática I da Unidade Curricular do Curso de Especialização em Saúde da Família acreditamos ter alcançado com êxito objetivos propostos pelas disciplinas de aprofundar conhecimentos e desenvolver habilidades, aplicar os conhecimentos teórico-práticos ao prestar assistência assegurando a qualidade da mesma, executando todas as ações com atitudes éticas. Afirmamos ainda, que saímos desta experiência com evidente crescimento pessoal e profissional, o que nos proporciona maior segurança e maturidade para a próxima etapa a ser vivenciada por nós, enfim, profissionais da saúde!

REFERÊNCIAS

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde. **Curso de especialização em saúde da família**: processo de trabalho em saúde. Fortaleza, 2010. Disponível em:<http://www.medicina.ufc.br/unasus/cesf/disciplina/aula_03/index.html >. Acesso em: 18 jun. 2011.
2. Oliveira, Roberta Gondim de (Org) Qualificação de Gestores do SUS./Organizado por Roberta Gondim de Oliveira, Victor Grabois e Walter Vieira Mendes Júnior – Rio de Janeiro,RJ: EAD/Ensp,2009. 404 p., II
3. Luciene Ribeiro Gaião (lucienegaiao@yahoo.com.br), Maria Eneide Leitão de Almeida e Jorg Heukelbach³ (1. Depto. de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará - UFC; 2. Depto. de Clínica odontológica, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem - UFC; 3. Depto. de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará – UFC
4. Durant G. A bioética: natureza, princípios e objetivos. São Paulo: Paul us, 1995. uma perspectiva jurídica e bioética. Rev. HCPA; v. 27, n.2, p.78-82, 2007.
5. Fernandes MS. A bioética como proposta para implementar a interdisciplinaridade. Revista eletrônica da Sociedade Rio-Grandense de Bioética, n. 1, v.1, p.1-8, 2005.
6. Santana ML, Carmagnani MI. Programa de Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. Saúde e Sociedade 2001; 10(1): 33-53.
7. Cunha JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde: princípios. In: Campos FE, Tonon LM, Oliveira Jr M. (org). Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: Coopmed, [s/d]. Cadernos de Saúde, 2.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Anais. Brasília: Ministério da saúde, 2006.
9. Souza AS. A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. Revista de Atenção Primária à Saúde– NATES/UFJF, Juiz de Fora 1999; 2(2): 10-4.
10. Gomes DCR. (org). Interdisciplinaridade em Saúde: um princípio a ser resgatado. Uberlândia: Edufu, 1997.

11. Vasconcelos EM. A priorização da família nas políticas de saúde. Saúde em Debate 1999; 23(53): 6-19. Ministério da Saúde, 1986

12. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

13. RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Ações em Saúde: Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro, [s/d].Disponível em: http://www.saude.rj.gov.br/Acoes/objetivos_psf.shtml. Acesso em: 20 de outubro 2011.

14. AB. Base se dados do município de Santa Quitéria, ano 2011