

# Projeto

## Conexão Local - ANO II

### Programa Saúde da Família e as Estratégias Diferenciadas do Atendimento à Atenção Básica em Sobral - CE

Amanda Cozza Milani  
Andrea Yuri Yamagishi

**Tutora:** Gabriela Lotta

2006

# Projeto Conexão Local



## Índice

1. Introdução .....	2
2. Metodologia .....	2
3. Município de Sobral .....	4
3.1. Dados físicos e sociais .....	4
3.2. Dados sobre a Saúde em Sobral .....	6
4. O Programa Saúde da Família – PSF .....	7
4.1. O Contexto Histórico do Programa Saúde da Família .....	7
4.2. Foco do PSF – A Atenção Básica .....	10
4.3. A Estratégia Saúde da Família .....	10
4.4. Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família .....	11
4.5. Profissionais do PSF .....	11
5. PSF em Sobral .....	13
5.1. Práticas Específicas .....	16
5.2. Trevo de Quatro Folhas .....	18
5.3. Diferencial dos PSF de Sobral .....	20
6. A Residência Multiprofissional .....	21
6.1. Perfil dos alunos .....	22
6.2. Relação com a comunidade .....	23
6.3. Prática X Teoria .....	24
6.3.1 Teorias que são postas em prática .....	24
6.3.2 Teorias não colocadas em prática ou postas em prática parcialmente .....	26
7. Conclusão .....	29
8. Pontos de vistas pessoais .....	30
8.1. Minha experiência pessoal com a viagem – antes e depois – Amanda .....	30
8.2 Uma paulistana em meio ao calor sobralense - Andrea .....	31
9. Anexos .....	32
10. Bibliografia .....	43

## 1. Introdução

Este relatório é fruto de uma pesquisa de campo, idealizada pelo GVPesquisa e o Programa Gestão Pública e Cidadania da FGV/BNDES, com a segunda edição do Programa Conexão Local. O relatório versará sobre o Programa de Saúde da Família de Sobral - CE, aprofundando-se mais a respeito da Residência Multiprofissional, uma estratégia criada pela Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia.

O relatório está dividido em quatro principais partes. Inicia-se com uma contextualização geográfica, com a descrição da cidade de Sobral com base em dados estatísticos, além de informações vivenciadas.

Em seguida, o relatório trata do Programa de Saúde da Família, no âmbito nacional, que foi criado pelo SUS (Sistema Único de Saúde), com o objetivo de promover atenção integral ao processo de saúde e doença da população, não apenas no aspecto de medicação, mas principalmente da prevenção e promoção de saúde da população. É focado, portanto, na atenção primária de saúde pública local, que abrange as Unidades Básicas de Saúde e a residência médica.

Para atingir esse foco, foram desenvolvidas diversas estratégias diferenciadas especificamente em Sobral, como o Trevo de Quatro Folhas e a Residência Multiprofissional. O relatório, portanto, passa a versar mais detalhadamente a Residência, com o detalhamento do perfil dos alunos e da sua relação com a comunidade, a quem atendem, nos postos de saúde. Por último, é feita uma comparação entre o aprendizado teórico na Escola de Saúde da Família e a sua aplicação na prática.

Por fim, seguem as conclusões sobre a vivência em Sobral, com a ênfase das virtudes do Programa e o apontamento das principais falhas que nele ainda persistem. Ademais, seguem os pontos de vista pessoais de cada uma das pesquisadoras sobre a magnífica experiência vivida na cidade.

## 2. Metodologia

Esse relatório foi elaborado com base em pesquisa bibliográfica, conjugada à pesquisa em campo por duas pesquisadoras. O embasamento bibliográfico serviu, principalmente, como fundamento teórico para a comparação entre

# Projeto Conexão Local

as políticas e estratégias propostas e a maneira como estas são, de fato, aplicadas na prática. A pesquisa de campo, portanto, viabilizou esta conferência e o conhecimento do exercício das teorias na prática.

A proposta da visita de campo teve como objetivo o acompanhamento próximo e focado em uma iniciativa de gestão pública, selecionada entre as vinte experiências de políticas públicas locais premiadas pelo Programa Gestão Pública e Cidadania da FGV/ BNDES. As pesquisadoras puderam, conseqüentemente, entrar em contato com a realidade de uma iniciativa pública e de todos os fatores a ela interligados: o Programa de Saúde da Família (PSF), no município de Sobral, localizado no estado do Ceará. No entanto, cabe aqui a ressalva de que este programa em si não foi premiado pelo Programa Gestão Pública e Cidadania, mas sim dois de seus componentes, o programa Trevo de Quatro Folhas (em 2006), que desenvolve ações para a melhoria da qualidade de vida das mães e das crianças de Sobral, e o Programa Sobral Criança (em 1997) que se tornou, posteriormente, o Trevo. A pesquisa, deste modo, estendeu-se ao Programa Saúde da Família e a todos os seus componentes.

As experiências foram realizadas durante todo o mês de julho de 2006 e o foco na primeira parte da pesquisa foi o PSF integralmente, ou seja, procurou-se entender o seu funcionamento sob um ponto de vista mais geral. Incluíram-se reuniões com os principais responsáveis agentes do PSF, visitas domiciliares e participação em rodas de discussão e seminários. Dessa forma, puderam ser coletadas informações diversas concernentes a todos os componentes do PSF e pôde ser feita uma interligação entre os fatores.

A partir da segunda quinzena do mês de julho, definiu-se um foco mais específico para a pesquisa e as vivências que, portanto, passaram a se concentrar dentro do enfoque estabelecido: a Residência Multiprofissional. No entanto, como o tempo não era totalmente preenchido com atividades dos residentes, decidiu-se por visitar concomitantemente uma Unidade Básica de Saúde e, assim, acompanhar de perto a sua rotina.

As informações coletadas em campo correspondem, portanto, à parte descritiva e ao embasamento crítico acerca das aplicações práticas das teorias propostas pelas políticas e estratégias públicas. A base teórica foi extraída de livros, publicações, monografias e de conteúdos publicados na internet.

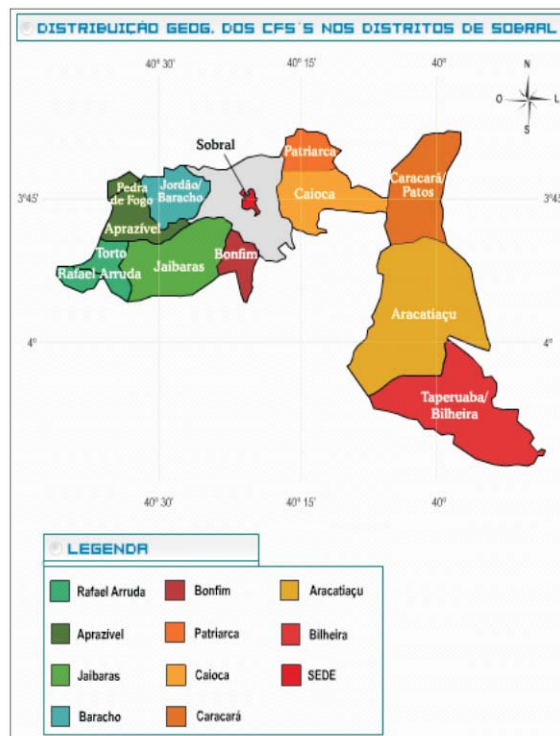


## 3. Município de Sobral

### 3.1. Dados físicos e sociais

O município de Sobral situa-se no nordeste do estado do Ceará, a aproximadamente 240 km de distância da capital Fortaleza, na região do Vale do Rio Acaraú. Sua administração engloba também os distritos de Rafael Arruda, Aprazível, Jaibaras, Bonfim, Patriarca, Carioca, Caracará, Aracatiçu e Bilheira, como mostra a figura 1.

Figura 1 - Mapa da região de Sobral-CE



Fonte: Escola Saúde da Família

Essa região compõe o mais importante pólo comercial do estado, devido à comercialização de boiadas, charque e couro, o que favorece a economia do município e sua relevância política no Nordeste do país. O clima semi-árido, no entanto, dificulta a agricultura, pois o período de seca é muito intenso nos meses de agosto a janeiro. Há uma ampla utilização, portanto, da carnaúba, ou seja, aproveitam-se óleo, folhas e frutos.

A população sobralense é composta por aproximadamente 175 mil habitantes e distribuída em um pouco mais de 2.122 km de extensão (IBGE, 2005): 87% da população residem na zona urbana e 13%, na rural. A população cresce a uma taxa média de 2,24%, a taxa de mortalidade infantil é de 80,2 por nascidos vivos e a esperança de vida da população ao nascer é de 68,3 anos (DATASUS, 2002).

Acerca da educação, a taxa de analfabetos com mais de 15 anos representa 26,44% da população do município, correspondente à taxa média do estado do Ceará de 26,54%, mas superior à taxa média nacional de 13,63%. A população conta com uma consistente infra-estrutura educacional: são 109 estabelecimentos de ensino fundamental e médio, sendo 38 do ensino privado e 71 do público (EDUDATABRASIL, 2005). Ademais, o município conta com uma unidade da Universidade Federal do Ceará, com os cursos voltados à área da saúde e com a Universidade Estadual do Vale do Acaraú.

A situação dos domicílios urbanos é otimista: 94% das residências contam com o abastecimento de água, 69,2% com o esgoto sanitário e 80,2% com a coleta de lixo.

O Índice de Desenvolvimento Humano de Sobral é 0,698, que corresponde à sétima posição no ranking cearense e 3019<sup>a</sup>, no nacional. Em outras palavras, o IDH de Sobral é equivalente à taxa média do estado, mas inferior à média nacional.

O PIB do município corresponde a R\$199,38 milhões e 61,5% correspondem ao setor de serviços, 5,3% da agropecuária e 33,2% da indústria, principalmente de calçados e no comércio de algodão, milho, oiticica e cera de carnaúba. Há uma pequena indústria para beneficiamento desses produtos, além de fábricas de cimento, laticínios, medicamentos e tecidos. A pecuária e a extração de calcário constituem também importantes atividades do município. O PIB per capita é de R\$1.438,89, um pouco menor que o estadual de R\$1.740,72, mas muito inferior ao nacional de R\$4.958,85.

