

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO  
BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**WESLEY RODRIGUES PEREIRA**

**A CONSTRUÇÃO INTERDISCIPLINAR DA LINHA  
DO CUIDADO A GESTANTE E PUÉRPERA**

**CONSELHEIRO LAFAIETE/ MINAS GERAIS**

**2010**

**WESLEY RODRIGUES PEREIRA**

**A CONSTRUÇÃO INTERDISCIPLINAR DA LINHA  
DO CUIDADO A GESTANTE E PUÉRPERA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Márcia Helena Destro Nomelini

**CONSELHEIRO LAFAIETE / MINAS GERAIS**

**2010**

**WESLEY RODRIGUES PEREIRA**

**A CONSTRUÇÃO INTERDISCIPLINAR DA LINHA  
DO CUIDADO A GESTANTE E PUÉRPERA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Márcia Helena Destro Nomelini

*Dedico este trabalho aos meus pais e irmãos pelo apoio de sempre  
e à minha esposa Regiane por ter sido a maior incentivadora,  
pelo amor e pela força em  
todos os momentos.*

## **Agradeço,**

Primeiro à Deus, pela vida e pelo amparo em todos os momentos da minha vida.

À minha esposa Regiane, pelos momentos de carinho, incentivo, companheirismo e amor. Obrigado também pelos conselhos, serenidade e pela paciência nos momentos de stress. Além, claro, das inúmeras contribuições para o desenvolvimento do trabalho.

À minha Orientadora Márcia Helena Destro Nomelini pela confiança e independência.

À família Veloso pela acolhedora recepção em sua casa e constante incentivo.

Aos meus pais e irmãos, pelo apoio incondicional.

A todos os colegas do Curso de Especialização da turma Alfa pela troca de experiências.

Ao casal, Glayson e Dani, colegas de luta e pelo acolhimento.

À Nisieli Caixeta (Coordenadora de Odontologia), colega, amiga e companheira de viagem durante o curso, pelo crescimento conjunto e pela cumplicidade de idéias.

À Sandra Jorge Machado (Enfermeira e Gerente da UAPS Alvorada) pelo compromisso com o trabalho, troca de valores e apoio.

Aos colegas da UAPS Alvorada pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência.

À Natália Campos Neves (Coordenadora do PSF) e colega do Plano diretor de atenção Primária a saúde (PD-APS) pelas trocas de experiências.

À Soraia Aparecida Cardoso (Gerente de Atenção Básica) e colega do Plano diretor de atenção Primária a saúde (PD-APS) pela cumplicidade no trabalho.

## RESUMO

PEREIRA, W. R. A construção interdisciplinar da linha do cuidado a gestante e puérpera. 2010. 47f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

O Programa Saúde da Família começou a ser implementado na década de 90 com o objetivo de contribuir com a construção e consolidação do SUS, através da reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. Deve ser pautado no trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, na adscrição da clientela, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização sobre a população que reside na área de abrangência. O Ministério da Saúde aponta que a ESF dispõem de meios e profissionais capazes de resolver 85% dos problemas de saúde na atenção básica. Dentro do espectro de ações a serem desenvolvidas pela equipe de saúde da família, encontra-se o cuidado às gestantes e às puérperas. Entretanto, a assistência a estes usuários na Unidade Básica de Saúde Alvorada, município de Congonhas /MG, ainda não foi instituída. Assim, este trabalho tem como objetivo desenvolver de forma interdisciplinar, a construção da linha do cuidado à gestante e à puérpera, na Unidade de Atenção Primária à Saúde Alvorada em Congonhas / MG. A construção de uma linha de cuidados à mulher durante a gestação e puerpério deve contemplar a participação de toda a equipe de saúde e deve ser elaborada de maneira coletiva. Para isso, serão realizadas cinco oficinas com os profissionais da UAPS Alvorada. Estas oficinas serão estruturadas a partir de grupos que debaterão em torno de uma questão central, envolvendo os sujeitos em sua forma de pensar, agir e sentir. Os sujeitos/beneficiários da proposta serão 21 profissionais, gestantes e puérperas que pertencem a região do bairro Alvorada com 4.560 habitantes, localizado na periferia de Congonhas. Espera-se que a construção e implementação desta linha do cuidado incentive a constituição de um colegiado gestor permanente que desenvolva outras linhas do cuidado, contribuindo para integralidade da assistência, melhoria da qualidade dos serviços prestados, maior satisfação tanto dos usuários quanto dos profissionais envolvidos, além da reorganização do processo de trabalho de uma forma coletiva. Isso poderá favorecer a concretização de uma prática em equipe que promova um cuidado integral à gestante e à puérpera.

**Palavras-chave: Saúde da Família; Saúde da mulher; Assistência Integral à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Participação Comunitária.**

## ABSTRACT

PEREIRA, W. R. The interdisciplinary construction of the pregnant women's care line and puerpera. 2010. 47f. Monograph (Specialization in Basic Attention to Family Health), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

The family health care program was implemented in the 90's which aimed to contribute to the construction and consolidation of SUS (Brazilian Unified Health System), towards the model of assistance reorientation from basic attention. It should be based on a multiprofessional and interdisciplinary staff work, on the clients' register, on the establishment of a bond as well as, on the responsibility for the population who lives in the surrounding area. The Health Ministry claims that the ESF has the means and capable professionals to solve 85% of the Health problems in the basic attention. The pregnant women's care and the puerpera are within the spectrum of the actions to be developed by the staff responsible for the family health care. However, the users' assistance in the Health Basic Unit in Alvorada, Congonhas – MG was not still institutionalized. Thus, this work aims to construct in an interdisciplinary way the care line of pregnant women and puerpera in this location. The construction of the pregnant women care line during the pregnancy and puerpera period should get the participation of the whole health care staff and should also be planned in a collective way. For this purpose, five workshops will be done with the professionals of UAPS in Alvorada. They will be thought from the groups which are going to debate towards a central issue, involving the way of how people think, act and feel. The beneficiaries of the proposal will be 21 professionals, pregnant women and puerpera who live in Alvorada where there are 4560 inhabitants and is located in the outskirts of Congonhas. It is expected that the construction and implantation of this health care line motivate the constitution of a permanent management of the collegiate which develops other care lines contributing to the integrality of assistance, better quality of the services, a greater satisfaction of the users and the professionals involved in this process as well as the reorganization of the work process in a collective way. This would enable the concretization of a group practice in order to promote a total care of pregnant women and puerperal.

**Key words: Family health, Woman's health, Total Health Assistance, Health Service Assess, Communal Participation.**

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

FIGURA 1: Região central do bairro Alvorada

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AB** - Atenção Básica

**ABS** - Atenção Básica em saúde

**ACD** - Auxiliar de consultório dentário

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**APS** - Atenção Primária à Saúde

**CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**CEO** - Centro de Especialidades odontológicas

**CS** – Centro de Saúde

**CSN** - Companhia Siderúrgica Nacional

**DST** – Doenças sexualmente transmissíveis

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano

**MS** – Ministério da Saúde

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PACS** - Programa de agentes comunitários de saúde

**PSF** – Programa de Saúde da Família

**SES/MG** – Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**THD** - Técnico de Higiene Dental

**UAPS** - Unidade de Atenção Primária à Saúde

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**USF** - Unidades de Saúde da Família

**UFMG** – Universidade Federal de Minas Gerais

**KM** - Kilômetros

## SUMÁRIO

<b>1 – INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 – OBJETIVOS</b> .....	16
2.1 - Objetivo Geral .....	16
2.2 - Objetivos Específicos .....	16
<b>3 - REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	17
3.1 - Princípios Gerais e Fundamentos da Atenção Básica .....	17
3.2 - Princípios e Objetivos da Estratégia de Saúde da Família – ESF .....	18
3.3 – Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família .....	19
3.4 - Atribuições Comuns aos profissionais da Estratégia Saúde da Família.....	22
3.5 – Atribuições Específicas .....	23
3.5.1 – Agente Comunitário de Saúde - ACS.....	23
3.5.2 – Enfermeiro.....	23
3.5.3 – Médico.....	24
3.5.4 – Auxiliar e Técnico de Enfermagem.....	24
3.5.5 – Cirurgião Dentista .....	25
3.5.6 - Técnico em Higiene Dental (THD) .....	25
3.5.7 – Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) .....	26
3.6 - Responsabilidade e Ações Estratégicas Mínimas de Atenção Básica a Gestante e Puérperas, segundo SES/MG, 2006.....	26
<b>4 – METODOLOGIA</b> .....	28
4.1 - Município de Congonhas – MG .....	29
4.2 - Região do Bairro Alvorada .....	30
4.3 - Caracterização do local de Intervenção – UAPS Alvorada.....	31
4.4 - Sujeitos/beneficiários da Proposta de Intervenção.....	31