A tabela 1, a seguir, resume os dados acima explanados:



**Tabela 1 - Dados físicos e sociais de Sobral**

Pessoas	
População	175 mil habitantes
Moradores da área urbana	87%
Moradores da área rural	17%
Crescimento populacional	2,24%
Mortalidade Infantil	80,2% por mil
Expectativa de vida	68,3 anos
Taxa de analfabetismo	26,44%
IDH	0,698
Residências	
Abastecimento de água	94%
Esgoto sanitário	69,20%
Coleta de lixo	80,20%
Economia	
PIB	R\$ 199,38 milhões
PIB per capita	R\$1.438,89
Serviços	61,50%
Agropecuária	5,30%
Indústria	33,20%

### 3.2. Dados sobre a Saúde em Sobral

A saúde do município de Sobral é composta por uma rede de estabelecimentos dividida em 118 unidades ambulatoriais e sete hospitais. Desta rede ambulatorial, 59% são municipais, 30% privadas, 6% filantrópicas, 3% estaduais e 2% federais; e a rede hospitalar é composta por quatro privados, dois filantrópicos e um municipal. Dados de 2003 mostram que o município conta com 903 leitos hospitalares, sendo 831 disponíveis aos SUS e o número de profissionais ligados a este é 966 (LOTTA, 2005). Ademais, registraram-se 317 óbitos hospitalares (187 homens e 140 mulheres), 58 óbitos por doenças infecciosas e parasitárias e nenhum por causas externas.



Além de dados estatísticos, é possível afirmar que os componentes da saúde, tanto pública quanto privada, no município são muito palpáveis, ou seja, são facilmente encontrados e vistos pela cidade. Ao adentrar nela, depara-se facilmente com uma das 14 Unidades Básicas de Saúde distribuídas pelo município; com a Secretaria de Municipal de Saúde, que é estabelecida num prédio diferente do da Prefeitura; a Casa dos Conselhos, uma casa alugada que comporta os conselhos municipais de saúde; a Escola Saúde da Família Visconde de Sabóia; os componentes da atenção secundária, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); o Centro de Especialidades Médicas (CEM); o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Centro de Zoonoses e Vigilância Sanitária; além dos componentes da atenção terciária, como os hospitais e as faculdades. Os componentes da saúde compõem, portanto, uma rede interligada e intersetorial muito consistente.

## 4. O Programa Saúde da Família – PSF

Nesta seção, será feita uma descrição do Programa Saúde da Família no âmbito nacional, definido pelo SUS e, em seguida, destacaremos os pontos que diferenciam a sua implementação no município de Sobral.

### 4.1. O Contexto Histórico do Programa Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família surgiu de um processo político de redemocratização e reforma dos serviços públicos do país, quando as expectativas de formatação de nova institucionalidade das políticas sociais foram reforçadas (LOTTA, 2006), tendo diversos fatores que levaram a tal: pressão dos municípios para não deixar mais o poder centralizado e disputas da sociedade civil. A grande quantidade de pessoas envolvidas e o grande número de processos para pôr em prática tais políticas públicas almejadas fez com que as decisões não fossem nem simples nem unilaterais. Portanto, somente em 1990 foram realizadas reformas suficientemente profundas para promover a equidade e justiça social.

A construção dos Programas de Saúde se iniciou com uma reforma sanitária. Antes, a rede de saúde era muito centralizada e com grandes diferenças no atendimento, ou seja, apenas uma pequena parte mais privilegiada da população era atendida de forma diferenciada e a grande massa não possuía nenhum atendimento. Profissionais da área da saúde criticavam o modelo do sistema e acabaram por realizar propostas; e, sobretudo, foi possível contar com o apoio popular, político, sindical e de alguns parlamentares.





# Projeto Conexão Local

Nesse meio, surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios básicos são: universalização do direito à saúde, racionalização e integralidade das ações, democratização e participação popular na atenção à saúde. A partir de então, a saúde se tornou um direito social (Constituição Federal/88), assegurando-se as condições básicas (dependentes do Estado): políticas públicas, econômicas e sociais para redução de risco e acesso de todos brasileiros ao serviço de saúde. Dessa forma, o município passou a ter responsabilidade de atendimento das necessidades e demandas de todos os moradores locais, contando com devido apoio técnico e financeiro do estado e da União.

O Programa Saúde da Família nasceu para pôr em prática os SILOS (Sistemas Locais de Saúde), que consideram as disparidades de uma localidade pra outra, e o modelo inverso ao de saúde centrada na doença, ou seja, é focado na prevenção. Pode-se concluir que o PSF é uma reorganização da atenção básica para essas novas estratégias adotadas. Têm como objetivos principais o tratamento desigual dos desiguais (equidade), e a prática da prevenção, promoção e preservação de saúde. Os riscos à saúde são, dessa forma, identificados dentro do contexto social e familiar, onde o indivíduo é observado como um todo e procura-se seu bem estar integral. Ademais, há o objetivo de se atingir também os segmentos mais vulneráveis da população, ou seja, o programa é racionado e dedica-se ao mesmo tempo à população mais excluída. As metas dessa política seguida são: a facilitação do acesso os serviços de saúde, a implementação de uma gerência mais adequada ao contexto da população atendida e a oferta de serviços de melhor qualidade a esta.

Algumas das diretrizes dos PSF em 1993 eram:

- Cada equipe básica é responsável pela assistência de 800 a 1000 famílias;
- Equipes formadas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde;
- Os Agentes Comunitários de Saúde devem ser moradores da região na qual trabalham;
- Todos os moradores de cada uma das famílias participantes do projeto recebe atenção igual por parte da equipe (independente do estado de saúde, sexo ou idade);
- O PSF é a atenção primária, ou seja, o paciente é atendido em primeira instância por profissionais que nele trabalham e, apenas posteriormente, tem acesso aos demais serviços de saúde;



# Projeto Conexão Local

- Avaliação e controle do programa são feitos pelo Conselho Municipal de Saúde;
- Atenção centrada nas famílias e entendida por meio do ambiente físico e social (auxilia na compreensão do processo de saúde/doença e das necessidades além das curativas);
- Divulgação da saúde como qualidade de vida e direito do cidadão;
- Atenção integral e contínua à população nos domicílios, postos e hospitais;
- Agendamento das pessoas sem descartar possíveis atendimentos eventuais e/ou domiciliares;
- Ampliação da cobertura e da qualidade dos serviços;
- Supervisão e atualização para garantir sempre o bom atendimento;
- Conscientização da população sobre os fatores que podem causar as doenças e porque elas devem ser tratadas / prevenidas;
- Incentivo da população no controle do sistema de saúde.

Algumas mudanças quanto às práticas e diretrizes dos PSF foram realizadas em 1997 e 1998, trazendo os seguintes objetivos:

- Reorientação do modelo de assistência a partir da atenção básica, seguindo os princípios do SUS, dando nossa dinâmica às Unidades Básicas de Saúde, mostrando a responsabilidade entre os serviços de saúde e a população;
- Assistência integral e contínua, tanto na unidade quanto nos domicílios;
- Intervenção sobre os fatores de risco que as famílias estão expostas;
- Família e ambiente social como centro do atendimento à saúde;
- Criação de vínculos entre a população e os profissionais da saúde;
- Parcerias por meio de ações intersetoriais;
- Conscientização da população quanto ao processo saúde / doença, da organização dos serviços e da promoção de saúde.

Na primeira fase do projeto, o programa foi aplicado para cerca de 7% da população. A partir de 1998, com o aumento dos financiamentos o programa cresceu para uma abrangência de 22% da população. Atualmente, o PSF abrange 80% dos municípios brasileiros e trata de 35% da população



brasileira. Também houve a expansão para a área odontológica no programa, que atinge 39 milhões de pessoas no país.

## 4.2. Foco do PSF – A Atenção Básica

A Atenção Básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, mas de maneira complexa e integral 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.

## 4.3. A Estratégia Saúde da Família

A Saúde da Família, estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes Saúde da Família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário), tanto na unidade de saúde como nos domicílios. Este corresponde aos atendimentos aos indivíduos

que não têm condições de se locomoverem aos postos, além do fato de ser uma providência necessária à concretização da proposta de atendimento integral ao paciente. Com essas visitas, além de realizarem consultas, os profissionais avaliam as condições domiciliares dos pacientes e, em alguns casos, ativam a imprescindível atuação da Vigilância Sanitária. Portanto, a equipe e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade.

#### 4.4. Profissionais do PSF

As equipes de PSF são formadas pelos seguintes profissionais:

**Médicos:** atendem todos os indivíduos da família, desenvolvendo junto com demais participantes da equipe ações de prevenção e promoção de qualidade de vida.

No entanto, em muitos dos postos, esses profissionais não estão presentes, devido à quantidade insatisfatória que queira trabalhar no programa em Sobral. Tal fato leva a um declínio na qualidade do serviço, porque eles são os únicos profissionais que podem receitar medicamentos e requerer exames, por exemplo.

Além disso, os médicos presentes nos postos de saúde tratam a população com certa frieza, ou seja, diferentemente dos outros profissionais, eles se mantêm mais distantes e não efetivam um relacionamento amigável e de confiança, que facilitaria o acompanhamento dos pacientes. Estivemos presentes em um grupo de reunião de hipertensos, juntamente com pacientes, enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde e uma residente farmacêutica. As reuniões se realizam semanalmente e têm como principal intuito a orientação dos pacientes hipertensos em relação aos seus hábitos, para que se reduzam os riscos à saúde provocados pela doença. Nesta reunião, a discussão condizia à efetividade das próprias reuniões e como estes encontros ajudavam-lhes em suas vidas. Pudemos reparar que a conduta de todos os profissionais, exceto os médicos, baseava-se na interação com os pacientes. Mostraram-se interessados pelas suas opiniões a respeito do tema colocado como pauta e chamaram os pacientes pelos nomes. Os médicos, por sua vez, mal olhavam nos seus rostos, fazendo apenas o seu trabalho estritamente necessário e sem interagir muito com aquelas pessoas que iam ali todas as semanas para as atividades do grupo.