4.5 - Planejamento das Oficinas .....	32
4.5.1 - Primeira Oficina – Sensibilização da Equipe de Saúde da Família.....	32
4.5.2 - Segunda Oficina – Responsabilização dos Profissionais.....	34
4.5.3 - Terceira Oficina – Construção do Fluxograma Interno de Assistência a Gestante e Puerpéra.....	36
4.5.4 - Quarta Oficina – Definição de Necessidades para Implementação da Linha de Cuidado.....	37
4.5.5 - Quinta Oficina – Socialização dos Resultados .....	38
<b>5 - PLANILHA DE CUSTOS.....</b>	<b>40</b>
<b>6 – RESULTADOS ESPERADOS.....</b>	<b>40</b>
<b>7 – INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO.....</b>	<b>41</b>
<b>8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>42</b>
<b>9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>46</b>

## 1 - INTRODUÇÃO

No século XIX paradigma miasmático que procurava a causa das doenças em emanções, humores e vapores, foi superado pelo paradigma infeccioso, que via nas bactérias e agentes infecciosos as causas das doenças. Porém, diferentes campos podem ter distintos conjuntos que explicam o mesmo processo de adoecer, como é o caso do modelo biomédico e social (FARIA, 2009).

Desta forma, do final do Século XIX à primeira metade do Século XX o hospital vai progressivamente se tornando uma organização complexa e onerosa. Entretanto, essa ampliação nos gastos não foi acompanhada pela melhoria dos indicadores de saúde. Diversas pesquisas e estudos começaram a mostrar a ausência de correlação direta entre níveis e indicadores de saúde em cada país, e o gasto em saúde, seja em termos de gasto per capita ou de percentuais do PIB. Nesse contexto, a importância e a legitimidade do modelo de saúde hospitalocêntrico, com ênfase no avanço tecnológico e científico e o intenso processo de especialização médica começaram a serem questionados em sua precária capacidade de melhorar a qualidade de vida ou os indicadores de saúde. Assim, o discurso e as práticas que questionam esse modelo de atenção à saúde também têm acentuado eco na implantação do SUS, que procura ampliar as práticas ambulatoriais.

Os dados do IBGE (2002) corroboram com este fato ao mostrar que entre 1976 e 1999 a rede de atenção à saúde, pública e privada, apresentou uma grande expansão, com um acréscimo de 35.682 novos estabelecimentos de saúde. Destes, 25.841 eram públicos, 93% dos quais constituíam ampliação da rede ambulatorial, indicando claramente o início de reversão do modelo assistencial hospitalocêntrico que predominava até então.

O reconhecimento de que o modelo biomédico, centrado no tratamento de doenças, já não era suficiente para atender à demanda da população levou a busca por outro, pautado na complexidade do processo saúde/doença incluindo as diversas dimensões que o permeiam: individual, social, econômica e cultural (CAMPOS; WENDBAUSEN, 2007). Os principais problemas de saúde identificados quanto ao modelo assistencial durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 foram: “desigualdade no acesso ao sistema de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações” (PAIM e TEIXEIRA, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Básica à Saúde – ABS - constitui “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para promoção da saúde, prevenção de agravos,

tratamento e reabilitação”. (BRASIL, 2002). E seu exercício se dá por meio de “práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados” com a utilização de “tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações” (CONASS, 2004).

Neste sentido, partindo da compreensão da saúde-doença na sociedade como um processo político, historicamente produzido e determinado pelas condições e qualidade de vida das pessoas, a estratégia da ABS deve valorizar e priorizar as atividades de promoção da saúde, reconhecer a saúde como direito e orientar-se pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988 e homologado pela Lei Orgânica da Saúde 8080/90. Dentre eles destacam-se a universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação, resolubilidade, intersetorialidade e a participação social na formulação das políticas públicas de saúde e no controle de sua execução. E para mudar o quadro de insatisfação da população, ineficiência do setor e incapacidade de atender os princípios do SUS foi proposto o Programa da Saúde da Família (PSF). Muito mais do que uma nova estrutura, trata-se de uma reforma nos modos de trabalho e no relacionamento entre profissionais e usuários (BRASIL, 1998).

O Programa Saúde da Família (PSF) começou a ser implementado na década de 90, atualmente, denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), para contribuir para a construção e a consolidação do SUS propondo a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (BRASIL, 1997; FARIA, 2000; SANTOS, *et al.* 2000). Desse modo, a ESF elege a família enquanto objeto precípua de atenção estabelece mudanças na forma de atuação dos serviços, reorganizando a prática assistencial dos serviços de saúde sob novas bases e novos critérios. Além disso, está pautado no trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, na adscrição da clientela em território definido, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização sobre a população que reside em determinada área de abrangência (BRASIL, 1997).

É no âmbito da atenção básica de saúde, das unidades básicas de saúde (UBS) e das ações da Estratégia Saúde da Família (ESF), que se dá o contato preferencial dos usuários com o SUS. As ações de ABS devem considerar cada indivíduo em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural. Em relação à sua saúde, os usuários dos serviços de saúde devem ser apreendidos enquanto sujeito capaz de conhecer, compreender, expressar e agir a seu modo e de acordo com sua vivência, devendo, pois, respeitar seus valores, representações e atos, reconhecendo-os como expressão legítima da sociedade na

qual está inserido. Desta forma, as ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças devem basear-se em um processo interativo de escuta e informação, buscando produzir a autonomia dos sujeitos e sua efetivação (FARIA, 2009).

Dentre as inovações trazidas pela ESF, destaca-se a vinculação da população a uma equipe básica de saúde, composta por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Essa equipe tem a missão de prestar assistência integral e contínua à comunidade, mediante diagnóstico de suas necessidades, realizando ações de prevenção e de promoção da saúde, além das de reabilitação (BODSTEIN, 2002).

O PSF é, atualmente, a principal estratégia de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil e é até mesmo visto como alavanca de uma transformação do sistema como um todo. Porém, as Unidades de Saúde da Família (USF) têm-se expandido sem um controle mais rígido desses serviços. O que pode ser visto pelo crescente número municípios com equipes de saúde da família (ESF), passando de 55 em 1994 para 5251 em Dezembro de 2009 (BRASIL, 2010). Assim, observa-se uma inadequação da formação dos profissionais da equipe e uma dissonância entre a política de saúde proposta e o dia-a-dia do profissional, além da falta de um trabalho articulado entre os mesmos conforme necessidade dos usuários.

Sobre as ações das Equipes, o Ministério da Saúde aponta que as ESF dispõem de meios e profissionais capazes de resolver a maioria dos problemas de saúde. Apenas os casos excepcionais, que representam menos de 15% do total atendido pelas USF são encaminhados para as unidades onde haja profissionais especializados e equipamentos mais sofisticados (BRASIL, 2001. p.5). Isto nos mostra a importância de se desenvolver um trabalho articulado entre os diversos profissionais envolvidos na assistência aos usuários.

Dentro deste amplo espectro de ações a serem desenvolvidas pela equipe de saúde da família encontra-se o cuidado às gestantes e à puérpera. Entretanto, a assistência a estes usuários na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Alvorada, município de Congonhas - MG, ainda não foi instituída. A equipe de Saúde da Família ainda não realiza a assistência de pré-natal, ficando esta ação centralizada na Clínica da Mulher, pertencente à atenção secundária do município e que também desenvolve ações de atenção básica.

Entretanto, atualmente, o município vem fomentando a descentralização destas ações para as equipes de Saúde da Família, de modo a facilitar o acesso, fortalecer o vínculo entre profissionais e usuários bem como proporcionar uma assistência pautada na integralidade em saúde, além de cumprir uma das metas pactuadas no contrato de gestão com a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais em relação à assistência a gestante.

Outro ponto importante é que o município ainda não instituiu seus protocolos de assistência à mulher. Assim, torna-se necessário que a equipe de Saúde da Família da UBS Alvorada reorganize seu processo de trabalho com a construção, de forma interdisciplinar, de uma linha de cuidado para as gestantes e puérperas. Uma vez que, na área de abrangência do PSF Alvorada, possuem 45 gestantes e 20 puérperas (FONTE: UAPS ALVORADA, 2010). Boa parte não comparecem a todas as consultas de pré-natal na Clínica da Mulher, devido a distância, rotatividade ou falta do profissional médico e pela má qualidade dos serviços prestados. E isto nos reforça a necessidade de descentralização e construção de uma linha do cuidado que contribua para facilitar o acesso, aumentar o vínculo entre profissionais e usuários, contribuindo assim, para melhorar a qualidade dos serviços prestados a este grupo.

A construção de uma linha de cuidados à mulher durante a gestação e puerpério deve contemplar a participação de toda a equipe de saúde e deve ser elaborada de maneira coletiva. Isto implica em pensar como trabalhar com outros profissionais, isto é, de que maneira o meu trabalho interfere no do outro e vice-versa (SES/MG, 2006). É importante ressaltar que um trabalho interdisciplinar e interprofissional exige abertura para ouvir o outro, aprender algo novo, respeitando as diferenças, reconhecendo os limites, a identidade e as particularidades de cada pessoa e profissão (SES/MG, 2006).

No trabalho em equipe, todos os profissionais passam a ter responsabilidades sobre os problemas trazidos pelos usuários, tanto no seu planejamento como na organização da atenção. Assim, todos participam da condução das ações, do diagnóstico até a resolução, por meio do estabelecimento dos fluxos por onde passarão os usuários. Os diferentes profissionais, que não perdem seus núcleos de conhecimento e atuação, se organizam para receber, ouvir, resolver e encaminhar os usuários, permitindo mais eficiência, eficácia e resolubilidade aos serviços das unidades de saúde da família (FARIA, 2009).

As discussões geradas no processo de construção, implementação e acompanhamento dessa linha do cuidado deve contemplar a busca pela integração e valorização das ações dos diversos profissionais que participam da linha do cuidado, além de definir as responsabilidades de cada um e enfatizar a necessidade de se garantir a continuidade do cuidado ao usuário. Além disso, é importante sensibilizar as pessoas para um cuidado humanizado. Em estudo realizado no município de Belo Horizonte que teve como objetivo compreender as práticas de integralidade no cotidiano de uma equipe de saúde da família, enfatizou-se a necessidade dessas ações para que se possa oferecer um cuidado baseado na integralidade em saúde. Isso representa um passo fundamental para que os membros desta equipe e os demais profissionais da UBS possam trabalhar em equipe e praticar a

integralidade na assistência (SILVA, 2006).

Uma linha de cuidado pode ser entendida de forma ampla envolvendo os três níveis de atenção à saúde para garantir o acesso aos profissionais e insumos necessários à assistência, mas também pode ser compreendida internamente, em cada serviço de saúde. Nesse sentido, “é importante reconhecer que há uma linha do cuidado operando internamente na Unidade Básica de Saúde, e que ganha relevância se consideramos que a maior parte dos problemas de saúde podem ser resolvidos neste nível da assistência” (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2007, p.132). Essa linha do cuidado, operada em cada UBS deve contemplar um fluxo de assistência centrado no usuário garantindo o acesso a todas as ações e serviços necessários a seu projeto terapêutico (SANTOS, 2009). De acordo com Crevelim e Peduzzi (2005), é preciso se alcançar um relacionamento consciente e coordenado entre os diversos profissionais de saúde para que o conjunto do trabalho executado se constitua em um só movimento em prol da atenção à saúde.

É indiscutível a relevância dessa construção, uma vez que poderá contribuir para melhoria do cuidado ofertado às gestantes e puérperas que estão sob responsabilidade da equipe de saúde, onde a intervenção será realizada. Além disso, traz uma contribuição muito importante com relação a um modo peculiar de promover a reorganização do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família, envolvendo uma equipe interdisciplinar.

Isso é de grande valia se pensarmos que nenhuma categoria profissional, isoladamente, consegue contemplar todas as necessidades que os usuários levam para os serviços de saúde. A compreensão de que precisamos somar esforços para construirmos o cuidado integral e a construção de uma metodologia para o alcance desse objetivo, representa um forte movimento contra a fragmentação da assistência, tão presente no modelo biomédico que o SUS vem tentando desconstruir.

## **2 - OBJETIVOS**

### **2.1 - GERAL**

Desenvolver de forma interdisciplinar, a construção da linha do cuidado à gestante e puérpera, na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Alvorada em Congonhas / MG.

### **2.2 - ESPECÍFICOS**

1 - Sensibilizar os profissionais, por meio de oficinas, sobre a importância de sistematizar a assistência prestada à gestante e puérpera.

2 - Definir as responsabilidades de cada profissional envolvido no cuidado à gestante e puérpera.

3 - Discutir e adequar à realidade local, o manual técnico do Ministério da Saúde relacionado à assistência à gestante e puérpera.

4 - Construir um fluxograma interno de assistência a gestante e puérpera.

5 - Definir o conjunto de ações e insumos necessários à implementação da linha do cuidado, bem como os responsáveis por providenciá-los e os prazos a serem cumpridos.

### **3 - REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 - Princípios Gerais e Fundamentos da Atenção Básica**

A partir da preocupação na expansão prático conceitual das políticas de saúde em todo o mundo e com o objetivo de definir novas estratégias assistenciais baseadas no conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorreu na cidade de Alma-Ata, no ano de 1978, a Conferência Internacional Sobre os Cuidados Primários em Saúde, tornando-se o marco na tentativa de se promover a saúde envolvendo outros setores da sociedade (OMS, 1978). Nessa conferência foram estabelecidos alguns parâmetros básicos da Atenção Primária à Saúde (APS) como uma estratégia de assistência baseando-se no conceito de saúde da OMS. A APS seria importante não somente para a prevenção e promoção da saúde, mas também para o desenvolvimento sócio-econômico dos países (JEKEL, *et al.* 1996; PAIM E ALMEIDA FILHO, 1998).

De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Básica à Saúde (ABS) constitui “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltada para promoção da proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde” (BRASIL, 2002).

Concretiza-se através do exercício de práticas gerenciais, sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, direcionadas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade. Faz uso de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem sanar os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território e constitui-se o primeiro contato dos usuários com o sistema 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 (AB) apreende o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção da saúde, a prevenção, tratamento de doenças e a redução de danos que possam comprometer sua qualidade de vida. Constitui um nível importante do sistema de saúde, porém é necessário que ele esteja articulado com outros níveis, de média e alta complexidade. Estes devem ser capazes de assegurar a integralidade da atenção e garantir respostas adequadas às necessidades dos usuários devendo estar interligados por um sistema de referência e contra-referência.

Desta forma, a Atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS (FARIA, 2009; BRASIL, 2006).

Segundo a Portaria 648 de 2006 (BRASIL, 2006), a Atenção Básica tem como fundamentos: I - 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;

II - 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;

III - 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;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;

VI - estimular a participação popular e o controle social.