Entretanto, os médicos são os profissionais que mais detêm o respeito dos pacientes: segundo seu João, um dos pacientes presentes na reunião, “mais importante é quem sabe mais do que a gente”. Esse argumento sobre a importância da presença dos médicos nas reuniões reitera o *status* que os médicos detêm até hoje.

Podemos auferir que uma das causas dessa subordinação dos pacientes em relação aos médicos, portanto, deve-se à grande demanda por remédios, visto que os médicos são os únicos licenciados a fornecerem receitas de medicamentos. Consiste em uma falha em relação à promoção da própria atenção básica, que visa principalmente às instruções básicas e à prevenção de riscos à saúde.

**Enfermeiros:** supervisionam o trabalho dos ACS e dos auxiliares de enfermagem, realizam consultas nos postos e realizam visitas domiciliares para aquelas pessoas que necessitam.

Em cada unidade básica, há uma enfermeira que, além de exercer funções de gerente do posto, sendo responsável por toda sua a dinâmica e seus processos administrativos, atende pacientes.

Os enfermeiros dão atendimento inicial aos pacientes, indicando soluções diretas em casos mais simples ou encaminhando aos médicos em casos mais complexos (triagem). Muitas vezes são impossibilitados de realizar seu serviço de forma completa e mais atenciosa, porque não são autorizadas a receitar medicamentos e, nos postos sem médicos, o atendimento, portanto, fica defasado. Esses profissionais se identificam intensamente com a comunidade. Geralmente, interagem bastante com as pessoas, sabem seus nomes e são mais próximos e mais simpáticos com as pessoas que freqüentam os postos de saúde.

**Auxiliar de enfermagem:** procedimentos de enfermagem no posto e em domicílio, além de orientações sanitárias.

Exercem funções semelhantes aos últimos profissionais descritos, todavia realizam serviços mais simples, como coleta de exames, aplicação de vacinas e curativos. Por serem profissionais de nível médio, não podem realizar atendimentos integrais como as enfermeiras. Infelizmente, tivemos pouco contato com esses profissionais para podermos discorrer um pouco mais a respeito do seu trabalho.



**Agentes Comunitários de Saúde (ACS – de quatro a seis por equipe):** aproximam as famílias do serviço de saúde, visitam todos os domicílios (pelo menos uma vez por mês), mapeiam as áreas, identificam os riscos, cadastram as famílias e estimulam a comunidade a participar do programa.

São pessoas advindas da própria comunidade, portanto, conhecidas pela população e, geralmente, lideranças locais. São profissionais que realmente possuem a confiança das pessoas, por serem do mesmo local que elas, terem a mesma formação cultural e viverem as mesmas dificuldades sociais.

Há pessoas que não aceitam a presença de outros profissionais de saúde em suas casas, mas os ACS são sempre bem-vindos. Isso demonstra que os pacientes realmente possuem alta identificação com esses profissionais. Além disso, as pessoas sentem-se mais confortáveis em discutir seus problemas de saúde com os ACS do que com os demais profissionais, por conhecê-los há um tempo relativamente longo, ou por terem crescido juntos ou serem vizinhos. A partir dessa abertura de relacionamento e contato com os pacientes, torna-se muito mais fácil identificarem-se as causas das patologias que aparecem nas diferentes famílias.

Outra visível característica dos Agentes que eleva o seu nível de profissionalidade é o seu conhecimento sobre o processo de saúde-doença aceito pelos profissionais de saúde, conjugado à cultura local. É interessante saber que, ao mesmo tempo em que freqüentam a casa de uma família e indicam a uma mãe que leve seu filho ao médico para ser diagnosticado, também recomenda que o leve à rezadeira para verificar se não existe “mau-olhado”. O trabalho com a medicina tradicional em sincronia com a cultura popular local é, portanto, uma das principais virtudes do Agente, pois permite que os pacientes sejam bem atendidos, por aceitarem os conselhos e por permitirem a construção de um relacionamento mais próximo e íntimo, sem que haja um distanciamento tão divergente como com os outros profissionais.

## 5. PSF em Sobral

O Programa Saúde da Família de Sobral cobre 100% da população, ou seja, todas as pessoas da cidade recebem visitas dos Agentes Comunitários de Saúde, e têm direito ao cartão de convênio público e atendimento na Unidade Básica de seu bairro. O atendimento à população sobralense é muito avançado, embora haja tantos problemas sociais e tantas dificuldades climáticas nessa área. O sistema público de saúde é muito melhor do que





# Projeto Conexão Local

nas grandes cidades e capitais de estados. É possível observar que existe, portanto, uma força de vontade e empenho em levar um bom projeto como esse adiante.

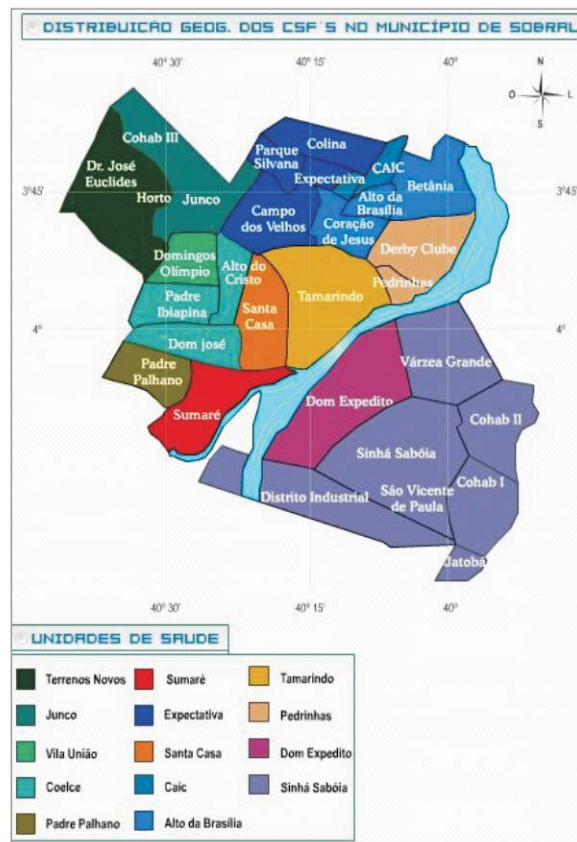
Entretanto, existem alguns problemas na estrutura do programa da cidade, como os postos situados em bairros com mais simples, que possuem uma demanda muito maior que outros. Por exemplo, Terrenos Novos, um dos bairros mais pobres da cidade, possui uma demanda muito mais alta do que a do posto do Junco, que é o bairro nobre local. Essa disparidade se deve ao fato de que as pessoas dos bairros mais pobres têm apenas o PSF como alternativa para o tratamento de suas ocorrências de saúde; e nos bairros nobres, muitas pessoas possuem convênios médicos particulares para atendimento de suas disfunções patológicas ou podem recorrer também ao atendimento em hospitais particulares. Mesmo assim, os postos se diferenciam: os que têm uma demanda maior são mais bem estruturados, com mais salas e mais pessoal. A dificuldade, conseqüentemente, resume-se ao atendimento da população que mora aos redores dos postos situados em bairros nobres, mas que não detém de poder aquisitivo para ter um convênio médico ou pagar uma consulta particular.

Outro problema é a instalação de algumas Unidades Básicas em lugares improvisados, sem capacidade de atender toda a demanda. É o caso do posto de Vila União, instalado em uma pequena casa, sem sequer uma sala de espera para que os pacientes possam aguardar por sua consulta. É quase impossível realizarem-se atividades além das consultas, a não ser que a comunidade procure espaços fora do posto para realizá-las. No PSF de Dom Expedito, por exemplo, algumas das atividades de saúde são feitas em uma escola pública próxima. A figura 2 mostra a divisão do território de Sobral nos Postos de Saúde.





Figura 2 - Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde



Fonte: Escola Saúde da Família

O principal fator negativo no programa é a falta de médicos. Eles são insuficientes e muitas vezes não podem trabalhar o dia todo no posto de saúde. Isso prejudica muito o atendimento e o acompanhamento dos pacientes, tendo em vista que são os únicos profissionais licenciados a receitar medicamentos. Sendo assim, quando um posto não tem médicos ou eles não estão presentes em certo momento, as enfermeiras têm seu trabalho em partes bloqueado: diagnosticam o paciente, sabem como tratá-lo, mas não podem lhes entregar uma receita. Assim, muitas pessoas, saem insatisfeitas dos postos de saúde por não conseguirem ter seus problemas de saúde resolvidos.

Por último, outra reclamação que ouvimos constantemente a respeito do programa de Sobral foi a queda da qualidade do serviço nos últimos anos.

Tal fato foi levantado tanto por profissionais da saúde pública, como pela população atendida pelo PSF. Eles argumentam que o programa não foi levado tão a sério como na gestão anterior, do outro secretário da saúde (um dos idealizadores do Programa de Saúde da Família, que trouxe a idéia de Cuba), que se empenhava muito mais que o atual. Os envolvidos no programa justificam que o atual Secretário deixou a qualidade do serviço cair e fez menos repasses de recursos e contratações de profissionais para essa área.

A atuação de profissionais de outras áreas da saúde, além de médicos, enfermeiros e dentistas é de bastante agrado à população de Sobral. Os moradores da cidade sempre elogiam o trabalho desses profissionais, que lidam com as pessoas de forma mais próxima e individual. As pessoas se sentem mais importantes e também podem ser atendidas não somente em seus problemas mais graves, mas também quanto aos seus problemas emocionais (psicológicos), baixo peso ou obesidade (educadores físicos e nutricionistas), dores por má postura (fisioterapeutas), entre outros.