### **3.2 - Princípios e Objetivos da Estratégia de Saúde da Família - ESF**

Atuando no espaço da atenção básica, a ESF propõe-se a potencializar a construção do modelo proposto pelo SUS, apresentando uma proposta substitutiva ao formato anterior de organização dos serviços de saúde, com dimensões técnicas, políticas e administrativas. A equipe de saúde da família tem como principal objetivo a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS no âmbito da atenção básica, buscando ampliá-las e garantir-lhes maior efetividade. Possui ainda como objetivos específicos reconhecer a saúde como um direito de cidadania e resultante das condições de vida; estimular a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social; intervir sobre os riscos aos quais as pessoas estão expostas; estabelecer ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde; prestar, nas unidades de saúde e nos domicílios, assistência integral, contínua e humanizada às necessidades da população adscrita, de forma a propiciar o estabelecimento de vínculo entre equipe e usuários (BRASIL, 2006).

Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

I - Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam; II - 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; III - Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; IV - Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; V - Ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006).

### **3.3 - Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família**

Uma das diretrizes mais importantes da Estratégia Saúde da Família é promover o trabalho em equipe e interdisciplinar, o que requer uma integração mais efetiva entre os diversos profissionais da equipe de Saúde da Família. Nesse sentido, o processo de trabalho é caracterizado pela intercessão dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, visando a superação do trabalho em saúde centrado no médico.

Isso nos remete ao trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar enquanto ferramenta fundamental para que se dê conta desse universo complexo que constitui a dimensão cuidadora. De acordo com Merhy (1998), enquanto os trabalhadores em saúde não interagirem entre si, articulando seus conhecimentos dentro de um campo de produção do cuidado comum, não haverá concretização de um trabalho em equipe. Assim, o isolamento de cada um em seu núcleo específico de saberes e práticas restringe o processo de trabalho aos modos de fazer enrijecidos e ao conhecimento técnico-estruturado. Em contrapartida, o campo do cuidado possibilita, a todos os profissionais de saúde, um alto investimento na relação com o usuário, para efetivar a produção conjunta do cuidado.

Portanto, propõe-se a integração dos diversos conhecimentos que cada categoria profissional detém em seu “núcleo profissional específico” que, no entanto, tem como base o “núcleo das atividades cuidadoras” que articulam esses saberes entre si em interface com os saberes dos usuários. Pode-se dizer que o modelo assistencial que vem operando nos serviços

de saúde é centralmente organizado a partir de problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante (MERHY, 1998).

As necessidades de saúde não se restringem apenas à recuperação do corpo biológico; elas vão além e demandam por uma atenção que leve em conta a integralidade do ser humano, a qualidade de vida e a promoção da saúde. Assim, quando se tem como objeto de trabalho o processo saúde-doença-cuidado, torna-se necessário um diálogo interdisciplinar (ROCHA; ALMEIDA, 2000). Na interdisciplinaridade a decisão é compartilhada e há a colaboração entre as diversas disciplinas, conduzindo interações que levam ao aprimoramento de cada uma delas (SAINTRAIN; VIEIRA, 2008).

Desse modo, para que se concretize as políticas públicas em saúde que preconizam a humanização da atenção, a promoção da saúde, educação e desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação em saúde, dentre outras, torna-se imprescindível promover o trabalho interdisciplinar (SAINTRAIN; VIEIRA, 2008).

O trabalho em equipe no contexto da Estratégia Saúde da Família ganha, portanto, uma nova dimensão no sentido do compartilhamento de responsabilidades do cuidado entre os membros da equipe, na qual todos participam com suas especificidades contribuindo para a qualidade da prestação das ações de saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Busca-se articular esses saberes em prol de um objetivo comum que é a defesa da saúde e da vida do usuário (GOMES; GUIZARDI; PINHEIRO, 2005).

Em um estudo realizado por Santos (2009), para compreender a percepção das usuárias sobre a Linha do Cuidado à Gestante, à Puérpera e ao Recém-nascido, demonstrou a importância de ancorar o trabalho em saúde na abordagem interdisciplinar e no compartilhamento de decisões. É importante salientar que isso é percebido e valorizado pela usuária do serviço de saúde:

Agora, também, eu gostei muito da forma que tem as consultas, não são todas com o médico. (...) Então eu gostei muito desse revezamento. Por causa dessa experiência, eu acho que tem coisas que a enfermeira tem mais condição de esclarecer que o pediatra e vice-versa. Tem coisas que você tira dúvidas é com o pediatra. (...) Então, eu achei interessante os dois lados da experiência. É uma equipe mesmo, não tem essa diferença, entre elas. Uma sempre tira a dúvida da outra. (E10)

Esse relato possibilita visualizar a configuração de um trabalho articulado em que há pontos de intercessão entre os diversos saberes, que também são respeitados naquilo que têm de singular. O campo específico do saber de algum profissional pode sobressair em determinadas situações, de acordo com as necessidades que o usuário apresenta. “É nesse sentido que a entrevistada fala que *tem coisas que a enfermeira tem mais condição de esclarecer que o pediatra e vice-versa*, mas não deixa de enfatizar a importância do trabalho em equipe para a qualidade da assistência prestada” (SANTOS, 2009, P.70).

Nesse contexto, a organização dos processos de trabalho surge como ponto importante no processo de mudança dos serviços de saúde para colocá-los operando de forma centrada no usuário e suas necessidades (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2007). Para isso, é necessária uma articulação de saberes e práticas diversos, concebendo o trabalho em equipe enquanto ferramenta importante na construção do cuidado integral (SANTOS, 2009).

A busca pelo cuidado integral na ESF favorece a prática interdisciplinar, contribuindo para uma abordagem ampla e resolutiva do cuidado. Dessa forma, a responsabilidade da atenção passa a ser compartilhada e o processo de trabalho fica pautado no compromisso com a vida, com uma postura acolhedora, estabelecendo vínculos, e no desenvolvimento de autonomia dos usuários com relação à sua própria saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) são características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica a definição do território de atuação das UBS; programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea; desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida; desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis; assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial; implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento; realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas; participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações; desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

### **3.4 - Atribuições Comuns aos profissionais da Estratégia Saúde da Família**

- I - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II - Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- III - Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- IV - Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- V - Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VI - Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII - Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- VIII - Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- IX - Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- X - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
- XI - Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- XII - Participar das atividades de educação permanente;
- XIII - Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2006).

### **3.5 - Atribuições Específicas**

#### **3.5.1 - Agente Comunitário de Saúde - ACS**

I - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II - Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III - Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V - Orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe (BRASIL, 2006).

#### **3.5.2 - Enfermeiro**

I - Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, em todas as fases do desenvolvimento humano.

II - Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD e VI - Participar do gerenciamento dos insumos para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006).

### **3.5.3 - Médico**

I - Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - Realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

III - Realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contrareferência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD;

VII - Participar do gerenciamento dos insumos para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006).

### **3.5.4 - Auxiliar e Técnico de Enfermagem**

I - Participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

II - Realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe;

III - Participar do gerenciamento dos insumos para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006).

### **3.5.5 - Cirurgião Dentista**

I - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

VIII - Realizar supervisão técnica do THD e ACD e IX - Participar do gerenciamento dos insumos para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006).

### **3.5.6 - Técnico em Higiene Dental (THD)**

I - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

IV - apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal e V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006).

### 3.5.7 - Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)

- I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- II - proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- III - preparar e organizar instrumental e materiais necessários; organizar a agenda clínica;
- IV - instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;
- V - cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar e VII - participar do gerenciamento dos insumos para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006).

### 3.6 - Responsabilidade e Ações Estratégicas Mínimas de Atenção Básica a Gestante e Puérperas, segundo SES/MG, 2006.

RESPONSABILIDADES	ATIVIDADES
PRÉ – NATAL	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar o diagnóstico de gravidez;</li><li>• Captar a gestante no 1º trimestre;</li><li>• Realizar consultas médicas e de enfermagem;</li><li>• Solicitar os exames laboratoriais;</li><li>• Garantir os medicamentos básicos;</li><li>• Classificar o risco gestacional desde a 1ª consulta;</li><li>• Monitorar as gestantes de alto risco;</li><li>• Realizar as atividades educativas;</li><li>• Viabilizar a visita da gestante à maternidade;</li><li>• Alimentar e analisar os sistemas de informação.</li></ul>
PREVENÇÃO DO CÂNCER De COLO UTERINO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar o rastreamento do câncer de colo uterino;</li><li>• Coletar o material para citologia oncótica;</li><li>• Alimentar e analisar os sistemas de informação.</li></ul>
PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar o rastreamento do câncer de mama;</li><li>• Realizar o exame clínico das mamas;</li><li>• Orientar o auto-exame das mamas;</li><li>• Alimentar e analisar os sistemas de informação.</li></ul>
PUERPÉRIO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar as consultas puerperais – precoce e tardia;</li><li>• Encaminhar para o planejamento familiar.</li></ul>

Período gestacional	CUIDADOS
1º TRIMESTRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar a avaliação de risco pelo CD em qualquer época em que a gestante acessar o serviço. Em caso de priorização encaminhar para tratamento planejado com realização de Primeira Consulta Odontológica Programática</li> <li>▪ Primeira consulta odontológica programática: preenchimento do prontuário (avaliação geral da gestante, exame clínico, levantamento das necessidades de tratamento odontológico e planejamento do tratamento). Além da avaliação geral da gestante, é importante verificar o período de gestação e as intercorrências obstétricas e clínicas. O planejamento do tratamento e a necessidade de uso de medicamentos ou anestésico local devem ser discutidos com o médico sempre que necessário. Enfatizar a importância do autocuidado em saúde bucal, já discutido nos grupos operativos.</li> <li>▪ Durante o 1º trimestre ocorrem as principais transformações embriológicas, não sendo, portanto esse período adequado ao tratamento odontológico, pois o feto é mais susceptível a influências teratogênicas e ao aborto espontâneo, e a gestante poderá apresentar maior indisposição (náuseas, vômitos).</li> <li>▪ Deve-se evitar tomadas radiográficas.</li> <li>▪ Deve-se fazer uso de medicamentos e anestésico local somente em casos imprescindíveis e conforme medicação preconizada e interação com o médico sempre que necessário.</li> <li>▪ As urgências odontológicas devem ser sempre atendidas, para aliviar a dor e evitar a complicação do quadro. Optar sempre pelo procedimento mais conservador e menos intervencionista.</li> <li>▪ Referenciar a gestante para a equipe de saúde caso a porta de entrada tenha sido a saúde bucal, referenciando-a também para o grupo operativo de gestantes.</li> </ul>
2º TRIMESTRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No segundo trimestre poderão ser feitas as intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais dentro das indicações propostas. O controle da atividade de doença quando necessário e o controle de placa são boas condutas a serem consideradas nessa fase para continuidade do tratamento depois da gravidez.</li> <li>▪ Enfatizar a importância do autocuidado em saúde bucal, já discutido nos grupos operativos.</li> <li>▪ Em caso de não ser possível evitar ou adiar um procedimento cirúrgico, este é o melhor período para realizá-lo.</li> <li>▪ Radiografias, quando imprescindíveis, devem ser sempre feitas com os cuidados necessários.</li> </ul>
3º TRIMESTRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfatizar a importância do autocuidado em saúde bucal, já discutido nos grupos operativos.</li> <li>▪ Durante o 3º trimestre a gestante apresenta maior risco de síncope, hipertensão e anemia. É freqüente o desconforto na cadeira odontológica e hipotensão postural (a pressão exercida pelo feto sobre as veias abdominais implica na diminuição do retorno venoso dos membros inferiores, predispondo a gestante à hipotensão). É prudente evitar o tratamento odontológico nesse período.</li> <li>▪ As urgências odontológicas devem ser sempre atendidas, para aliviar a dor e evitar a complicação do quadro. Optar sempre pelo procedimento mais conservador e menos intervencionista.</li> <li>▪ Radiografias, quando imprescindíveis, devem ser sempre feitas com os cuidados necessários.</li> </ul>

#### **4 – METODOLOGIA**

Trata-se de uma proposta de intervenção numa UAPS que pretende articular o cenário e os sujeitos visando a construção de uma linha de cuidado à gestante e puérpera. A participação ativa das pessoas envolvidas nesse cuidado é determinante no alcance dos resultados e transformação da realidade. Dessa forma, a possibilidade de uma construção coletiva para a resolução de problemas e a intervenção implica em um processo de construção mútua, onde os envolvidos devem estar preparados para o inesperado e o resultado não pode ser antecipável (PAULON, 2005).

A proposta será construída por meio de oficinas, que são estruturadas a partir de grupos que debaterão em torno de uma questão central, envolvendo os sujeitos em sua forma de pensar, agir e sentir. Para sua realização são necessárias algumas etapas, como a análise da demanda, pré-análise da problemática, do contexto e do grupo, levantamento dos temas geradores, definição do foco e de um planejamento flexível (AFONSO apud CARVALHO; RODRIGUES; MEDRADO, 2005).

Trabalhar com oficinas propicia aos participantes uma maior autonomia e participação das atividades propostas e análises psicosociais, além de favorecer um maior vínculo dos integrantes enquanto sujeitos envolvidos em um processo grupal em busca de resultados advindos das suas relações, que jamais poderão ser induzidos e sim construídos (AFONSO, apud CARVALHO; RODRIGUES; MEDRADO, 2005).

Serão realizadas cinco oficinas com os profissionais da UAPS Alvorada, definindo-se o número de participantes, o número de encontros, horários, seus objetivos e referências bibliográficas. As oficinas serão organizadas para propiciarem um processo de sensibilização quanto a importância da construção de uma linha de cuidado à gestante e puérpera, construção de um fluxo de assistência, definição de responsabilidades comuns e específica de cada profissional envolvido nesse cuidado e definição das ações necessárias para implementação da linha do cuidado bem como os responsáveis por elas e estipulação de prazos.

A avaliação das oficinas acontecerá durante toda a proposta de intervenção após a realização de cada oficina e através de reuniões periódicas com os representantes das categorias profissionais para avaliar a linha do cuidado e fluxograma de assistência a gestante e puérpera.

#### **4.1 - Município de Congonhas - MG**

Congonhas é uma cidade histórica localizada na região Central de Minas Gerais a 85 Km de Belo Horizonte e pertence ao Circuito do Ouro, Estrada Real, Vilas e Fazendas. É considerada a imagem de Minas Gerais. Seu acesso se dá através da BR-040 que liga a capital de Minas Gerais ao Estado do Rio de Janeiro, sendo uma das principais malhas viárias do Estado e do País. O nome do município origina-se do Tupi (Congõĩ), e quer dizer “o que sustenta, o que alimenta” advêm da planta Congonhas do Campo que é um arbusto abundante na região, com o qual se faz um chá de sabor suave e agradável.

Como em outras cidades históricas mineiras, a origem de Congonhas está intimamente ligada à descoberta de lavras de ouro. Já no início do século XVIII, o povoado era considerado um importante centro de mineração e dela saíram grandes fortunas, porém, já no fim do século esta atividade já não era tão importante. Mas na segunda metade do século XX a exploração do minério de ferro renovou a economia local e grandes empresas mineradoras colocam hoje Congonhas entre as cidades que mais arrecada imposto no estado. O pólo econômico gira em torno da mineração e da siderurgia, existindo no município três grandes empresas: Gerdal Açominas, Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) e Vale (Antiga Vale do Rio Doce). Congonhas possui atualmente cerca de 46.000 habitantes IBGE (2009).

Em relação à saúde, Congonhas possui onze equipes de saúde da família cobrindo aproximadamente 90% da população e o restante é coberto pelo Programa de agentes comunitários de saúde (PACS). Além de sete equipes de saúde bucal tipo II que é composta por um dentista, um técnico em higiene dental e um auxiliar de consultório dentário cobrindo 80% da população. O restante é coberto por uma unidade odontológica localizada em um bairro próximo ao centro da cidade.

Possui ainda uma Clínica da Criança, Clínica da Mulher e uma Policlínica onde ainda estão centralizados grande parte das ações relacionadas a este grupos, no entanto, este modelo está sendo substituído gradativamente pela maior cobertura das equipes de saúde da família. Um Centro de Especialidades Odontológicas - CEO, que ainda pode ser melhorado, um Hospital de médio porte onde são realizadas consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência e internações, embora não possua unidade de tratamento intensivo.