Todavia, pudemos deparar com pessoas que não sabiam da existência desses serviços, talvez porque eles não são muito divulgados, talvez porque os residentes são obrigados a focar suas ações apenas nos casos mais graves, tornando-se insuficientes, pelo relativo baixo número de profissionais dessas áreas. Em todo caso, sabe-se que esse serviço deveria ser expandido para atender o maior número de pessoas.

O desenvolvimento do Programa Saúde da Família em Sobral é diferenciado em relação ao país, pois há, além das descrições anteriores, a implementação de práticas específicas, do Trevo de Quatro Folhas e da Residência Multiprofissional. A seguir, será realizada uma descrição desses fatores diferenciais.

## 5.1. Práticas Específicas

São práticas de promoção de saúde que promovem bem-estar individual ou coletivo dos sujeitos envolvidos, onde se estimulam as pessoas a consolidar vínculos e transformar sofrimento em competência. As práticas são desenvolvidas nos Centros de Saúde da Família de Sobral, que oferecem os seguintes serviços: exames, sessões de terapias comunitárias, massoterapia e terapia do resgate da auto-estima.



# Projeto Conexão Local



**Exames:** Nos postos de saúde, são realizados apenas exames simples, denominados “de rotina”, como coleta de sangue e urina. São disponíveis para quaisquer pacientes que vão à unidade básica e cujo exame do profissional aponta a sua necessidade. Seu desenvolvimento acontece em uma sala específica (nas unidades maiores) ou em uma sala onde também são realizados outros procedimentos, tais como vacinação e pesagem das crianças (nas unidades menores). O responsável pela coleta de material para o exame é geralmente uma enfermeira ou uma auxiliar de enfermagem.

**Terapia comunitária:** As sessões são realizadas semanal ou quinzenalmente, dependendo do posto de saúde e da quantidade de participantes. Reúnem-se pessoas interessadas em fazer uma conversa coletiva e falar um pouco mais a respeito dos problemas pessoais que os participantes estão enfrentando. É orientada por um profissional da saúde municipal de Sobral, mas não necessariamente daquele posto de saúde. A terapia a que assistimos, por exemplo, foi gerenciada por uma enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde. A participação do grupo é aberta a quaisquer interessados da comunidade: basta comparecer no horário e local das reuniões pré-estabelecidas e se juntar ao grupo.

A sessão de terapia transcorre da seguinte forma: para começar e aproximar as pessoas é realizada uma breve dinâmica proposta pela coordenadora da atividade – o “quebra-gelo”. Logo depois desse início mais descontraído, aqueles participantes que se sentirem a vontade falam sobre os problemas pessoais que estão enfrentando, que gostariam de compartilhar e ouvir as opiniões do resto do grupo. Ao ouvir todos aqueles que se dispuseram a compartilhar o problema, o grupo inteiro vota sobre qual deles tratará naquela tarde: as escolhas são baseadas nas opiniões sobre qual é a pessoa que mais precisaria da ajuda, ou seja, pela gravidade do problema apresentado, pelo nível de aflição da pessoa, ou quais outros motivos que acharem justos. Após a escolha do tema, cada um dá sua opinião individualmente sobre como agiriam se estivessem no lugar da pessoa que expôs o problema. Cabe ressaltar que não existem julgamentos e ninguém diz: “Você deve fazer isso e não isso”; cada um expõe sua opinião de como agiria se estivesse passando por uma situação semelhante. Após a explanação da opinião de todos que compõem a roda, a pessoa cujo problema foi discutido aponta a solução com a qual mais se identificou, para que, após a terapia comunitária, tente implementá-la para resolver seu problema. Durante a sessão, o responsável pela sua coordenação frisa que nenhuma opinião dada a respeito do problema é melhor que a outra, mas que a solução final escolhida pela pessoa é a melhor para ela, devido à sua

identificação com a situação naquele momento. As sessões têm efetividade de mudança e são fatores de promoção de cidadania, pois concede um direito aos participantes de refletir sobre suas vidas pessoais e, principalmente, sobre seus valores éticos e morais. Ademais, é um momento propício às pessoas da comunidade se conhecerem melhor e se sentirem mais unidas, tentando ajudar umas as outras.

**Massoterapias:** são realizadas em uma sala específica para esse procedimento dentro do posto de saúde. As pessoas interessadas se inscrevem e agendam um horário para receber a sessão de massagem. O trabalho é realizado por um funcionário da saúde pública de Sobral, geralmente um massoterapeuta ou um fisioterapeuta. Este trabalho também proporciona aos pacientes uma melhoria na qualidade de vida, evitando que pequenas lesões musculares tenham uma consequência mais grave na sua saúde.

**Terapia do resgate da auto-estima:** embora a Prefeitura aponte como uma das atividades realizadas, não tivemos oportunidade de participar de uma sessão dessa terapia, nem ouvir falar muito a seu respeito, sobre como e quando elas são realizadas.

## 5.2. Trevo de Quatro Folhas

O Trevo de Quatro Folhas é uma estratégia da Prefeitura Municipal de Sobral para a redução da morbimortalidade materna e infantil, com ênfase no componente perinatal. Atua na melhoria da qualidade da atenção materno-infantil, intervindo na reorganização da assistência ao pré-natal, ao parto, ao nascimento, e ao desenvolvimento da criança nos dois primeiros anos de vida, garantindo apoio social para o exercício do direito à maternidade e à vida.

Sua denominação reflete o desenvolvimento em quatro fases simultâneas, que correspondem: à gestão do cuidado na gestação; no parto e no nascimento; no puerpério; e no acompanhamento da criança até o segundo ano de vida. É uma iniciativa da Prefeitura Municipal de Sobral, por meio da Secretaria da Saúde e Ação Social que, desde dezembro de 2001, articula todos os níveis de atenção à saúde envolvidos na atenção materno-infantil no município, agregando madrinhas / padrinhos sociais na rede de apoio à vida. O suporte social às gestantes, puérperas e crianças de até dois anos, que se encontra em situação de risco clínico e/ou social, é viabilizado pela atuação das mães sociais, quando o apoio familiar é inexistente ou precário.



# Projeto Conexão Local

Oferece os seguintes serviços: apoio de mãe social/apoio alimentar; abordagem individual e/ou famílias para sensibilização das gestantes, mães e famílias resistentes à realização de consultas e exames no pré-natal ou a internação de risco; plano de cuidados de gestantes e crianças em situação de risco e/ou de superação familiar. O Trevo de Quatro Folhas possibilita a oportunidade da sociedade cível de contribuir com a melhoria da qualidade de vida de nossas gestantes e crianças. Esse apoio é viabilizado pela contribuição da Madrinha e do Padrinho Social e da doação de empresas colaboradoras.

Mãe social: é uma pessoa da comunidade selecionada, capacitada e remunerada como diarista, para assumir, na ausência de apoio familiar, as tarefas domésticas da gestante ou da mãe de criança em situação de risco clínico e/ou social, promovendo o auto-cuidado da gestante, o aleitamento materno e os cuidados com a criança.

Madrinha/Padrinho social: é uma pessoa da sociedade civil que se solidariza com o ideário de apoio à vida e contribui com uma quantia mensal para ajuda as gestantes, nutrizes e criança com carências nutricionais. O valor das contribuições mensais é definido pela própria madrinha ou padrinho, devendo ser no mínimo de 5% do salário mínimo, que pode ser restituído do seu imposto de renda.

Resultados: um dos maiores resultados é redução da Taxa Mortalidade Infantil que caiu de 29,2 em 2001 para 16,4 óbito/mil nascidos vivos em 2005. Houve diminuição de óbitos maternos, fetais e infantis evitáveis, o que demonstra melhoria na qualidade da assistência materno-infantil no Município. Entre os indicadores de monitoramento da qualidade da assistência pré-natal destacamos o aumento da captação precoce das gestantes e o aumento no número de gestantes com seis ou mais consultas. Observou-se um significativo fortalecimento do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Perinatal e Infantil, na sistematização da investigação e discussão dos óbitos e na articulação da rede de atenção materno-infantil para a proposição de medidas que visam a redução dos óbitos evitáveis. O Trevo recebeu pelos resultados alcançados os prêmios de Menção Honrosa na II Mostra Nacional de Saúde da Família (2004); ficou entre os vinte finalistas do prêmio Gestão Pública e Cidadania da Fundação Getúlio Vargas (2005); recebeu menção honrosa no prêmio Bibi Vogel do Ministério da Saúde (2005).





O Trevo é reconhecido pela população como um dos programas de saúde de Sobral, cuja proposta é mais bem concretizada e traz resultados visíveis. Tanto pela ajuda financeira quanto pelo apoio da mãe social, o projeto tem melhorado as condições de vida de diversas mulheres da cidade. A presença das enfermeiras do Trevo nas visitas domiciliares é de grande auxílio às famílias, dando dicas de como cuidar corretamente da criança, como continuar a nova vida com mais um filho e orientando o planejamento familiar. Além disso, o programa elevou o número de mães que fazem o exame pré-natal e, dessa forma, conseguem levar a gestação até o final, saudavelmente.

Entretanto, algumas participantes do Trevo não compreendem muito bem o objetivo do projeto, tendo em vista casos de mulheres que queriam ter mais um filho, para terem mais uma vez o apoio do programa. Por isso, acreditamos que o Trevo deva enfatizar mais o seu objetivo ao auxiliar as mães e gestante participantes do projeto.

## 5.3. Diferencial dos PSF de Sobral

### 5.3.1. Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família

No sentido de avançar ainda mais na qualificação da atenção básica, a Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral implantou, em maio de 2005, cinco Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família, para inserção das ações de atividade física, alimentação/nutrição, saúde mental e reabilitação no âmbito da atenção básica. Os cinco núcleos reúnem 40 profissionais de sete diferentes categorias (psicólogos, fisioterapeutas, educadores físicos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, e nutricionistas), atuando de forma articulada com as 48 Equipes de Saúde da Família. A implantação dos Núcleos de Saúde Integral, iniciativa pioneira em todo o país, tem proporcionado uma abordagem interdisciplinar dos problemas de saúde identificados em indivíduos e, em especial, nas comunidades, permitindo que sejam planejadas ações de intervenção adequadas à realidade de populações ou grupos específicos.