## 4.2 - Região do Bairro Alvorada

O bairro Alvorada é uma região localizada na periferia de Congonhas com cerca de 4.560 habitantes. É considerada uma área de alto risco e baixo Índice de desenvolvimento Humano (IDH). O bairro se formou através da posse de terrenos invadidos por pessoas menos favorecidas. Desta forma, seu crescimento se deu de forma desordenada e precária, através da construção de barracos, ruas estreitas, vielas e becos, sem luz, rede de esgoto e água. Isso favoreceu ao surgimento e crescimento da criminalidade, principalmente tráfico de drogas, roubos e assassinatos. Aliado a sua geografia e a falta de ações do poder público, os moradores viam sua cidadania se perdendo ao longo dos anos, enquanto o tráfico de drogas, criminalidade, gravidez não planejada na adolescência, número de casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e infecção por HIV se expandindo, principalmente entre as crianças e jovens. Hoje, muitos moradores trabalham nas mineradoras, mas ainda existem muitos desempregados que acabam se tornando alcoólatras ou dependentes de outras drogas como crack, maconha e tabaco. Apesar da administração pública atual iniciar a maioria das ações de saúde, educação e assistência social nesta área, ainda existe um hiato entre esta região e as demais da cidade. Atualmente o PSF Alvorada possui 45 gestantes e 20 puérperas acompanhadas na Clínica da Mulher (FONTE: UAPS ALVORADA, 2010).



FIGURA 1: Região central do bairro Alvorada (Fonte: Wesley Rodrigues Pereira)

### **4.3 - Caracterização do local de Intervenção – UAPS Alvorada**

O PSF do bairro Alvorada foi inaugurado há 14 anos e funcionava num ponto comercial adaptado onde os profissionais e usuários tentavam conviver harmonicamente. Em agosto de 2008 foi inaugurada uma unidade básica maior e mais confortável, localizada no centro do bairro. O projeto de sua construção seguiu um padrão recomendado pelo Ministério da Saúde, mas algumas alterações foram feitas após ser discutido e analisado pelos profissionais que trabalhavam na unidade básica antiga. É composta por: sala de curativo; farmácia; sala de recepção com muitas cadeiras, televisão, dvd e banheiros para usuários; sala de enfermagem, sala de observação, sala de reuniões, sala para agentes comunitários, três consultórios – dois médicos e um odontológico com duas cadeiras odontológicas e escovódromo, sala de esterelização, expurgo e área privativa para os funcionários.

A intervenção será desenvolvida na UAPS Alvorada que pertence ao município de Congonhas - Minas Gerais, cujo horário de funcionamento é de segunda à sexta-feira de 7 às 16 horas, sendo que nas terças este horário se estende até as 19 horas para contemplar aqueles que trabalham e que não podem comparecer à UBS, assim, denominamos este espaço como horário do trabalhador. Nesta UAPS são realizadas atividades, no âmbito individual e coletivo, de prevenção e promoção à saúde, tratamento e reabilitação e atende a uma população de aproximadamente 4.560 habitantes.

A equipe da UAPS Alvorada é composta por 21 profissionais, sendo: um médico generalista, um médico pediatra, uma enfermeira, um dentista, uma nutricionista, um psicólogo, uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional, um técnico em saúde bucal, uma Auxiliar de saúde bucal, duas técnicas de enfermagem, um recepcionista, uma faxineira, seis agentes comunitários de saúde (um homem e cinco mulheres) e uma gerente da UAPS.

### **4.4 - Sujeitos/beneficiários da Proposta de Intervenção**

Os sujeitos/beneficiários da proposta de intervenção serão os profissionais de saúde que prestam assistência à gestante e puérpera: um enfermeiro, dois médicos – clínico geral e um pediatra, dois auxiliares de enfermagem, seis ACS, um dentista, um técnico em saúde bucal, uma auxiliar de saúde bucal, uma psicóloga, uma nutricionista, um recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais, uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional, uma gerente da UAPS e todas as gestantes e puérperas adscritas na área de abrangência.

## **4.5 - PLANEJAMENTO DAS OFICINAS**

### **4.5.1 - PRIMEIRA OFICINA – SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Duração:** 2,0 horas

**Objetivo:** Sensibilizar os profissionais da UAPS quanto à responsabilidade deles no que se refere ao cuidado à gestante e puérpera que residem na área de abrangência e sobre a necessidade de se construir uma linha do cuidado interna direcionada a estes usuários.

**Participantes:** Participarão 25 pessoas, sendo: um enfermeiro, dois médicos – clínico geral e um pediatra, dois auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, dois dentistas, uma auxiliar de saúde bucal, uma psicóloga, uma nutricionista, um recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais, uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional, uma gerente da UAPS e quatro membros do conselho local de saúde.

#### **✓ Primeiro momento: Dinâmica de aquecimento: “JOGO DA VIDA”**

Tempo: 15 minutos

Inicialmente, será distribuído para cada participante duas fichas: uma cor de rosa e outra laranja. Uma enfermeira se denominará como “DEUS” e explicará aos participantes que ela tem fichas de cor amarela e terá o poder de dar a vida (simbolizada por uma bala) se a pessoa lhe entregar três fichas de cores diferentes. O jogo tem as seguintes regras: “DEUS” troca uma ficha amarela por uma ficha de qualquer cor; se a pessoa lhe entregar as três fichas de cor diferentes, “DEUS” lhe dá uma vida (bala) e mais duas fichas da cor que a pessoa desejar. Ao decorrer da dinâmica “DEUS” vai marcando tempo para a discussão dos participantes e a troca das fichas. O objetivo final do jogo será o de salvar o conjunto de pessoas. Nesse sentido, a dinâmica irá propôr a reflexão da necessidade de comunicação entre a equipe e o trabalho de forma articulada.

✓ **Segundo momento: Busca da percepção dos trabalhadores**

Tempo: 35 minutos

Os trabalhadores serão divididos em quatro grupos. Dois deles farão uma discussão sobre as responsabilidades dos trabalhadores dentro do que é proposto pela Estratégia Saúde da Família. Os outros dois discutirão sobre o cuidado à gestante e puérpera (atualidades e possibilidades).

Em seguida, cada grupo escolherá um relator para socializar com os demais participantes o consolidado da discussão de cada grupo. Ao final das apresentações, o coordenador fará uma abordagem sobre o significado da linha de cuidado, além do fechamento da oficina, no qual fará uma associação com as discussões do momento anterior.

**Intervalo: 15 minutos.**

✓ **Terceiro momento: Introdução dos principais temas das oficinas**

Tempo: 25 minutos

Será feita uma breve apresentação sobre as responsabilidades dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família e em relação à assistência à gestante e puérpera tendo como referência o Manual técnico do Ministério da Saúde - Pré-natal e puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada (BRASIL, 2006) e Linha Guia do Estado de Minas Gerais - Viva Vida - Atenção ao pré-natal, parto e purpério (SES/MG, 2006). Haverá, também, uma abordagem sobre o significado de uma linha de cuidado. Ao final da apresentação será feita uma associação com as discussões do momento anterior.

✓ **Quarto momento: Apresentação da proposta de construção interdisciplinar de intervenção.**

Tempo: 15 minutos

Inicialmente, será feita a apresentação da proposta. Em seguida será solicitado a formação de uma comissão que irá conduzir o desenvolvimento do projeto. Esta comissão será composta por um representante de cada categoria profissional e dois representantes do Conselho Local de Saúde e fará um estudo prévio de algumas referências bibliográficas: Manual técnico do Ministério da Saúde - Pré-natal e puerpério: Atenção Qualificada e

Humanizada (BRASIL, 2006) e Linha Guia do Estado de Minas Gerais - Viva Vida - Atenção ao pré-natal, parto e puerpério (SES/MG, 2006).

✓ **Quinto momento: Avaliação da Oficina**

Tempo: 10 minutos

Os participantes preencherão o formulário de avaliação (ANEXO 1).

✓ **Sexto momento: Mensagem Final**

Tempo: 05 minutos

#### **4.5.2 - SEGUNDA OFICINA – RESPONSABILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

**Duração:** 2 horas

**Objetivo:** Propiciar a definição das responsabilidades de cada categoria profissional no que se refere ao cuidado à gestante e puérpera considerando a realidade local.

**Participantes:** Comissão composta por cinco pessoas, distribuídas entre representantes de cada categoria profissional e usuário.

✓ **Primeiro momento - Dinâmica de aquecimento – “A Trilha”**

Tempo: 20 minutos.

O objetivo desta dinâmica será o de auxiliar o profissional a vivenciar a prática da solidariedade e resgatar o compromisso com o outro. Será realizada em sala ampla, utilizando uma trilha, construída com papel ofício. O facilitador comentará com o grupo se eles conhecem "ditos populares" e colocará para os participantes os seguintes ditados: "Tem pedra no meu sapato", "Isto é uma pedra no meu sapato", ou "Tem uma pedra no meu caminho". Após este momento, será solicitado aos participantes comentarem sobre o ditado. Será solicitado que o grupo se divida em dois grupos menores e que se posicionem cada em uma das pontas da trilha. Será dado o primeiro comando: “No centro da sala temos uma trilha, de um lado uma montanha, e do outro um precipício (desfiladeiro ou abismo), vocês deverão

passar na trilha sem cair, isso vale para os dois grupos”. Após feitas as combinações, os grupos farão a sua passagem, um de cada vez, sem dificuldades. Assim, refletiremos com o grupo a que a caminhada da VIDA pode ou não ser fácil, pois nos encontraremos com outros, no sentido contrário em nosso cotidiano.

Sendo assim, será dado o segundo comando: “Os grupos passarão, ao mesmo tempo, pela trilha”. Neste momento, os dois grupos iniciaram a caminhada com dificuldades, alguns caem da trilha, outros empurram seus companheiros, porém há também os que ajudam, carregam, passam com calma, servem de apoio ao outro. O facilitador estimulará o grupo que solicitem ajuda ao companheiro, deem as mãos, cuidado, calma, reflexão, sem pressa. “Olhem a trilha, olhem seu companheiro, olhem o outro que cruza por você. Percebam o outro!”.

Após a realização da atividade será feita uma reflexão final sobre como o cotidiano se parece com o segundo momento da dinâmica, onde encontramos obstáculos, dificuldades para caminharmos em nossa “trilha da vida” e para tanto é necessário ajuda do próximo e o reconhecimento dos limites do meu companheiro que, muitas vezes, são maiores ou diferentes dos meus. Em seguida o grupo deverá explanar sobre seus sentimentos de angústia, dúvidas e solidariedade, além de correlacionar com o seu cotidiano de trabalho e o processo de inter-relação que se estabelece nele.

✓ **Segundo momento: Apresentação do tema da oficina**

Tempo: 30 min

Será feita uma apresentação das diretrizes e responsabilidades dos profissionais de saúde quanto ao cuidado à gestante e puérpera de acordo com as referências propostas.

**Intervalo: 15 minutos.**

✓ **Terceiro momento: Discussão das atribuições comuns e específicas**

Tempo: 60 min

Será feita a discussão das atribuições comuns e específicas dos profissionais no que se refere ao cuidado à gestante e puérpera considerando a realidade local, tomando como base o Manual técnico do Ministério da Saúde: Pré-natal e puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada (BRASIL, 2006) e Linha Guia do Estado de Minas Gerais - Viva Vida - Atenção ao pré-natal, parto e purpério (SES/MG, 2006).

Será eleita uma comissão para dar continuidade á construção da linha de cuidado que se dividirá em dois grupos. O primeiro discutirá e definirá as responsabilidades comuns dos profissionais envolvidos na linha do cuidado. O segundo grupo discutirá e definirá as responsabilidades específicas de cada categoria profissional. Ao final da discussão cada grupo apresentará o resultado da construção e abrirá espaço para os demais contribuírem.

✓ **Quarto momento: Avaliação da Oficina**

Tempo: 10 minutos.

Os participantes preencherão o formulário de avaliação (ANEXO 1).

#### **4.5.3 - TERCEIRA OFICINA – CONSTRUÇÃO DO FLUXOGRAMA INTERNO DE ASSISTÊNCIA A GESTANTE E PUERPÉRA**

**Duração:** 2 horas.

**Objetivo:** Construir o fluxograma interno de assistência a gestante e puérpera.

**Participantes:** Comissão composta por cinco pessoas, distribuídas entre representantes de cada categoria profissional e usuário.

✓ **Primeiro momento: DINÂMICA**

Tempo: 10 minutos.

✓ **Segundo momento: Construção do fluxograma de assistência, instrumentos de acompanhamento e monitorização**

Tempo: 50 minutos.

Os componentes da comissão responsável pela construção da linha de cuidado se dividirão em dois grupos. O primeiro irá construir o diagrama do fluxograma de assistência à gestante e puérpera contemplando as formas de captação precoce, sequência das ações oferecidas, priorização de atividades educativas, articulação do trabalho dos profissionais da equipe nuclear da Estratégia Saúde da Família entre si (medico generalista, enfermeiro,

auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, profissionais da saúde bucal) e com a equipe de apoio (nutricionista, psicóloga, fisioterapia, pediatra e terapeuta ocupacional) e garantia de um espaço para discussão de casos e educação permanente.

O outro grupo construirá instrumentos para acompanhamento da vigilância à saúde das gestantes e das puérperas através do monitoramento da execução das ações previstas na linha de cuidado bem como instrumentos de avaliação da implementação dela. Para tal, será utilizado como referências bibliográficas o Manual técnico do Ministério da Saúde: Pré-natal e puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada além da Linha Guia do Estado de Minas Gerais - Viva Vida - Atenção ao pré-natal, parto e puerpério (SES/MG, 2006).

**Intervalo: 20 minutos.**

✓ **Terceiro momento: Apresentação dos grupos**

Tempo: 30 minutos.

Cada grupo apresentará o produto construído aos demais para que todos possam avaliar e dar contribuições.

✓ **Quarto momento: Avaliação da oficina**

Tempo: 10 minutos.

Os participantes preencherão o formulário de avaliação (ANEXO 1).

#### **4.5.4 - QUARTA OFICINA – DEFINIÇÃO DE NECESSIDADES PARA IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DO CUIDADO**

**Duração:** 02 horas

**Objetivo:** Delinear o planejamento de necessidades, definindo os responsáveis e prazos.

✓ **Primeiro momento: Abertura da oficina com uma mensagem**

Tempo: 05 minutos.

✓ **Segundo momento: Definição de necessidades**

Tempo: 40 minutos.

O grupo deverá fazer uma planilha de necessidades e definir os responsáveis e prazos. Deverá contemplar recursos e capacitações necessárias.

✓ **Terceiro momento: Mensagem final - Vídeo de Propaganda Indiana**

Tempo: 15 minutos.

Este vídeo que será apresentado deverá fazer com que os participantes reflitam sobre a importância do trabalho em equipe, mostrando que a ajuda de cada um é indispensável para atingir o objetivo final.

✓ **Quarto momento: Avaliação da oficina**

Tempo: 10 minutos.

#### **4.5.5 - QUINTA OFICINA – SOCIALIZAÇÃO DOS RESULTADOS**

**Duração:** 1 hora e 20 minutos.

**Objetivo:** Socializar os resultados do projeto desenvolvido a todos os trabalhadores da UBS envolvidos direta ou indiretamente no cuidado às gestantes e puérperas.

Será apresentado, também, o resultado da análise das avaliações realizadas pelos participantes ao longo do processo de construção do trabalho. Para isso, o coordenador do projeto, fará uma preparação do consolidado de toda a construção ao longo das oficinas. Participarão dessa oficina, todos os membros da ESF e usuários da comunidade que serão previamente convidados pela ESF.

✓ **Primeiro momento: Abertura da oficina com uma mensagem**

Tempo: 10 minutos.

✓ **Segundo momento: Explicação da proposta de intervenção**

Tempo: 20 minutos.