O município de Sobral conta, portanto, com 48 equipes distribuídas em 27 Centros de Saúde da Família, sendo 14 na sede e 13 nos distritos. Com a cobertura assistencial de 96% da população, o que equivale a 44.854 famílias acompanhadas, a Estratégia Saúde da Família vem se fortificando como eixo estruturante da atenção à saúde.



Cada PSF possui o atendimento de profissionais da Residência Multiprofissional. Eles são formados nos cursos de nutrição, educação física, farmácia, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e fisioterapia. Os profissionais da residência não trabalham em apenas um PSF, e sim em seus núcleos (que abrangem alguns postos da área urbana e alguns da área rural). Suas atividades são visitas domiciliares e grupos relacionados a temas de acordo com sua formação.

Esse é um ponto diferente do PSF de Sobral em relação à maioria dos programas no Brasil. Dessa forma, eles conseguem um acompanhamento mais integral do paciente, não apenas no âmbito físico, mas em termos sociais e psicológicos também.

## 6. A Residência Multiprofissional

A Residência Multiprofissional corresponde a um curso de pós-graduação *lato sensu* para formação de Profissionais de Nível Superior, caracterizado por formação em serviço sob a supervisão de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, organizado a partir de um consórcio entre a Prefeitura Municipal de Sobral/Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e a Universidade Estadual Vale do Acaraú. Cuida da formação de profissionais de: educação física, terapia ocupacional, serviço social, fisioterapia, psicologia, nutrição e farmácia.

Os residentes são agrupados em Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família, que prestam assistência a determinados posto da sede e dos distritos. Cada núcleo é composto por profissionais de diferentes formações e são orientados por preceptores. Em conjunto, os cinco núcleos abrangem todos os postos das áreas urbana e rural de Sobral.

Núcleo 1: Sede: Tamarindo, Estação e Sumaré. Distrito: Taparuaba, Bilheira e Caracará.

Núcleo 2: Sede: Sinhá Sabóia, Dom Expedito e Pedrinhas. Distrito: Patriarca, Caioca e Bonfim.

Núcleo 3: Sede: Terrenos Novos e Vila União. Distritos; Aprazível e Jaibaras.





Núcleo 4: Sede: Padre Palhano, Coelce, Alto do Cristo e Alto Novo. Aracatiaçu, Jordão e Barracho.

Núcleo 5: Sede: Expectativa, CAIC, UVA e Junco. Distrito: Rafael Arruda e Torto.

## 6.1. Perfil dos alunos

Juntamente ao acompanhamento do projeto, tivemos a oportunidade de conhecer e conviver com vários dos residentes do Programa de Saúde da Família de Sobral. Conhecemos trechos de suas histórias de vida, os motivos que lhes fizeram optar pela residência em Sobral e como trabalham nessa residência. Dessa forma, pudemos traçar um perfil relativo no qual se encaixa grande parte dos residentes dessa cidade.

Eles são, em sua grande maioria, jovens de outras localidades do Brasil (tanto de dentro, como fora do Estado do Ceará), formados na UVA (Universidade Estadual do Vale do Acaraú) ou em faculdades de suas cidades de origem. São jovens, com idade entre 24 e 30 anos, formados há pouco tempo. Muitos são recém-formados e a residência corresponde ao primeiro trabalho depois do término da faculdade.

Foi possível notar que muitos escolheram a residência de Sobral por ser uma referência nacional em Saúde da Família. Além disso, vários estudantes se mostraram muito interessados em trabalhar na área da saúde pública, atuando como profissionais do SUS, e por compreenderem que esse perfil lhes enquadra melhor.

Todavia, quase todos disseram que pretendem sair de Sobral logo ao término da residência e, portanto, não se vêem naquela cidade por mais longos anos: alguns por acreditarem que a cultura local é muito diferente daquela com a qual estão habituados em suas terras natais, ou por acharem que sempre serão vistos como residentes e terão dificuldades em crescer dentro do Programa estabelecido pela Escola de Saúde da Família.

É notável que alguns residentes, por motivos de personalidade e características próprias, são mais bem sucedidos na atuação nos PSF que outros. Isso pode ser notado pela forma como os pacientes respondem às suas atividades e atendimentos. É visível o quanto alguns são realmente queridos pela população, que os ouve, respeita e elogia. Outros, contudo, não envolvem os pacientes



em suas atividades o quanto seria ideal. O motivo pelo qual esse insucesso se dá pode ser a falta de aproximação e até mesmo carisma.

Os residentes, portanto, compõem um grupo bem diverso de profissionais, com diferentes capacidades, condutas e personalidades. No entanto, uma das características em comum é a pró-atividade presente em suas ações e implementação dos trabalhos para com a comunidade. É necessário que sejam pró-ativos, pois há um exercício de aproximação com as pessoas da comunidade, a identificação das demandas e o trabalho para atendê-la. A participação de uma terapia em grupo, realizada por uma residente psicóloga, para uma comunidade situada no Distrito de Caracará, Sabonete, nos mostrou a prática dessa pró-atividade: além de ter que viajar por uma hora para acessar o local, a residente havia marcado essa sessão 15 dias antes, com a líder local, e foi com o intuito de discutir algumas questões colocadas pela própria comunidade, como o papel da mulher. Ademais, é necessário que sejam criativos, na busca pelas soluções aos problemas da comunidade. Assistimos também a uma sessão do grupo de ginástica com um residente educador físico e, para solucionar a questão do material utilizado nos exercícios físicos, confeccionou halteres de garrafas plásticas cortadas ao meio e preenchidas de cimento, presas uma a outra com um tubo de PVC.

É, portanto, com essas características que os residentes continuam a promover a cidadania em Sobral, disseminando ações que estrategicamente colaboram com a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

## 6.2. Relação com a comunidade

Questionando pessoas da comunidade a respeito do Programa de Saúde da Família, descobrimos que há muitas reclamações sobre o cenário atual. A maioria das reclamações fundamenta-se na insuficiência do número de médicos nos postos, para atender à grande demanda por atendimentos. Como as enfermeiras não podem receitar medicamentos, nem solicitar exames, o atendimento acaba por ficar deficitário.

Entretanto, ao perguntarmos sobre as ações implementadas pelos residentes, as opiniões se invertem. Grande parte da comunidade elogia os grupos, por serem atividades interessantes e que colaboram muito em seu dia-a-dia. Elogiam o trabalho dos residentes e dizem que são sempre



muito atenciosos, apresentando atividades que lhes agradam.

Por outro lado, muitas pessoas desconhecem a existência dessas ações e, por isso, não têm opinião formada a respeito do trabalho dos residentes. Isso pode ser devido a pouca divulgação dos grupos ou à baixa participação ativa dessas pessoas no Programa. Neste caso, demonstra-se que o programa não está atingindo de forma efetiva a toda população.

### 6.3.Prática X Teoria

Como em qualquer curso, projeto ou trabalho, o que é idealizado na teoria nem sempre é possível ser colocado em prática. Muitas vezes, os profissionais não conseguem cumprir tudo que está prometido no papel por falta de recursos, como tempo, equipamentos públicos (como transportes) ou infraestrutura dos postos (salas para prática de fisioterapia, por exemplo); pelos profissionais não terem um perfil tão adequado quanto o requerido pelo PSF; ou mesmo pelos profissionais dedicarem tanto tempo na prática nos postos que acabam deixando em segundo plano a questão do aprendizado teórico.

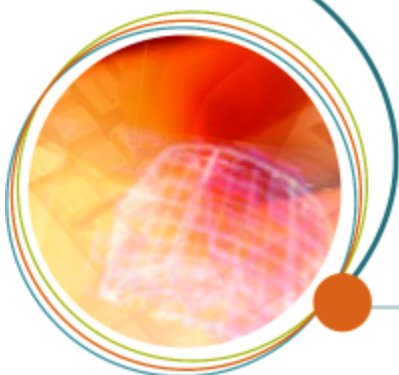
Trataremos a seguir algumas das teorias tiradas do site da Escola Saúde da Família, que definem a Residência Multiprofissional, e classificaremos conforme sua aplicação na prática e outras que não são tão fáceis de serem atingidas.

#### 6.3.1. Teorias que são postas em prática

- **Análise do conceito de família e compreensão de suas dimensões (históricas, culturais e sociais).** A todo o momento, os residentes se questionam sobre como suas ações serão refletidas no âmbito familiar e como poderão trazer à prática a efetividade de suas instruções à população;
- **Compreensão dos fundamentos básicos da organização do SUS e da Estratégia do PSF.** A Escola de Formação em Saúde Família Visconde de Sabóia trabalha com um modelo pedagógico baseado na participação, diálogo, e na problematização da realidade vivenciada pelos residentes. Dessa forma, estão cientes de toda organização do SUS e da estratégia do PSF.