Será feita uma breve explicação da proposta de intervenção, com seus objetivos e metodologia desenvolvida no trabalho.

✓ **Terceiro momento: Apresentação da linha do cuidado construída**

Tempo: 30 minutos.

✓ **Quarto momento: Mensagem final**

Tempo: 10 minutos.

✓ **Quinto momento: Avaliação da oficina**

Tempo: 10 minutos.

Os participantes preencherão o formulário de avaliação (ANEXO 1).



## 5 - PLANILHA DE CUSTOS

<b>Item</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Valor total</b>
Caneta esferográfica	03 unidades	1,65	5,00
Pincel atômico	20 unidades	1,50	30,00
Papel Kraft	20 unidades	0,50	10,00
Papel A4	1 pacote	12,50	25,00
Cartucho de tinta	2 unidades	50,00	100,00
Fotocópia	300 unidades	0,10	30,00
Transporte	90 litros álcool	2,0	180,00
Pôster	1 unidade	45,00	45,00
<b>VALOR TOTAL</b>			<b>425,00</b>

## 6 - RESULTADOS ESPERADOS

A Estratégia Saúde da Família é um espaço privilegiado no acolhimento à gestante e puérpera, onde deveremos ressaltar a importância do preparo dos profissionais no atendimento humanizado e criação do vínculo com essa população, respeitando e valorizando os seus saberes. Com o desenvolvimento da proposta de intervenção espera-se que, por meio da educação em serviço, a equipe consiga realizar de forma interdisciplinar e sistematizada a assistência a gestante e puérpera com qualidade e humanização, seguindo os princípios do SUS, além de fortalecê-lo.

Espera-se também, que a construção e implementação dessa linha do cuidado a gestante incentive a constituição de um colegiado gestor permanente que desenvolva outras linhas do cuidado, contribuindo para integralidade da assistência, melhoria da qualidade dos serviços prestados e maior satisfação tanto dos usuários quanto dos profissionais envolvidos.

## 7 - INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO

É de fundamental importância que todos que participaram do processo sejam capazes de interpretar os resultados. Para tanto, os atributos para medir (indicador) e comparar (parâmetro) devem ser de fácil entendimento e apropriação, tanto pelo corpo técnico quanto gerencial. O monitoramento é uma unidade essencial que permite medir o alcance de um objetivo ou meta, e ele é expresso por um número, acompanhado da unidade de medida (número absoluto, percentual), ou por uma relação que traduz o resultado programado ou realizado de uma meta. Alguns dos indicadores abaixo podem ser utilizados pela ESF para avaliar os serviços prestados.

No entanto, isso não impede a equipe possa construir outros indicadores de fácil aplicabilidade.

- 1 - % de gestantes captadas no primeiro trimestre de gestação.
- 2 - % de gestantes que realizaram todos os exames preconizados.
- 3 - % de gestantes que participaram de atividades educativas.
- 4 - % de gestantes que possuem cartão com registro completos das informações necessárias.
- 5 - % de gestantes que realizaram avaliação odontológica.
- 6 - % de gestantes com sete ou mais consultas pré-natal.
- 7 - % de puérperas que tiveram acesso a consulta de puerpério.

## **8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No processo de transformação do modelo assistencial, o trabalho em equipe interdisciplinar e a inclusão da família como foco de atenção básica, ultrapassando o cuidado individualizado focado na doença, deverão ser ressaltados como progresso da atenção à saúde e como contribuição ao PSF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde.

Tomando-se a família como objeto central de ação dos profissionais de saúde, é imprescindível uma abordagem interdisciplinar para que se dê conta do amplo espectro de necessidades apresentadas pelos usuários assistidos pela ESF e da diversidade das ações necessárias para o atendimento dessas necessidades. Trabalhar de forma interdisciplinar não significa romper com as especificidades de cada profissão, e sim, reconhecer seus próprios limites, buscando contribuição em outras áreas de conhecimento. Para tal, é necessário o estabelecimento de um processo de comunicação que permita a intercessão entre vários saberes contribuindo para o alcance da integralidade da assistência.

Nesse contexto, o PSF propõe nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população, a qual tem seu acesso garantido através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada. Portanto, o PSF torna-se estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial visando a qualidade de vida da comunidade.

Desta forma, na última oficina serão apresentados os resultados da construção de toda proposta de intervenção para os trabalhadores da UAPS, usuários e representantes do Conselho Local de Saúde. Espera-se que o desenvolvimento dessa proposta proporcione a reorganização do processo de trabalho de uma forma coletiva e, que esta favoreça a concretização de uma prática em equipe que promova um cuidado integral à gestante e puépera.

## 9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 455-64, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICA - ABNT. NBR 6022. **Informação e documentação**: artigo em publicação periódica científica impressa: apresentação. Rio de Janeiro, 2003. 5p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICA - ABNT. NBR 6023. **Informação e documentação** – referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 24p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080 de 19/09/1990**. Diário Oficial da União. Brasília, 20/09/1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997. 36p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**: caderno 1. Brasília, DF. Departamento de Atenção Básica; 2000.

\_\_\_\_\_. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2001.126p.

\_\_\_\_\_. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 107p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária - Seminário do Conass para construção de consensos** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2004. 44 p.

\_\_\_\_\_. Manual técnico do Ministério da Saúde - **Pré-natal e puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 162p.

\_\_\_\_\_. **Portaria 648, 28 de Março de 2006**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica do SUS**, 2010. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>. Acesso: em 18 Janeiro 2010.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.7, n. 3, p. 401-412, 2002.

CARVALHO, A.M.; RODRIGUES, C.S.; MEDRADO, K.S. Oficinas em sexualidade humana com adolescentes. **Estudos de Psicologia**, 2005, 10(3), 377-384.

CAMPOS, L.; WENDBAUSEN, A. Participação em Saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p.271-279, abr./jun. 2007.

COELHO, S.; PORTO, Y. F. **Módulo de Saúde da mulher**. Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família, 2008, 68p.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M.S.L. Unidade Didática II: **Tópicos Especiais em Atenção Básica em Saúde da Família**. Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos, 2008, 87p.

CREVELIM, M.A. PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciênc. e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, 2005.

FARIA, E. V. F. A Formação do Profissional de Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 2, n. 4, p 10-11, 2000.

FARIA, H. P., *et al.* Unidade Didática I: **Organização do Processo de Trabalho da Atenção Básica a Saúde**. Módulo 2: Modelo Assistencial e Atenção Básica a Saúde, 2009, 64p.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde – a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. *et al.* **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4ª ed. São Paulo, 2007, cap.4, p.125-133.

GOMES, R. S.; GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. A Orquestração do Trabalho em Saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ: ABRASCO, 2005. p.105-116.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2002. **Estatísticas da saúde: Assistência Médico Sanitária**, 2002. IBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais, Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2009. **Estatísticas da saúde: Assistência Médico Sanitária**, 2009. IBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais, Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

JEKEL, J. F. *et al* **Epidemiology, biostatistics and preventive medicine**. Philadelphia: Saunders, 1996. 328 p.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C.R *et al.* **Sistema de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-120.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério**. 2ªed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 90 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, 1978.

PAIM, J. S. e ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p.299-316, 1998.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Configurações e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, sup, p. 1819-1829, 2007.

PAULON, S.M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicol. Soc.** 2005, vol.17, nº3, p. 18-25.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P.de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.6, dez 2000.

SAINTRAIN, M.V.L.; VIEIRA, L.J.E.S. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, jul – ago 2008.

SANTOS, B. R. L. et al. Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 53, p. 49-59, 2000.

SANTOS, R. V. **Integralidade do cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido: o olhar de usuárias**. 2009. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SILVA, T.C.S. **A construção das práticas de integralidade no cotidiano de uma equipe de saúde da família**. 2006, 149f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2006.

ANEXO 1

**FICHA DE AVALIAÇÃO**  
**UAPS ALVORADA – CONGONHAS**

A construção interdisciplinar do cuidado a gestante e puérpera.

Oficina: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_



Que bom!

---

---

---

---



Que pena!

---

---

---

---



Que tal!

---

---

---

---