# Projeto Conexão Local



- **Realizar, junto com o grupo e a comunidade, um plano para agir na área que abrange a Unidade de Saúde.** Entretanto, algumas vezes os residentes fazem visitas domiciliares fora do campo de abrangência do PSF, para atender às necessidades da população.
- **Possibilitar a melhoria de acesso da população ao serviço, da forma de organização do serviço e do processo de trabalho.** Os residentes são responsáveis pela estruturação de suas atividades e visam o bem da comunidade. Portanto, para que atinjam o máximo de efetividade de seu trabalho, buscam possibilitar o acesso da população ao serviço, com ações que exigem muita pró-atividade e criatividade.
- **Coletar, processar, analisar e divulgar as informações de saúde na sua área de atuação, trazendo ações de vigilância epidemiológica, com busca ativa, investigação e notificação de agravos, óbitos e nascimentos.** Esse item acontece com a colaboração do projeto Trevo, uma iniciativa também municipal, que cuida do período de gestantes e até crianças de dois anos.
- **Conceitos, métodos e procedimentos apropriados para ajudar no controle de doenças imunopreveníveis e zoonoses.** Os residentes aprendem esses, por meio de suas aulas, seminários, palestras e pesquisas para a elaboração de sua tese de conclusão do curso.
- **Conceitos e abordagens de procedimentos indicados para ações básicas de Vigilância Sanitária, como controle ambiental e higiene domiciliar.** Também são apresentados aos residentes por meio de aulas, seminários, palestras e pesquisas para a elaboração de sua tese.
- **Compreender conceitos fundamentais e utilizar abordagens, métodos e técnicas apropriadas para planejar e realizar ações de educação em saúde junto às famílias e à comunidade de sua área de abrangência.** As ações são realizadas com base em uma aprendizagem empírica de métodos de abordagem, ou seja, baseadas em uma

conduta anteriormente testada e melhorada ao longo de sua atuação como residente.

- **Compreender os conceitos fundamentais e utilizar as abordagens e métodos adequados para desenvolver ações destinadas à organização comunitária em sua área de abrangência.**
- **Identificar, articular e negociar com diferentes atores sociais, equipamentos sociais do território, diferentes níveis decisórios da rede de serviços de saúde e de outros serviços públicos e privados, na perspectiva da intersectorialidade.** Os residentes estão sempre em contato com os demais profissionais de saúde, presentes nos postos e nos hospitais, para que possam discutir, dialogar e criar alternativas de atendimento aos pacientes.
- **Atuar na equipe de saúde da família tendo em vista a complementaridade da intervenção multiprofissional.** Os residentes atuam de forma ativa no Programa Saúde da Família, sendo reconhecidos pelos demais profissionais e pela própria população.

6.3.2 Teorias não colocadas em prática ou postas em prática parcialmente

- **Refletir sobre o processo saúde/doença, sua evolução histórica e sua influência sobre os modelos assistenciais.** Não existe questionamento a respeito da evolução histórica das moléstias.
- **Realizar diagnóstico de saúde do território, cadastramento das famílias e identificar microáreas de risco.** Os agentes comunitários de saúde fazem em parte esse papel, mas não vimos residentes realizando esse trabalho.



# Projeto Conexão Local



- **Gerenciar a(s) unidade(s) de saúde de seu território-população, planejando e solicitando os equipamentos e insumos necessários para o bom atendimento aos usuários.** Devido ao problema estrutural da falta de insumos, os residentes não podem realizar constantemente esses pedidos, mesmo que a falta de tal procedimento faça com que o atendimento seja prejudicado.
- **Ser capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde da população, dos diversos grupos etários da comunidade onde atua, abordando-os de forma integral.** Não acontece algo tão abrangente, tendo em vista que a atuação fica mais restrita à sua formação e seu grupo correspondente.
- **Ser capaz de realizar uma abordagem clínica para os principais problemas de saúde da mulher, conhecendo as condutas mais indicadas para os diferentes quadros, contemplando nesta abordagem questões ligadas ao conceito de gênero.** Tivemos a oportunidade de participar de um seminário, que tratava de questões específicas da mulher, mas em um âmbito mais social e menos clínico.
- **Realizar uma abordagem clínica dos principais problemas de saúde ligados à criança, acompanhando de forma adequada o seu crescimento e desenvolvimento.** Não vimos nenhuma ação dos residentes relacionada diretamente ao público infantil quanto à questão da saúde.
- **Atuar junto ao adolescente, enfocando principalmente as questões ligadas à sexualidade, como também junto à população idosa, estimulando a sua participação na comunidade. Atuar na manutenção da saúde do trabalhador.** Tivemos a oportunidade de assistir a um seminário que tratava o tema da sexualidade. Todavia, este não fora realizado em contato com a comunidade: tratava-se de um projeto realizado na Escola de Saúde da Família apenas para a formação dos residentes.



# Projeto Conexão Local

O fato de existirem diretrizes, mas algumas delas não serem postas em prática ou postas em prática parcialmente, prejudica o aprendizado e a formação dos residentes. Muitas vezes, pudemos notar que esses profissionais não tinham tempo suficiente para se dedicar à parte mais teórica de seu aprendizado. A demanda das comunidades é tão grande e freqüente, que os residentes são obrigados a estar constantemente em campo, para auxiliar os outros profissionais, que não conseguem atender a todos. Todavia, o fato de eles não poderem se empenhar mais profundamente na formação teórica também prejudica o atendimento aos pacientes, por não terem conhecimento satisfatório em alguns aspectos que foram colocados em segundo plano. Isso traz graves conseqüências, como piores serviços de saúde públicos para a população.

Além disso, não presenciamos nenhuma atividade voltada especificamente para um segmento da população como as diretrizes indicam (mulheres, crianças e adolescentes). Os residentes são obrigados atender as demandas que lhe aparecem subitamente, sem espaço para um acompanhamento mais direto e cíclico dos pacientes. Os únicos casos onde se pode notar um acompanhamento mais direto e contínuo são os grupos de interesse (terapias em grupo, grupos de hábitos saudáveis, entre outros). Entretanto, tais ações abrangem apenas um pequeno grupo dentro de uma grande população.

A Residência Multiprofissional, portanto, é uma estratégia do Programa Saúde da Família que contribui com o foco da Atenção Básica. Pudemos presenciar momentos em que os resultados das ações dos residentes eram efetivos, e outros nem tanto. Criada em 2001, a Escola de Formação em Saúde da Família já formou duas turmas de residentes e está prestes a completar a terceira. É uma iniciativa relativamente nova, em desenvolvimento constante e que ainda necessita de melhoras, mas que conta com um grande apoio da comunidade e dos demais profissionais envolvidos no programa. Alguns dos residentes desenvolvem um trabalho de intensa proximidade com a comunidade, com ações periódicas e contínuas (progridem a cada encontro) e tratam de assuntos demandados pelos próprios pacientes. Nesses casos, os residentes tratam seus pacientes pelos nomes e se preocupam com o seu dia-a-dia. Nos casos em que os profissionais não conseguem realizar seu trabalho de forma efetiva, há um distanciamento em relação à comunidade, sem sucesso em obter sua atenção. Portanto, o tratamento dos pacientes pelos residentes é realizado de forma humana, disseminando-se o conceito de cidadania presente em suas ações.





## 7. Conclusão

O Programa de Saúde da Família em Sobral contém muitos fatores que o torna avançado frente aos demais programas nesse modelo no país. Isso acontece porque esse projeto não é isolado: ele se encontra imerso em uma ampla gama de serviços de saúde públicos municipais, como o Trevo, a Escola de Saúde da Família e as frentes de atenção secundária (CAPS, CEO, CEM, CEREST, Zoonoses, Vigilância Sanitária). O fato de o programa ser pioneiro na cidade de Sobral também se deu pela iniciativa do ex-secretário municipal de saúde. Além disso, conta com atuação de todos os envolvidos no projeto de forma intensa e profundamente comprometida com a comunidade.

A residência multiprofissional instituída pela Escola de Saúde da Família é uma das estratégias que diferenciam o programa dos demais existentes no Brasil. Apesar de não atingir 100% da população, o trabalho dos residentes que visa a promoção e prevenção da saúde não abrange apenas os aspectos patológicos dos pacientes. Eles assistem os pacientes também no âmbito psicológico e social, trazendo dessa forma atenção integral aos indivíduos e promovem, por isso, cidadania.

Além disso, existe o forte trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, que englobam todas as pessoas do município. Eles criaram uma forte proximidade com a população e são capazes de balancear o trabalho médico com a cultura popular. Por isso, são bem aceitos e admirados por toda a comunidade.

Entretanto, o projeto ainda possui falhas. A principal delas seria a grave falta de médicos em muitas Unidades Básicas de Saúde (em especial na área rural) que prejudica o atendimento e os diagnósticos que não podem receber receitas médicas.

Acreditamos que para pesquisas futuras seria interessante se aprofundar um pouco mais no estudo sobre as iniciativas de atenção secundária e a forma como elas complementam a atenção básica. Ademais, propomos o estudo da possível melhoria da relação entre os médicos e a comunidade, seja pelo aumento do número de médicos por paciente, seja pelo treinamento dos já existentes no município ou pela residência médica em Saúde da Família. Por fim, seria substancial estudar a divisão dos recursos destinados à saúde do município, em função dos efeitos que a implementação da atenção básica e suas práticas diferenciais trouxeram para a saúde de Sobral.



## 8. Pontos de vistas pessoais

### 8.1 Minha experiência pessoal com a viagem – antes e depois – Amanda

Saber que eu ia para um projeto extenso em uma cidade grande (pelo menos em comparação com as demais) sinceramente não me foi de grande ânimo. Não sei ao certo como dizer, mas eu estava esperando ir para uma cidade muito pequena em um projeto também de tamanho reduzido. Todavia, depois de voltar da viagem eu tive a certeza de que era para Sobral que eu deveria ser mandada. Amei a cidade, amei o projeto, amei as pessoas simpáticas e hospitaleiras daquela cidade tão fascinante.

Claro que ao longo do mês todos nós tivemos percalços, tristeza, saudade, solidão, brigas com os que ficaram em São Paulo. Mas nada disso pôde tirar de mim essa experiência tão incrível e compensadora. Sinceramente eu não acho que teria como ser melhor, em uma outra cidade, em um outro projeto, com uma outra dupla ou outra tutora.

Conhecer o projeto foi muito interessante, lidamos com uma realidade muito diferente da nossa, pessoas de uma classe social e cultura muito diferentes daquelas que estamos acostumadas (pacientes dos PSF). Exatamente por isso foi tão enriquecedor, ver que a vida não é apenas o cubículo em que vivemos no nosso dia-a-dia. Ouvimos histórias há tempos de como é a vida de pessoas carentes e como é a seca no sertão. Mas ver tudo aquilo na sua frente é muito diferente, é muito mais chocante, você aprende muito mais. Ver o quanto lutadoras são aquelas pessoas que além das dificuldades financeiras ainda possuem as dificuldades climáticas de uma região tão castigada pela seca.

Também foi muito enriquecedor o contato com pessoas mais próximas da nossa realidade, os residentes. Pessoas de todos os cantos do país, mas todas com um mesmo objetivo, todas querendo trabalhar na rede pública e realmente ajudar àquelas que mais precisam. Histórias de vida diferentes, desejos para diversos para quando a residência terminar e mesmo o consolo e a integração quando necessária para nós duas que estávamos há tantos dias longe de casa (a maioria deles também estava há muito tempo longe de casa, mas não apenas dias e sim meses).

Tudo isso foi incrível e eu só tenho como agradecer por ter tido a oportunidade de participar de um projeto tão fantástico como esse.



Também por eu ter insistido em ir mesmo com os problemas que eu tive antes de embarcar. Eu voltei outra pessoa dessa viagem, fato que muitas pessoas que me conhecem puderam constatar.

## 8.2 Uma paulistana em meio ao calor sobralense - Andrea

Ao me inscrever no processo seletivo do Projeto Conexão Local, estava disposta a enfrentar as condições mais adversas em troca de uma experiência enriquecedora. Os principais fatores que me desafiavam e me motivaram a investir nesse projeto enriquecedor foram: morar em uma cidade diferente de São Paulo, mas, principalmente, uma região completamente diferente do Sudeste; conviver diariamente e criar uma relação de cumplicidade com uma pessoa desconhecida; e descobrir uma realidade que divide o mesmo território e governo nacional comigo, mas que eu conhecia apenas pela mídia.

Morar em Sobral por um mês, entrar em contato com pessoas de diversas localidades do país e, principalmente, explorar novas culturas foi, de fato, muito enriquecedor. O clima é diferente, ou seja, é uma região com a temperatura muito alta (média anual de 27°C); a rotina das pessoas e a dinâmica da cidade é extremamente diferente da paulistana, visto que se trata de uma cidade pequena no meio do sertão nordestino; o comportamento individual é muito discrepante de São Paulo, onde somos muito mais fechados ao convívio social e nos concentramos principalmente em nossas rotinas pessoais. Tivemos a oportunidade de conhecer e conviver com pessoas maravilhosas, que nos receberam “de braços abertos” e logo nos acolheram carinhosamente, que nos ensinaram muito e que dividiram experiências inesquecíveis conosco. Obviamente, enfrentamos obstáculos como saudades e solidão, mas que foram facilmente superados e colocados em segundo plano nessa experiência.

A convivência com a Amanda também foi, de fato, enriquecedora: aprender a lidar com diferenças pessoais e de personalidade; a conviver com uma pessoa desconhecida; e conseguir equilibrar momentos de cessão. Compartilhar essa experiência com ela foi necessário, porque conseguimos dividir muitos conhecimentos pessoais e comportamentais.

Além de nos depararmos com divergências culturais, enfrentamos situações com pessoas que tinham condições sócio-econômicas muito precárias. Esse choque foi importante para nossa conscientização, mas o que mais nos importou foi conviver com pessoas que trabalham ativamente para reverter



esse quadro de pobreza e miséria, em busca de cidadania e de um equilíbrio de direitos de todos. Desta forma, podemos entender e discutir mais amplamente sobre a sociedade e os problemas de nosso Brasil tão imenso e divergente.

Devo, deste modo, agradecer às equipes do Programa Gestão Pública de Cidadania e do GVPesquisa pela oportunidade que me foi dada, e aos que me acolheram em Sobral. Gostaria também de agradecer à nossa tutora, Gabriel Lotta,

Portanto, participar do Projeto Conexão Local representa mais que uma pesquisa de campo: foi uma experiência indubitavelmente incrível, que me possibilitou crescer e viver uma realidade distante na qual estou inserida. Além disso, pude desenvolver uma visão crítica e mais completa deste contexto. A magnitude da vivência em Sobral certamente pode ser comprovada com as marcas que deixou na minha vida e na minha personalidade.

## 9. Anexos

### OBJETIVO GERAL:

Capacitar profissionais de nível superior para atuarem à nível da estratégia de Saúde da Família, adequando-os para o novo modelo de atenção proposto.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Definir conceitos, princípios e tendências na assistência à Saúde, bem como o processo de construção do SUS e seus princípios gerais.
2. Estudar marcos teóricos e conceituais da família, enfocando aspectos históricos, culturais e sociais da dinâmica familiar.
3. Identificar as inter-relações entre família, sociedade e meio-ambiente.
4. Aplicar conceitos epidemiológicos à prática diária das equipes de saúde da família.



# Projeto Conexão Local

5. Definir Distrito Sanitário e dominar técnicas de territorialização, estimativa rápida, cadastramento familiar e planejamento local estratégico.

6. Definir instrumentos para análise de situação da área e para organização e gerenciamento de informações para traçar o plano de ação da equipe de saúde da família.

7.. Habilitar os profissionais para gerenciar o serviço de saúde da família.

8. Preparar o profissional para trabalhar de forma interdisciplinar e intersetorial.

9. Capacitar os Profissionais para vigilância à saúde no nível da Atenção Primária.

10. Habilitar os Profissionais de Saúde para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade abrangendo a assistência ambulatorial, visita e internamento domiciliar, atendimento de urgência e emergência no nível da atenção primária de saúde.

11. Habilitar os profissionais de saúde para solucionar os principais problemas de saúde da mulher, sensibilizando-os para uma atuação que contemple as questões ligadas ao gênero.

12. Habilitar os profissionais de saúde para solucionar os principais problemas de saúde da criança, na busca do seu crescimento e desenvolvimento saudável.

13. Habilitar os profissionais de saúde para solucionar os principais problemas de saúde do adolescente.

14. Habilitar os profissionais de saúde para solucionar os principais problemas de saúde do idoso, buscando estimular sua participação na comunidade.

15. Capacitar os profissionais de saúde a tomar decisões baseadas em evidências científicas encontradas na literatura.



16. Instrumentalizar os Profissionais de Saúde para o desenvolvimento de atividades científicas.

17. Instrumentalizar os Profissionais de Saúde para Educação em Saúde, mobilização e organização comunitária.

## CONCEPÇÃO PEDAGÓGICA:

O curso de Especialização com caráter de Residência em saúde da Família de Sobral trabalha a partir de uma concepção pedagógica baseada na participação, no diálogo e na problematização da realidade vivenciada pelos profissionais da área de saúde.

Em sua prática pedagógica, a Especialização reveste especial atenção à ação do aluno enquanto transformador de suas relações com os objetos de conhecimento e de sua prática de trabalho. Esta concepção, denominada “sócio-interacionista”, explica o conhecimento mediante a participação, tanto do sujeito quanto dos objetos de conhecimento na construção de um novo saber, o que resulta não só na organização do real, como também na construção das estruturas de conhecimento do sujeito.

O Curso de Especialização em saúde da Família adota o modelo de formação continuada denominado “Interativo-Reflexivo” (SHON, 1987), ou seja, uma formação aplicada à resolução de problemas do cotidiano em contexto de trabalho, com períodos de distanciamento para reflexão e apoio externo (momentos teóricos e de discussões). Neste modelo, trabalhar e formar não são atividades distintas.

Eixos norteadores:

- Articulação entre saúde e educação;
- Conceito de saúde como qualidade de vida;
- Sensibilidade com a totalidade da existência humana;
- Valorização da participação, do diálogo e problematização da realidade vivenciada;
- Formação como tempo de vivência profissional (não dicotomiza o tempo de formar do tempo de atuar);



- Formação a partir das experiências da produção coletiva;
- Articulação constante da teoria com a prática cotidiana;
- Valorização do conhecimento prévio do aluno;
- Abordagem crítica, reflexiva e contextualizada dos conteúdos e das práticas;
- Busca da autonomia do aluno.

## RECURSOS METODOLÓGICOS:

### 1. FORMAÇÃO EM SERVIÇO

#### 1.1. PRÁTICAS EM SERVIÇOS AMBULATORIAIS NAS UNIDADES DO PSF, ACOMPANHADAS POR MEMBROS DO GRUPO DE PRECEPTORIA.

No caso dos médicos, cada residente terá acompanhamento de suas atividades nos Centros de Saúde por no mínimo oito horas semanais. O preceptor deverá trabalhar acompanhando o atendimento do residente dentro do consultório durante o horário destinado à preceptoria, supervisionando a anamnese, exame físico, o diagnóstico e a conduta terapêutica de cada caso, discutindo todo o processo do atendimento, de forma a resolver o problema trazido pelo usuário. Os preceptores acompanharão os residentes também durante visitas domiciliares. Os residentes terão no mínimo oito horas mensais com cada um dos especialistas de três áreas básicas: pediatria, clínica geral e gineco-obstetrícia.

Quanto aos enfermeiros, os preceptores farão acompanhamento das atividades nos Centros de Saúde, cada enfermeiro deve receber no mínimo uma visita semanal. Estas visitas terão o intuito de supervisão do processo de trabalho do profissional, onde serão discutidas e avaliadas as condutas dos residentes. Será dada ênfase para organização do serviço, manejo de cada caso, atividades dos programas, atividades comunitárias de promoção e educação em saúde.

Os residentes das demais áreas também serão acompanhados. (item em desenvolvimento)





## 1.2. SESSÕES DE DISCUSSÃO DE CASOS.

Atividade realizada envolvendo todas as categorias profissionais. Consiste em discussões de casos atendidos nas unidades de saúde, previamente selecionados pelas equipes e enviados aos preceptores com antecedência de uma semana.

O objetivo da discussão é:

- Aprimorar as informações sobre o caso;
- Formular o diagnóstico global e multiprofissional;
- Elaborar o plano de tratamento.

Para isto deverão ser observados os seguintes passos:

- Verificar se as informações sobre o caso estão completas e são suficientes para elaboração do diagnóstico e do plano terapêutico;
- Procurar agregar, com a participação de todos os membros da equipe (multiprofissional), novos dados que esclareçam as hipóteses causais para o caso;
- Identificar as melhores alternativas e intervenção, sempre na perspectiva multiprofissional;
- Identificar os fatores ambientais que interferem no caso;
- Identificar na conjuntura social e local quais as ações podem ser desenvolvidas para alterar os determinantes do caso;
- Elaborar um plano de tratamento definindo as intervenções necessárias a curto prazo, médio e longo prazo;
- Definir o papel de cada membro da equipe no plano de tratamento.

Como passos intermediários a equipe deverá definir:

- As formas de anotação das informações sobre cada caso;



- Como serão feitos os registros dos casos, para posterior recuperação em levantamentos diagnósticos sobre o trabalho da equipe.

Cada equipe poderá ter sessões abrangendo casos de crianças, adolescentes, adultos e idosos. As sessões serão coordenadas pelos preceptores de cada uma das áreas de conhecimento.

Conteúdo da discussões deverá focar os caso na perspectiva do atendimento na Unidade Básica de Saúde e deverá pautar-se na concepção do PSF, procurando contemplar o papel de toda equipe na abordagem do caso.

### 1.3. PLANTÕES EM SERVIÇOS DE NÍVEL SECUNDÁRIO DO MUNICÍPIO:

Os plantões ocorrerão nos Hospitais do município de Sobral que possuem serviços de nível secundário, como a Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Hospital do Coração, Hospital e Maternidade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, e a Unidade Mista Dr. Thomaz Corrêa Aragão. Os plantões serão na emergência destes serviços, nas áreas básicas de clínica médica, pediatria e gineco-obstetrícia (maternidade), acompanhados por profissionais médicos e enfermeiros especialistas, que estejam de plantão no respectivo serviço. Para tal serão previamente contactadas as chefias destas unidades.

## 2. CONTEÚDO TEÓRICO:

Carga horária: oito horas semanais mais onze módulos de vinte a sessenta horas.

### 2.1. Aulas expositivas

Abordagem do conteúdo através de exposição oral de um facilitador/professor, com utilização de recursos audiovisuais pertinentes.

### 2.2. Aprendizado Baseado em Problemas

Método instrucional que visa dotar o educando de conhecimento aplicável à solução de problemas, procurando explicar os processos subjacentes, princípios ou mecanismos que sustentam os fenômenos (problemas) estudados.



## 2.3. Seminários

Estratégia que tem intuito de ampliação da discussão teórica, possibilidades de aprofundamento do conhecimento e atualização dos temas pertinentes e específicos para um melhor aproveitamento da aprendizagem. A técnica se processa com um grupo de estudo em que se debate a matéria exposta por cada um dos participantes.

## 2.4. Oficinas

Método utilizado para facilitar a discussão de diferentes experiências em determinado grupo, sobre assuntos relacionados ao processo de conhecimento que se pretende construir. Nesta técnica existe a possibilidade de utilização de recursos educacionais não tradicionais.

## 2.5. Sessões clínicas e/ou de óbito

Espaço reservado para apresentação de casos e discussão. A idéia é seguir um roteiro previamente elaborado, onde cada equipe terá a oportunidade de expor um caso problemático, o mesmo será apreciado por todos os participantes, com o objetivos de detectar falhas no processo de atenção. Em relação ao óbito, o grupo terá possibilidade de reconstituir todos os eventos ocorridos, e a partir daí analisar os determinantes e lacunas no processo de atendimento. As sessões deverão contar com recursos audiovisuais que possibilitem maior aproveitamento dos participantes.

## 3. GRUPOS DE PRECEPTORIA

O grupo de preceptoria será composto por professores da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA; Universidade Federal do Ceará - UFC; Universidade Estadual do Ceará - UECE; Médicos da Cooperação técnico-científica para articulação docente assistencial da UVA, Prefeitura Municipal de Sobral (PMS) e do Ministério de Saúde Pública de Cuba (MINSAP); médicos e enfermeiros vinculados ao Sistema Local de Saúde de Sobral.

O grupo de preceptoria de categoria também conta com a atuação de assistentes sociais e psicólogos.



## CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

### MÓDULO 1 - FAMÍLIA, SAÚDE E COMUNIDADE - 30 horas -

\*Abordagem antropológica e Psicosocial da Família (12h) - Estudo sobre a família nas diferentes abordagens teóricas. Aspectos psico-sociais da família. Família e cultura. Funções da família.

\*Saúde da família na perspectiva da ação comunitária. A família como reprodutora das ações de saúde na comunidade. Desenvolvimento da auto-gestão em saúde da família. Práticas alternativas no cuidado da família.

### MÓDULO 2 - EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE - 20 horas -

Conhecimento científico x Conhecimento popular. Técnicas de educação em saúde. Organização de grupos comunitários.

### MÓDULO 3 - O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - 30 Horas. -

Evolução histórica do Sistema de Saúde no Brasil; princípios norteadores e organizacionais; Programa de Saúde da Família - filosofia, objetivos, abrangência e estrutura organizacional.

### MÓDULO 4 - PROMOÇÃO DA SAÚDE - 20 horas -

Ações Intersetoriais em Saúde. Municípios Saudáveis.

### MÓDULO 5 - METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTÍFICO - 30 horas -

O processo da pesquisa. Pressupostos teóricos da investigação. Objetividade. Neutralidade. Método quantitativo e método qualitativo de pesquisa. Delineamento do estudo. Técnicas de coleta de dados. Fase do trabalho de campo. Análise. Conclusão.



## **MÓDULO 6 - EPIDEMIOLOGIA E BIO-ESTATÍSTICA - 30 horas -**

Conceito e objetivos da Epidemiologia. Medidas de Saúde Coletiva. Medicina baseada em evidências

## **MÓDULO 7 - VIGILÂNCIA À SAÚDE E SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE - 30 horas -**

Coleta, processamento e utilização dos dados. Sistematização das informações como subsídio ao gerenciamento dos serviços de saúde. Sistema de Informação Ambulatorial (SIAB). Sistema de Informação dos Nascidos Vivos (SINASC). Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Sistema de Informação de Agravos (SINAN). Noções Básicas de EPI-INFO. Vigilância Sanitária.

## **MÓDULO 8 - FAMÍLIAS EM SITUAÇÕES ESPECIAIS - 30 horas. -**

Estratégias de intervenção na família em situações especiais. Visita domiciliar. Internamento domiciliar.

## **MÓDULO 9 - PLANEJAMENTO E GERENCIAMENTO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - 60 horas. -**

Análise de Situação e Planejamento Local Estratégico. Implementação e Organização de um Serviço Ambulatorial. Sistema de Referência e Contra-referência. Noções de Administração de Recursos. Ação Interdisciplinar em Saúde da Família: a equipe de saúde da família; complementariedade da intervenção interdisciplinar; utilização dos instrumentos teóricos e metodológicos específicos de cada categoria envolvida na assistência à saúde da família.

## **MÓDULO 10 - METODOLOGIA DO ENSINO SUPERIOR -30 horas. -**

A Universidade e suas funções; o ensino no terceiro grau e o tratamento dado ao saber científico; Instrumentalização do docente de nível superior; Os métodos de ensino e suas relações com o tratamento dado ao saber.



## MÓDULO 11 - ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE ELABORAÇÃO DA MONOGRAFIA - 30 horas -

Seminário com o objetivo de avaliar o desenvolvimento de cada monografia, estimular sua continuidade, corrigir distorções e socializar o trabalho de cada aluno pela participação de todos.

## O AMBULATÓRIO NO CONTEXTO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

\* O conteúdo descrito adiante será discutido todas as sextas-feiras, exceto nas semanas em que houver módulos agendados.

PROBLEMAS DA MULHER - 60 horas

PROBLEMAS DA CRIANÇA - 60 horas

CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NA CRIANÇA

NUTRIÇÃO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E DISTÚRBIOS

PROTEÇÃO À SAÚDE DO ADULTO - 8 horas

PROBLEMAS CRÔNICOS - 36 horas

PROBLEMAS INFECCIOSOS - 48 horas

PROBLEMAS DE PELE - 20 horas

SAÚDE MENTAL - 20 horas

URGÊNCIAS - 20 horas

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS - 20 horas





## DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Carga Horária do primeiro ano:

1 - Atividades de serviço sob supervisão: 1728h

2 - Atividades teórico-práticas e sessões clínicas: 384h

3 - Módulos teóricos de saúde pública e metodologia científica: 330h

Total: 2442

Carga Horária do segundo ano:

1 - Atividades de serviço sob supervisão: 1728h

2 - Atividades teórico-práticas e sessões clínicas: 384h

3 - Plantões intra - hospitalares no âmbito das emergências das áreas básicas: 984h

Total:3096h

Total Geral: 5538

[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caadab/pagina\\_trabalhos.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caadab/pagina_trabalhos.php)



## 10. Bibliografia

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. SUS passo-a-passo: Gestão e Financiamento / Luiz Odorico Monteiro de Andrade. São Paulo: HUCITEC; Sobral: UVA, 2001.

LOTTA, Gabriela S. Saber e Poder: Agentes Comunitários de Saúde Aproximando Saberes Locais e Políticas Públicas / Gabriela Spanghero Lotta. 2006.

BANCO FEDERATIVO, [www.federativo.bndes.gov.br](http://www.federativo.bndes.gov.br), Acessado em 23/09/2006.

ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA, [www.sobral.ce.gov.br/sausedafamilia](http://www.sobral.ce.gov.br/sausedafamilia), Acessado em 24/09/2006.

INEP - EDUDATABRASIL Sistema de Estatísticas Educacionais, [www.edudatabrasil.inep.gov.br](http://www.edudatabrasil.inep.gov.br), Acessado em 23/09/2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br), Acessado em 23/09/2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br), Acessado em 23/09/2006.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br), Acessado em 23/09/2006.



Permitida a reprodução desde que citada a fonte

